

**IÄKKÄÄN ASIAKKAAN HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMAN  
KIRJAAMISEN SISÄLTÖ KOTIHOIDOSSA  
FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuva dokumenttianalyysi**

Jonna Puustinen  
Pro gradu -tutkielma  
Hoitotiede  
Terveystieteiden opettajankoulutus  
Itä-Suomen yliopisto  
Terveystieteiden tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Lokakuu 2018

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ ABSTRACT

<b>1 TAUSTA JA TARKOITUS.....</b>	<b>1</b>
<b>2 IÄKÄS ASIAKAS JA HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMAN KIRJAAMINEN KOTIHOIDOSSA .....</b>	<b>3</b>
2.1 Iäkkään asiakkaan hyvän hoidon lähtökohdat.....	4
2.1.1 Iäkäs asiakas hoito- ja palvelukokonaisuuden keskiössä.....	4
2.1.2 Kotihoito asiakkaan kotona asumisen tukena .....	6
2.1.3 Asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnittelu .....	8
2.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaaminen kotihoidossa.....	9
2.2.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma ja sen kirjaaminen.....	9
2.2.2 Rakenteinen kirjaaminen kattavan ja yhdenmukaisen kirjaamisen edellytyksenä ..	13
2.2.3 FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuva rakenteinen kirjaaminen .....	15
2.3 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista .....	18
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ..</b>	<b>20</b>
<b>4 MENETELMÄT JA AINEISTO .....</b>	<b>21</b>
4.1 Tutkimusasetelma.....	21
4.2 Tutkimuskonteksti.....	23
4.3 Aineisto ja aineiston keruu .....	23
4.4 Havaintorungon laadinta .....	26
4.5 Aineiston käsittely ja analyysi.....	29
<b>5 TULOKSET .....</b>	<b>31</b>
5.1 Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien taustatiedot.....	31
5.2 Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjausten kohdentuminen FinCC- luokituskokonaisuuteen.....	32
5.2.1 Kirjausten kohdentuminen komponentteihin .....	32
5.2.2 Kirjausten kohdentuminen pääluokkiin .....	34
5.3 Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjausten kohdentuminen uusiin voimavaralähtöisiin ja kotihoiton kontekstisidonnaisiin pääluokkiin.....	38
5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista .....	40
<b>6 POHDINTA .....</b>	<b>42</b>
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	42
6.2 Tutkimuksen eettisyys.....	50
6.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	52
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	55
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>57</b>

## LIITTEET

Liite 1. Tietokantakohtaiset hakulausekkeet.

Liite 2. Kirjallisuushakujen prosessi.

Liite 3. Tutkimusten laadunarvioinnin kriteerit.

Liite 4. Tutkimusartikkelit ja laadunarviointi.

Liite 5. Kotihoiton työntekijää koskeva taustatietolomake.

Liite 6. Asiakasta sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskeva taustatietolomake.

Liite 7. Tutkimustiedote.

Liite 8. Suostumuslomake.

Ohjaajat:

lökkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältö kotihoidossa – FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuva dokumenttianalyysi  
Pro gradu -tutkielma, 64 sivua, 8 liitettä (10 sivua)  
Dosentti, yliopistonlehtori, TtT Mari Kangasniemi ja lehtori, TtT, post doc -tutkija Riitta Turjamaa

Lokakuu 2018

---

lökkään asiakkaan kokonaisvaltaiseen arviointiin perustuva ja sisällöllisesti kattava hoito- ja palvelusuunnitelma on edellytys laadukkaalle kotihoidolle. Tämä pro gradu -tutkielma on osa Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen interventiotutkimusta, joka kohdistuu kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen kehittämiseen. Tässä tutkimuksessa raportoidaan interventiotutkimuksen ensimmäinen, ennen interventiota toteutettu vaihe.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla lökkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältöä kotihoidossa FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuen. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sekä koulutuksen kehittämisessä. Tutkimusasetelma oli kvantitatiivinen ja tutkimusaineistona käytettiin kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia (n=71), jotka kerättiin harkinnanvaraisena näytteenä tammi-helmikuussa 2018. Tutkimusmenetelmänä oli dokumenttianalyysi. Sen toteutusta varten laadittiin strukturoitu havaintorunko, jonka deduktiivinen osa perustui FinCC-luokituskokonaisuuteen (3.0) ja induktiivinen osa aineistolähtöisen analyysin avulla laadittuihin uusiin luokkiin. Aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä.

Tutkimustulosten mukaan iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöjen kattavuus vaihtelee, eikä kirjaaminen noudata yhdenmukaista rakennetta. Kirjaamisen sisällöt painottuvat tarpeiden arvioinnin sijaan suunniteltuihin toimintoihin. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjataan yleisimmin päivittäisistä toiminnoista, aktiviteetista sekä hoidon ja jatkohoidon koordinoinnista, ja puolestaan harvimminkin hengityksestä, aineenvaihdunnasta ja nestetasapainosta. Elämänkaarta koskevia kirjauksia ei tehdä lainkaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa on lisäksi voimavaroihin ja kotihoitoon liittyviä kirjauksia, joita ei ole mahdollista kohdentaa FinCC-luokituskokonaisuuden ongelma- tai tarveperustaisiin päluokkiin.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöjä tulee kehittää kattavammaksi. Asiakkaan tarpeet sekä voimavarat on huomioitava kirjaamisessa kokonaisvaltaisesti toimintojen ohella. Luokituskokonaisuuteen perustuvan rakenteisen kirjaamisen tulee mahdollistaa myös kotihoidon kontekstin erityispiirteisiin liittyvä kirjaaminen. Tutkimuksessa tuotetun tiedon perusteella voidaan kehittää iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamista ja siihen liittyvää koulutusta. Jatkotutkimushaasteeksi esitetään koulutusintervention yhteyden selvittämistä lökkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältöihin kotihoidossa.

Asiasanat: dokumenttianalyysi, hoitotyön kirjaaminen, hoito- ja palvelusuunnitelma, iäkäs asiakas, kotihoito.

October 2018

---

A content-wise comprehensive care and service plan that is based on the all-inclusive assessment of an older client, is a condition for high-quality home care. This master's thesis is a part of an intervention study, which targets the development of the documentation of the home care client's care and service plans, by the Department of Nursing Science, University of Eastern Finland. This research study reports on the first, pre-intervention stage of the intervention study.

The purpose of the study was to describe the content of the documentation of an older client's care and service plan in home care based on FinCC (Finnish Care Classification) system. The aim was to acquire knowledge, that could be used for the development of the training and the documentation of the care and service plans in the home care. The research frame was quantitative, and the research material consists of the care and service plans of older clients in home care (n=71), which were collected as a judgement sample in January-February of 2018. The research method was a document analysis. A structured observation framework, the deductive part of which was based on FinCC system (3.0) and the inductive part on the new categories created with the help of a data-oriented analysis, was created for its implementation.

Based on the results of the research, the coverage of content in the documentations of the client's care plans vary and the documentation does not follow a consistent structure. The content of the documentations stresses the planned functions instead of the evaluation of the needs. Daily functions, activities and the coordination of the care and follow-up treatments are generally documented in the care and service plans, and more rarely they contain mentions about breathing, metabolism and fluid balance. Mentions about the client's life cycle are done barely at all. The care plans also contain documentation related to resources and home care, which are not possible to allocate into the problem or need-based main categories of FinCC system.

Based on the results, it can be said that the content of the older home care client's care and service plans' documentations need to be developed to be more extensive. The needs and the resources of the clients must be noted in the documentation comprehensively alongside with the daily functions. The structured documentation based on the classification system must enable also documentation related to the special characteristics of home care. With the information produced in this study, the documentation of the older home care patient's care and service plans and the related training can be developed. For a further research focus is suggested the relation between training intervention and content of the older home care patient's care and service plan's documentations.

Keywords: care and service plan, document analysis, home care, nursing documentation, older home-care client

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Iäkkäälle henkilölle tulee turvata iästä, hoidon tarpeesta ja hoitopaikasta riippumatta eettinen oikeus ihmisarvoiseen elämään (ETENE 2008, STM 2017a). Jotta se voidaan varmistaa, on iäkkäiden henkilöiden kotona asumisen mahdollisuuksia ja terveen sekä toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia toimia välttämätöntä edistää. Tämä on keskeistä niin asiakaslähtöisyyden kuin taloudellisen kestävyuden näkökulmista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista 980/2012.) Myös iäkkääseen väestöön liittyvää tutkimusta tarvitaan nykyisiin yhteiskunnallisiin haasteisiin vastaamisessa, sillä väestö ikääntyy voimakkaasti (Suomen Akatemia 2012). Samanaikaisesti väestörakenne muuttuu, kun ikääntyvien osuus muusta väestöstä kasvaa (STM 2017a). Tämä muutos näyttää jatkuvan tulevina vuosikymmeninä kaikissa Euroopan Unionin jäsenmaissa (Eurostat 2017). Tällä hetkellä Suomen väestöstä yli miljoona on 65 vuotta täyttäneitä. Heistä säännöllisten palveluiden asiakkaita on noin 150 000, joista reilu 97 000 henkilöä on kotihoidon tai omaishoidon tuen asiakkaita. Näiden palveluiden kokonaiskustannukset olivat vuonna 2015 noin 4,5 miljardia euroa, joista noin neljännes (25 %) kohdentui kotihoitoon. (STM 2017a.) Kotihoidon asiakasrakenne on myös muuttumassa niin, että paljon apua tarvitsevien asiakkaiden osuus kaikista asiakkaista kasvaa entisestään (THL 2017a).

Koti- ja omaishoitoa kehitetään osana sote- ja maakuntauudistusta. Keskeistä on kotihoidon ja muiden itsenäistä kotona asumista tukevien ikäihmisten palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja saumaton koordinointi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista 980/2012, STM 2017a, 2017b.) Palveluiden tulee perustua monialaisesti toteutettuun palvelujen tarpeen arviointiin, jossa lähtökohtana ovat iäkkään henkilön yksilölliset tarpeet ja voimavarat. Tämän tarkoituksena on mahdollistaa iäkkään henkilön toimijuus ja aktiiviset elinvuodet omassa kodissaan. (STM 2017a.) Arvioinnin perusteella laaditaan yhdessä asiakkaan ja hoitohenkilöstön kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, joka ohjaa iäkkään asiakkaan kotiin annettavien palveluiden laadukasta toteutusta (STM 2017c). Sekä hoito- ja palvelusuunnitelma että siihen liittyvä hoitotyön kirjaaminen ovat molemmat kiinteässä yhteydessä potilaan oikeuksien sekä hoitajan velvollisuuksien toteutumiseen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamiseen liittyvä dokumentointi ja tiedonkulun turvallisuus ovat myös osa potilas- ja asiakasturvallisuutta (STM 2017a). Edellytyksenä tiedon tallentamiselle,

siirtymiselle ja hyödyntämiselle valtakunnallisesti on yhdenmukainen, rakenteinen tiedon kirjaaminen (Liljamo ym. 2012, STM 2014). Lisäksi sähköisten potilastietojärjestelmien tulee olla yhtenevät kansallisesti määriteltyjen rakenteiden kanssa ja toimia saumattomasti keskenään (Kinnunen 2013, THL 2014). Tämä on myös tärkeää, jotta Suomessa parhaillaan käyttöön otettavasta Kanta-palveluihin sisältyvästä valtakunnallisesta potilastiedon arkistosta voidaan hyötyä parhaalla mahdollisella tavalla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (Liljamo ym. 2012, STM 2014, Kansallinen Terveysarkisto 2017).

Suomessa hoitotyön rakenteinen kirjaaminen perustuu kansalliseen kirjaamismalliin ja Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuteen (Finnish Care Classification, FinCC) (Liljamo ym. 2012). Aikaisemman tutkimuksen perusteella kuitenkin tiedetään, että esimerkiksi kotihoidon kontekstissa kirjaamiskäytännön vaihtelevat, eikä kirjaamisessa yleensä noudateta rakenteista kirjaamistapaa (Ikonen 2015, Patiraki ym. 2017). FinCC:n soveltamiselle tuovatkin haasteensa erilaiset hoitotyön ympäristöt (Liljamo ym. 2012), minkä vuoksi luokituskokonaisuuteen perustuvan strukturoidun kirjaamisen testaaminen ja kehittäminen muun muassa kotihoidon kontekstissa on tärkeää. Kirjaamisen puutteellisuus, päällekkäisyys ja epäjohdonmukaisuus ovat johtaneet jopa potilasvahinkoihin ikäihmisten hoitotyössä. On löydettävä uusia keinoja hoitotyön kirjaamisen kattavuuden, tehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi. (Charalambous & Goldberg 2016.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisällöissä tulee huomioida iäkkään asiakkaan voimavarat sekä palvelutarpeet kokonaisvaltaisesti. Sisällöllisesti kattava hoito- ja palvelusuunnitelma on edellytys iäkkään turvalliselle kotona asumiselle ja asiakaslähtöisille palveluille. Uutta tietoa kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisällöistä tarvitaan, jotta voidaan kehittää rakenteista luokituskokonaisuuksiin perustuvaa kirjaamista ja turvata iäkkäille laadukas hoito kotona. Tietoa tarvitaan myös hoitajien rakenteiseen kirjaamiseen ja hoidon suunnitteluun liittyvän osaamisen kehittämisessä. (Turjamaa 2014.) Tiedosta on hyötyä myös kotihoidon hoitotyön ja terveystietojärjestelmän kehittämiselle, mikä vastaa yhteen hoitotieteen keskeisistä tavoitteista (Suomen Akatemia 2003). Tämä pro gradu -tutkielma on osa Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen interventiotutkimusta, joka kohdistuu kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen kehittämiseen. Tässä tutkimuksessa raportoidaan interventiotutkimuksen ensimmäinen vaihe. Sen tavoitteena on tuottaa kotihoidon iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisällöistä tietoa, jota voidaan hyödyntää kirjaamisen sekä siihen liittyvän koulutuksen kehittämisessä.

## 2 IÄKÄS ASIAKAS JA HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMAN KIRJAAMINEN KOTIHOIDOSSA

Tämä pääluku perustuu iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamiseen liittyviin aikaisempiin tutkimuksiin, lainsäädäntöön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiin asiakirjoihin. Lisäksi toteutettiin systemaattiset kirjallisuushaut iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisesta kotihoidossa. Sen avulla kartoitettiin, mitä ilmiöstä tiedetään, kuinka ilmiötä on tutkittu ja minkälaisia tutkimustarpeita siihen liittyy. (ks. Carnwell & Daly 2001.) Kirjallisuushakujen toteutus eteni systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessia mukaillen tutkimuskysymysten asettamisesta, alkuperäistutkimusten hausta ja valinnasta artikkelien laadun arviointiin (Kääriäinen & Lahtinen 2006, Johansson ym. 2007). Systemaattiset kirjallisuushaut toteutettiin tammikuun 2018 aikana hoitotieteelliseen tiedonhankintaan pätevistä elektronisista CINAHL-, Medic-, PubMed- ja Scopus -tietokannoista (ks. Kääriäinen & Lahtinen 2006, Pölkki ym. 2012), jotka olivat relevantit myös tutkimusilmiön kannalta. Tietoasiantuntijan ehdotuksesta otettiin mukaan myös sosiaalitieteiden tietokanta SocIndex. Lisäksi tehtiin manuaalisia hakuja hakutulosten täydentämiseksi (Autti-Rämö & Grahn 2007).

Hakusanojen ja -lausekkeiden valinnassa hyödynnettiin alustavia tietokantahakuja, tietokantojen asiasanahakemistoja (YSA, MeSH, CINAHL Headings) sekä tietoasiantuntijan apua. Hakulauseke muodostui hakusanojen ”kotihoito/kotisairaanhoito”, ”kirjaaminen/dokumentointi” sekä ”hoito- ja palvelusuunnitelma” synonyymien yhdistelmästä. ”Rakenteinen kirjaaminen” jätettiin pois, koska se rajasi käsitteenä liiaksi hakutuloksia, eikä sille löytynyt yksiselitteistä englanninkielistä vastinetta. Esimerkiksi Scopus-tietokannassa englanninkielisenä hakulausekkeena käytettiin "home health care" OR "home health nursing" OR "home health services" OR "home care" AND documentation\* OR record\* AND "care plan\*" OR "service plan\*". Tietokantakohtaiset hakulausekkeet (liite 1) säilytettiin mahdollisimman yhdenmukaisina, mutta samalla huomioiden kunkin tietokannan eroavaisuudet muun muassa Boolean operaattorien käytön suhteen. Systemaattisen kirjallisuushakujen prosessin (liite 2) kautta tunnistettiin kaikki aiheen kannalta mahdollisesti relevantit viitteet, joiden kokonaismäärä oli 501 artikkelia. Artikkelien valinta- ja arviointiprosessi eteni otsikkojen ja abstraktien arvioinnin kautta ilmeisen asiankuulumattomien viitteiden poissulkemiseen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. (ks. Autti-Rämö & Grahn 2007.)

Tutkimuskohteena tuli olla hoito- ja/tai palvelusuunnitelmat, niiden kirjaaminen tai sisältö kotihoiton kontekstissa. Vaikka tietoa löytyi vähän, ilmiön aikasidonnaisuuden vuoksi mukaan hyväksyttiin vain tuoreita vuosina 2012 - 2018 julkaistuja ja peer reviewed -arvioituja tutkimusartikkeleita. Kokotekstien lukemisen perusteella jäljelle jäi kuusi artikkelia, joiden lisäksi manuaalisen haulla valittiin mukaan yksi artikkeli. Valittujen artikkelien (n=7) laadunarvioinnissa käytettiin Turjamaan ja kumppaneiden (2011) systemoidun kirjallisuuskatsauksen laadunarviointitaulukkoa (liite 3). Tutkimusten laadunarviointi perustui taustan, tarkoituksen, aineiston, menetelmien, luotettavuuden, eettisyyden, tulosten ja päätelmien tarkastelulle pisteyttämistä (0 - 18 pistettä) apuna käyttäen. Yksi artikkeleista hylättiin laadunarvioinnin perusteella, koska raportointi oli suppeaa ja puutteellista (7/18 pistettä). Kuusi lopulliseen katsaukseen valittua artikkelia sijoittui laadunarvioinnissa pistevälille 14 – 16 (liite 4). Artikkelien laadunarviointia täydennettiin arvioimalla artikkelit julkaisseiden tieteellisten julkaisukanavien tasoa muun muassa Impact Factor (IF) – ja Julkaisufoorumin (JUFO) -luokituksia apuna käyttämällä (Holland & Watson 2012, Pölkki & Paavilainen 2015, InCites Journal Citation Reports JCR 2018, Julkaisufoorumi 2018).

## 2.1 Iäkkään asiakkaan hyvän hoidon lähtökohdat

### 2.1.1 Iäkäs asiakas hoito- ja palvelukokonaisuuden keskiössä

Kaikilla Suomessa pysyvästi asuvilla henkilöillä on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hyvään kohteluun ja itsemääräämisoikeuteen iästä tai muista henkilökohtaisista tekijöistä huolimatta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Hyvään ikääntymiseen kuuluu, että iäkkäällä henkilöllä on mahdollisuus terveyden, hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen ylläpitämiseen. Hänellä on oltava myös mahdollisuudet laadukkaisiin palveluihin ja itse tehtyihin valintoihin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, STM 2017a.) Iäkkään osallistuminen itseä koskevaan päätöksentekoon on edellä mainitun edellytys (Erhola ym. 2017) ja se on mahdollistettava yhteistyöllä, riittävällä tiedon antamisella ja avoimella keskustelulla. Iäkästä tulee kohdella yksilönä niin, että hänen toiveensa, tarpeensa ja näkemyksensä tulevat kuulluiksi ja huomioituiksi. (ETENE 2008, Janssen ym. 2014.) Yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat lähtökohta ikääntyneen väestön eettisesti hyvälle hoidolle (ETENE 2008).



Suomen lainsäädännön mukaan iäkäs on henkilö, jolle on iän myötä tapahtuneiden ikääntymismuutosten vuoksi aiheutunut fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen tai sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä. Toimintakyvyn heikkenemisen syynä voivat olla ikääntymisen mukana lisääntyvät tai pahenevat sairaudet sekä vammat ja rappeutuminen. Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan puolestaan väestön osaa, joka on iän perusteella oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.) Asiakkaana iäkäs nähdään omien voimavarojensa mukaan osallistuvana toimijana, eikä vain sosiaali- ja terveystalvveluiden käyttäjänä tai tarvitsijana (STM 2017a). Tässä tutkimuksessa iäkkäällä asiakkaalla tarkoitetaan pääasiallisesti vanhuuseläkkeeseen edellyttävän iän eli 63 vuotta täyttänyttä (ks. Laki työntekijän eläkelain muuttamisesta 794/2012), asiakaslaissa (812/2000) määriteltyä asiakasta sekä potilaslaissa (785/1992) määriteltyä potilasta.

Useimmat iäkkäät henkilöt haluavat asua mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan, mutta mahdollinen toimintakyvyn heikkeneminen asettaa sille haasteita (ETENE 2008, Janssen ym. 2014). Vaikka suurin osa iäkkäistä elää kodeissaan ilman säännöllisiä palveluita, kaikkein vanhimmissa ikäryhmissä avun sekä sosiaali- ja terveystalvveluiden tarve lähes aina kasvaa, kun monet sairaudet kuten muistisairaudet lisääntyvät (STM 2017a). Iäkkään henkilön avun ja palvelun tarve on olennaista arvioida suhteessa hänen terveydentilaansa sekä olemassa oleviin voimavaroihinsa. Arviointi tulee tehdä viivytyksettä ja monipuolisesti, sillä iäkkäällä on toimintakyvyn heikentyessä oikeus saada kotona asumisen tueksi asianmukaiset palvelut. (ETENE 2008, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, Turjamaa ym. 2015.) Ikääntyneen väestön palvelukokonaisuudessa pitkäaikainen hoito ja huolenpito toteutetaan ensisijaisesti henkilön omassa kodissa tai muussa kodinomaisessa asuinpaikassa kotihoidon, kuntoutumista edistävien palveluiden ja ohjauksen avulla. Palveluiden tulee olla laadukkaita, riittäviä ja oikea-aikaisia. Ne tulee suunnitella ja toteuttaa siten, että iäkkään henkilön elämä voi olla mielekästä, merkityksellistä, turvallista ja arvokasta. Keskeistä on myös muun palvelun tarpeen ennaltaehkäiseminen tukemalla iäkkään henkilön terveyden, hyvinvoinnin, osallisuuden ja itsenäisen suoriutumisen sekä toimintakyvyn ylläpitämistä. Laitoshoito nähdään perustelluksi vain tietyistä lääketieteellisistä syistä tai, kun iäkkään henkilön turvallisen hoidon toteuttaminen sitä vaatii. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.)

Suomen väestö ikääntyy ja väestörakenne on muuttumassa. Vuonna 2016 yli 65-vuotiaiden osuus ylitti viidennesosan (20,9 %) 5,5 miljoonan henkilön väestöstämme ja osuuden odotetaan

kasvavan vuoteen 2060 mennessä liki kolmannekseen (28,8 %) väestöstämme. (Tilastokeskus 2016a, 2016b.) Tämä edellyttää muutoksiin varautumista sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä, sillä yhteiskunnan on entistä enemmän mukauduttava ikääntyneen väestön tarpeisiin. Sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä järjestelmä kannalta on ensiarvoisen tärkeää lisätä tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaavia sekä ennaltaehkäiseviä toimia. Tämä haastaa päätöksentekijät sekä kansallisesti että kansainvälisesti. (STM 2017a, Van Enoo ym. 2018.) Tällä hetkellä Suomen sosiaali- ja terveystaloutta kehitetään Sote- ja maakuntauudistuksessa, jonka tavoitteena on taata jokaiselle yhdenvertaiset ja tasapuoliset mahdollisuudet laissa säädettyihin sosiaali- ja terveystalouteihin (Sote- ja maakuntauudistus 2017). Myös ikäihmisten palveluiden uudistaminen on ollut työn alla viime vuosina sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmissa (esim. STM 2016). Vanhuspalvelulain (980/2012) toimeenpanemiseksi laadittu laatusuosituksen vuosille 2017 - 2019 uudistetussa versiossa on huomioitu ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset sekä hallitusohjelman tavoitteet (STM 2017a). Koti- ja omaishoitoa uudistetaan osana sote- ja maakuntauudistusta Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O) 2016 - 2018 -kärkihankkeessa. Sen keskiössä on kotihoidon ynnä muiden itsenäistä kotona asumista tukevien ikäihmisten palvelujen kehittäminen entistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi. (STM 2017b.)

### 2.1.2 Kotihoito asiakkaan kotona asumisen tukena

Kotihoidon palveluiden avulla tuetaan asiakkaan itsenäistä ja omatoimista elämää kotona niin kauan kuin se on mahdollista ja asiakkaan kannalta toivottua (Eloranta ym. 2010). Iäkkäät, sairast, vammaiset tai henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut, voivat saada kotipalveluja ja kotisairaanhoidoa silloin, kun he tarvitsevat apua arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista selvitäkseen tai, kun he ovat kykenemättömiä käyttämään muita terveyden- ja sairaanhoidon palveluita. Henkilön avun tarve määrittelee sen, onko kotihoidon palvelu tilapäistä vai jatkuvaa. (STM 2017c, 2017d.) Kotihoito on kotona selviytymistä tukeva kokonaisuus, joka koostuu Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) määritellystä kotipalvelusta, sekä Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellystä kotisairaanhoidosta. Kotipalvelun tehtäviin kuuluvat muun muassa erilaiset hoidon ja huolenpidon, toimintakyvyn ylläpidon, asumisen, asioinnin ja jokapäiväisen elämän toiminnoissa avustamiseen sekä suorittamiseen liittyvät tehtävät. Sii- vous-, ateriat-, asiointi- ja vaatehuollon palvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät toiminnot ovat tukipalveluja, joilla voidaan täydentää kotipalvelua. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, STM 2017c.) Kotisairaanhoido on asiakkaan kotona tai kotia vastaavassa paikassa

moniammatillisesti toteutettua terveyden- ja sairaanhoidon palvelua, jonka tehtäviin kuuluvat erilaiset sairaanhoidolliset toimenpiteet kuten asiakkaan voinnin ja lääkityksen toteutumisen seuraaminen, näytteiden ottaminen ja mittaukset (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, STM 2017d).

Edellä mainittuja yhteisiä tehtäviä voi olla vaikea erotella toisistaan, joten järjestäjänä toimiva kunta voi yhdistää ja nimetä toiminnot kotihoidoksi (STM 2017c). Soteuudistuksen myötä kotihoidon sekä muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu on siirtymässä kunnilta maakunnille 1.1.2020 (Sote- ja maakuntauudistus 2017). Kotihoitoa kansainvälisesti tarkasteltaessa on otettava huomioon, että kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja kotihoidon määritelmät, sisällöt sekä kohde (Thomé ym. 2003), mutta myös sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet, järjestelmät ja rahoituskanavat (WHO 2012) eroavat toisistaan. Niin kansallisella kuin kansainvälisellä tasolla kotihoidon toteuttamismalleja vertailtaessa on havaittu kotihoidon toteutuksessa vaihtelua. Laatueroja on voitu osoittaa palveluiden asiakaslähtöisyyden, erityisosaamisen hyödyntämismahdollisuuksien sekä hoidon toteutukseen liittyvän vertailutiedon saatavuuden perusteella. Hyvien näyttöön perustuvien kotihoidon toteuttamismallien etsiminen ja hyödyntäminen on tärkeää kotihoidon kehittämisessä ja niissä tulee kiinnittää huomio edellä mainittuihin laatutekijöihin. (Van Enoo ym. 2018.)

Tässä tutkimuksessa kotihoidolla tarkoitetaan yhdistettyä kotipalvelua ja kotisairaanhoitoa. Jos asiakkaan luona on toteutettu kotihoidon (kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun) käyntejä säännöllisesti, vähintään kerran viikossa, määritellään asiakkaan kuuluvan säännöllisen kotihoidon piiriin. Tällöin kotihoidon käynnit toteutetaan yleensä voimassa olevan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2017a.) Suomessa säännöllisten kotihoidon asiakkaiden kokonaismäärässä on ollut vuosittain pientä nousua. Vuonna 2016 säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli yhteensä 73 500 ja suurin osa heistä oli ikääntyneitä naisia (66 %). Koko Suomen 75 vuotta täyttäneestä väestöstä säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli reilu kymmenes (11,3 %). Lisäksi asiakasrakenne on muuttunut vuodesta 2000 vuoteen 2016 niin, että paljon apua tarvitsevien (vähintään 60 käyntiä kuukaudessa) asiakkaiden osuus on kasvanut 19 prosentista 31 prosenttiin. (THL 2017a.)

Kotihoidossa työskentelee lähi- ja perushoitajia, kodinhoitajia, kotiavustajia, sairaanhoitajia sekä terveydenhoitajia (Noro ym. 2015). Kotona selviytymistä tukevaan palvelukokonaisuuteen kuuluu myös muita sosiaali- ja terveydenhuollon sekä yksityisen ja kolmannen sektorin

toimijoita. Asiakkaan hoidon toteutukseen kotona osallistuu usein myös asiakkaan omaisia, joista osa toimii omaishoitajina. (Päivärinta & Haverinen 2002.) Kotihoidon henkilöstön kuten kaikkien hoitotyöntekijöiden ammattitoimintaa ohjaa lainsäädäntö. Laki määrittelee muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtäviä, oikeuksia ja velvollisuuksia, minkä tarkoituksena on edistää terveydenhuollon palveluiden laatua ja potilasturvallisuutta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Lisäksi sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annettu laki (817/2015) säätelee osin kotihoidon henkilöstöön kuuluvien toimintaa. Lainsäädännön lisäksi terveydenhuollon ammattilaisia ohjaavat omat ammattikohtaiset eettiset ohjeistot sekä terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet, joilla tavoitellaan asiakkaan oikeutta ihmisarvoon, hyvään hoitoon sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen (ETENE 2001). Tässä tutkimuksessa kotihoidon henkilöstöllä tarkoitetaan kaikkia kotihoidon työntekijöitä kuten sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja lähihoitajia, jotka laativat hoito- ja palvelusuunnitelmia.

### 2.1.3 Asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnittelu

Iäkkään asiakkaan avun tarpeen sekä olemassa olevien voimavarojen arviointi on lähtökohta hänen hoitonsa ja palveluidensa suunnittelulle (ETENE 2008, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012). Kotona asu- mista tukevien palveluiden tarpeen selvittäminen kuuluu terveydenhuollon tai sosiaalihuollon ammattihenkilöiden, kuten kotihoidon henkilöstön tehtäviin. Tarvittaessa palvelun tarpeen arvioinnissa konsultoidaan myös muita sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita. (Laki ikään- tyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012.) Arvioinnissa ensisijaista on selvittää iäkkään asiakkaan fyysinen, psyykinen, kog- nitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky monipuolisesti. Näin voidaan nähdä, missä päivittäisissä toiminnoissa hänen toimintakykynsä on vielä hyvää tai riittävää ja millä osin hän tarvitsee apua. Arvioinnissa on käytettävä luotettavia mittareita ja siinä on huomioitava myös ympäristön tur- vallisuus, esteettömyys ja mahdollisuudet lähipalveluihin. (Päivärinta & Haverinen 2002.) Myös hoidon tavoitteiden asettaminen on tärkeää suunnitteluvaiheessa, jotta asiakkaan toimin- takykyä sekä omatoimisuutta voidaan tukea kotihoidon palveluilla asiakaslähtöisesti (Parsons & Parsons 2012).

Tutkimuksessa, jossa selvitettiin dementiaa sairastavien kotihoitopalveluiden järjestämistä kah- deksassa Euroopan valtiossa, selvisi, että hoitajien ei ole hoitoa suunnitellessaan mahdollista

huomioida riittävästi dementiaa sairastavien asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita. Tämä olisi kuitenkin edellytys turvalliselle asumiselle kotona. (Bökberg ym. 2015.) Myös asiakkaan voimavarojen, kuten sosiaalisten suhteiden, tunnistaminen on olennaista, kun halutaan tukea iäkkään kotona asumista (Turjamaa ym. 2011). Hoitotyön ammattilaiset tunnistavatkin niitä, mutta voimavarojen huomioiminen asiakkaan arvioinnissa on vaihtelevaa ja siinä korostuvat fyysiset voimavarat psykologisten ja sosiaalisten voimavarojen sijaan (Turjamaa ym. 2013). Hoidon suunnittelua tulisikin kehittää asiakaslähtöisemmäksi ja yksilöllisemmäksi, sillä tällä hetkellä se painottuu enemmän hoitotyön päivittäisiin toimintoihin (Turjamaa ym. 2014).

Kansainvälisesti arvioituna iäkkäiden tarpeiden arviointikäytännöt vaihtelevat. Eroja ilmenee erityisesti siinä, minkälaiset ovat iäkkäiden ja heidän hoitoonsa osallistuvien omaisten mahdollisuudet osallistua tarpeidensa arviointiin ja hoidon suunnitteluun. (Janlöv ym. 2011.) Hoidon ja palvelun suunnittelussa tulee yhdistää sekä asiakkaan näkemys että hoitotyöntekijän laatima arvio asiakkaan toimintakyvystä, voimavaroista ja tarpeista (Hammar ym. 2009, Eloranta ym. 2010). Yhteistyö iäkkään asiakkaan, hänen omaisensa tai edunvalvojansa kanssa onkin keskeistä kokonaisvaltaisen arvioinnin toteuttamisessa. Heidän näkemyksensä, neuvotellut vaihtoehdot ja yhteisymmärryksessä sovitut asiat käydään keskustellen läpi ja kirjataan ylös. Asiakkaalle muodostuu kuva omista kyvyistään ja mahdollisuuksistaan osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. Samalla omainen saa mahdollisuuden ilmaista oman halukkuutensa asiakkaan tukemiseen ja auttamiseen. Yhteistyöllä ehkäistään myös väärinymmärrysten ja toisistaan poikkeavien tulkintojen mahdollisuutta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Päivärinta & Haverinen 2002, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012.)

## 2.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaaminen kotihoidossa

### 2.2.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma ja sen kirjaaminen

Hoidon ja palvelun suunnitteluvaihe tiivistyy kirjallisesti laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka on laadukkaan kotihoidon perusta (STM 2017c). Hoito- ja palvelusuunnitelma on potilas- tai asiakasasiakirja, jolla tarkoitetaan asiakkaan hoitotietoja sisältävää, hoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa käytettävää asiakirjaa tai teknistä tallennetta (Laki potilaan asemasta

sekä oikeuksista 785/1992). Se voidaan laatia sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiseen tietojärjestelmään, jolla puolestaan tarkoitetaan asiakas- ja potilasasiakirjojen sähköistä käsittelyä ja ylläpitoa varten toteutettua järjestelmää (Asiakastietolaki 159/2007). Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden, joilla tuetaan hänen terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä selviytymistä sekä turvataan hänen hyvä hoitonsa. Hoito-, palvelu-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma laaditaan sosiaalihuollon asiakkaalle palvelutarpeisiin perustuen lähes aina. Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa suunnitelma laaditaan myös tarvittaessa. Lisäksi sen ajantasaisuus on tarkistettava aina, kun iäkkään henkilön voinnin tai toimintakyvyn muutokset vaikuttavat palvelun tarpeeseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012.) Kotihoidon säännöllisiä palveluita saavalla asiakkaalla on oltava voimassa oleva hoito- ja palvelusuunnitelma myös maksupäätöksen vuoksi (Päivärinta & Haverinen 2002). Tässä tutkimuksessa hoito- ja palvelusuunnitelmalla tarkoitetaan edellisen määrittelyn mukaista asiakasasiakirjaa.

Hoito- ja palvelusuunnitelmasta on hyötyä niin asiakkaalle, työntekijälle, työyhteisölle kuin koko vanhustyön prosessille, sillä se parantaa asiakaslähtöisyyttä, hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Se on monipuolinen työväline ja yhteistyön tuki iäkkään henkilön hoidon toteutuksessa, kun siihen on koottu kattavasti asiakkaan voimavarat, kuntoutuksen tarpeet, asiakkaan palveluiden ja hoidon tarve sekä niiden arvioitu kesto. (Päivärinta & Haverinen 2002.) Asiakkaan kanssa yhteistyössä laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma on tae sille, että asiakkaan toiveet, mielipiteet ja yksilölliset tarpeet tulevat huomioituiksi (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000) ja se voi lisätä asiakkaan turvallisuudentunnetta (Päivärinta & Haverinen 2002). Yksilöllisesti suunniteltu ja ajantasainen hoitosuunnitelma optimoi myös kotihoidon onnistumisen mahdollisuudet ja voi ennaltaehkäistä asiakkaiden turhia sairaalajaksoja (Low ym. 2015). Myös ikäihmisten palvelukokonaisuuteen liittyvä suunnittelu-, toteutus- ja arviointiprosessi hyötyy toimivasta hoito- ja palvelusuunnitelmakäytännöstä (Päivärinta & Haverinen 2002). Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen vaatii työntekijältä monipuolisia ammatti- ja vuorovaikutustaitoja. Lisäksi se edellyttää asiantuntijuutta sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuuksista paikallisesti sekä yli toiminta- ja hallintorajojen. (Päivärinta & Haverinen 2002.) Uusia hoitajia tulee tukea hoitosuunnitelmien laadukkaassa ja kattavassa kirjaamisessa. Tätä varten on kehitetty tutkimustietoon perustuva opas. (Kim ym. 2017.)

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella (ks. liite 4) hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa on havaittu ongelmia ja epäkohtia, jotka liittyvät asiakaslähtöisyyden lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällön kattavuuteen, muotoon ja rakenteeseen. Hoitosuunnitelmien kirjaamisessa ei huomioida kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilannetta ja voimavaroja. Asiakasnäkökulman sijaan kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat kirjattu hoitajan näkökulmasta, tehtävä- tai toimintokeskeisesti (Turjamaa ym. 2015). Lisäksi asiakaslähtöisyyttä heikentää se, että potilaan ja hänen perheensä osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen on usein vähäistä tai se on tapahtunut vasta sen jälkeen, kun moniammatillinen ryhmä on jo laatinut alustavan hoitosuunnitelman (Dykes ym. 2014).

Kirjaamisen sisältöjen ja niiden kattavuuden vertailua vaikeuttavat kirjaamiseen liittyvien tekijöiden lisäksi kansainväliset erot muun muassa kotihoidon tehtävänkuvissa (Thomé ym. 2003, WHO 2012). Suomessa kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin on kirjattu yleisimmin lääkehoidosta, päivittäisistä toiminnoista ja selviytymisestä. Puolestaan kudoseheydestä, nestetasapainosta ja terveyspalveluiden käytöstä ja ravitsemuksesta on kirjattu harvemmin. Hengitykseen, jatkohoitoon, elämänkaareen ja terveyskäyttäytymiseen liittyviä kirjauksia ei hoito- ja palvelusuunnitelmissa ole lainkaan. (Turjamaa ym. 2015.) Etelä-Koreassa kotihoidon hoitosuunnitelmiin kirjataan yleisimmin infuusionesteen tai lääkkeen antamisesta iv-reittiä pitkin, kaatumisen ennaltaehkäisyn ohjauksesta ja painehaavauman ennaltaehkäisyn ohjauksesta (Kang ym. 2015). Puolestaan korealaisten hoitokotien iäkkäiden asiakkaiden hoitosuunnitelmiin kirjataan useimmin puutteellisesta ravitsemuksesta, kaatumisriskistä, itsehoidon vajauksesta, heikentyneestä kudoseheydestä, ummetuksesta, heikentyneestä sanallisesta kommunikaatiosta ja heikentyneestä fyysisestä toimintakyvystä (Kim ym. 2017). Jo näitä esimerkkejä verrattaessa voidaan nähdä, että kirjaamisen sisällöissä on erilaisia painotuksia. Kotihoidon hoitosuunnitelman sisällöissä on eroavaisuutta myös siinä, kuinka yleisesti tai yksityiskohtaisesti kustakin yksittäisestä hoitosuunnitelman osa-alueesta kirjataan (Kang ym. 2015). Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöt ovat kattavuudeltaan vaihtelevia niin Suomessa kuin kansainvälisestikin tarkasteltuna.

Myös hoito- ja palvelusuunnitelmien muoto vaihtelee esimerkiksi paperisen ja sähköisen toteutuksen välillä. Sähköiset suunnitelmat sisältävät enemmän informaatiota asiakkaan tarpeista ja ongelmista, mutta vähemmän interventioista, verrattuna paperiseen hoitosuunnitelmaan. Sähköisissä hoitosuunnitelmissa kirjaukset sisältävät myös yksityiskohtaisempia arviointitietoja

asiakkaan ongelmista ja tarpeista. Sekä sähköisissä että paperisissa hoitosuunnitelmissa on yhtä paljon tavoitteisiin liittyviä kirjauksia, mutta molemmissa konkreettisten ja mitattavien asiakkaan hoidon tulosten kirjaaminen on puutteellista. (Wang ym. 2015.) Sähköinen muoto edistää hoito- ja palvelusuunnitelman yhteiskäyttöä. Tiedonkulun ja hoidon koordinoinnin esteenä on kuitenkin usein se, että eri yksiköissä kuten kotihoidossa ja ensihoidossa on käytössä erityyppisiä ja kontekstikohtaisia hoitosuunnitelmia, jotka eivät ole jaettavissa tai hyödynnettävissä yksiköiden välillä. Ongelmaan on pyritty vastaamaan kehittämällä useisiin hoitotyön konteksteihin sopiva ja yhtenäinen hoitosuunnitelma (Longitudinal Care Plan, LCP). Sen vakiinnuttamisen on ajateltu helpottavan kommunikaatiota sekä hoidon koordinoitua yksiköiden välillä, mikä voisi parantaa myös potilastyytyväisyyttä sekä tukea hoidon jatkuvuutta. Käytön edellytyksenä ovat kuitenkin huolellisesti suunnitellut terveystietojärjestelmät. (Dykes ym. 2014.) Kotihoidon kontekstiin on 2010-luvun alussa kehitetty myös näyttöön perustuva, standardoitu hoito- ja palvelusuunnitelma-malli, joka tukee hoitoon liittyvää päätöksentekoprosessia ja kirjaamista. Se on vapaasti ja kansainvälisesti käytettävissä kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa, mutta jatkotutkimusta mallin soveltamisesta ei ole kuitenkaan julkaistu. (Monsen ym. 2011.)

Hoitosuunnitelmissa on eroja myös rakenteellisesti. Hoitosuunnitelman kirjaaminen täysin vapaassa muodossa ja avoimena tekstinä voi aiheuttaa sen, ettei hoitosuunnitelmien sisältö ole johdonmukaista tai yhtenäistä (Dykes ym. 2014). Toisaalta asiakkaiden hoitosuunnitelmat voivat olla kirjattu avoimella tekstillä, mutta niiden kirjaamista voi silti ohjata yhtenäinen ja ennalta sovittu terminologia. Rakennetta ohjaava terminologian on todettu vaikuttavan hoitosuunnitelmien sisällön kattavuuteen enemmän kuin sen paperinen tai sähköinen muoto. (Wang ym. 2015.) Hoitosuunnitelman yhtenäinen rakenne ohjaa ammattilaisia täsmälliseen ja johdonmukaiseen kirjaamiseen. Ongelmallista kuitenkin on, ettei kirjaaminen yleensä toteudu sekä standardoidusti että yksilöllisesti. (Mariani ym. 2017.) Standardoitujen luokitusten käyttö kirjaamisessa voi lisätä hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällön kattavuutta. Toisaalta kirjaamisessa voivat tällöin korostua entistä enemmän standardoidut näkökulmat ja kokonaisvaltainen kuva asiakkaan tarpeista ja voimavaroista voi jäädä saavuttamatta. (Turjamaa ym. 2015.) Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen kehittämisessä tulee sisällön kattavuuden ohella tavoitella myös sitä, että kirjaamisen lähtökohtana olisivat asiakkaan yksilölliset tarpeet ja toiveet (Turjamaa ym. 2015, Mariani ym. 2017). Tämä voidaan toteuttaa sekä ottamalla asiakkaat mukaan hoitosuunnitelman laatimiseen että ammattilaiset mukaan hoitosuunnitelmien kirjaamiseen liittyvien



työkalujen kehittämiseen. Hoitosuunnitelmien kirjaamisen kehittämiseen kohdistuvista interventiosta on nähty olevan hyötyä hoitosuunnitelmien sisällön kattavuuden kannalta. (Mariani ym. 2017.)

### 2.2.2 Rakenteinen kirjaaminen kattavan ja yhdenmukaisen kirjaamisen edellytyksenä

Asianmukainen kirjaaminen on laadukkaan hoidon tae (Amberla 2008), sillä hoitotyö perustuu päivittäiseen kirjatun tiedon käsittelyyn, tallentamiseen ja uudelleenkäyttöön (Saranto 2008). Kirjaamisen yhdenmukaisuus ja systemaattisuus ovat edellytyksiä hoitotietojen saumattomalle hyödyntämiselle (Saranto & Kinnunen 2009). Kirjaaminen on myös juridinen todiste siitä, että työntekijä on täyttänyt lailliset sekä eettiset vastuunsa potilaalle ja potilas on saanut oikeuksiinsa kuuluvaa hyvää hoitoa (Saranto & Sonninen 2008, Valvira 2017). Tämän vuoksi on tunnettava, mikä potilasta koskeva tieto on potilaan hoidon kannalta tarpeellista hankkia, käyttää tai luovuttaa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Hoitotietojen kirjaamista säätelevien lakien ja asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että oikeat henkilöt saavat asianmukaista, selkeää ja virheetöntä tietoa, oikea-aikaisesti sekä riittävässä laajuudessa. Kirjattujen hoitotietojen perusteella tulee olla mahdollista järjestää, suunnitella sekä toteuttaa potilaan hyvää hoitoa ja hoidon seuranta. (Henkilötietolaki 523/1999, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, Valvira 2017.)

Hoitajien on kuitenkin vaikeaa päättää, mitä ja miten potilaan hoitoon liittyviä tietoja kirjataan (Saranto & Sonninen 2008). Tämä voi ilmetä puutteellisina, epätäsmällisinä ja päällekkäisinä kirjauksina (Charalambous & Goldberg 2016). Hoitotyön kirjaamisessa on havaittu puutteita muun muassa psyykkisten ja sosiaalisten näkökulmien kirjaamisessa, hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisessa kirjaamisessa sekä hoitotyön ongelmien kirjaamisessa (Wang ym. 2011). Lisäksi hoitotyön kirjaamiskäytännöt ovat usein kontekstikohtaisia, mikä osaltaan aiheuttaa vaihtelua kirjaamisessa ja kirjaamisen sisällöissä (Wang ym. 2013). Kirjaamisen vaihteleva laatu ja epäasianmukaisuus vaikeuttavat myös kirjaamisen arvioimista (Saranto & Kinnunen 2009). Tutkimustiedon mukaan kirjaamisen rakenne ja muoto, dokumentointiprosessi sekä kirjaamisen sisällön kattavuus ja täsmällisyys ovatkin keskeisimmät hoitotyön kirjaamisen laatuun vaikuttavat tekijät (Wang ym. 2011). Yhteisillä sopimuksilla ja kirjaamiskäytännöillä voidaan

mahdollistaa hoitotietojen käyttö potilaan parhaan hoidon saavuttamiseksi (Saranto & Sonninen 2008). Narratiivisena vapaana tekstinä kirjaamisen sijaan tulisi vakiinnuttaa yleisten rakenteiden, luokitusten ja koodistojen avulla tapahtuva hoitotyön kirjaaminen. Tällaista etukäteen sovitun rakenteen ja sisältöjen mukaan tapahtuvaa hoitotietojen kirjaamista ja tallentamista kutsutaan rakenteiseksi kirjaamiseksi. Todelliset rakenteisen kirjaamisen edut saavutetaan käyttämällä sähköisiä potilastietojärjestelmiä. Rakenteinen sähköinen potilaskertomus sisältää hoitoprosessin vaiheiden mukaisia otsikoita, ydintietoja, luokituksia ja koodistoja (Virkkunen ym. 2015.), joita hoitajat käyttävät muun muassa hoitotyön diagnoosien, toimintojen ja tulosten kirjaamisessa (Saranto ym. 2014).

Yhdenmukaisesti toteutetusta rakenteisesta tiedon kirjaamisesta hyötyvät niin asiakkaat, terveydenhuollon henkilöstö kuin palvelujärjestelmä. Näin kirjattu tieto on kattavaa, vertailukelpoista sekä helpommin ja nopeammin saatavilla (Liljamo ym. 2012, THL 2014). Standardoitujen terminologioiden käyttö ja ennalta määritellyn rakenteen mukainen kirjaaminen ovat myös keinoja, joilla voidaan tukea hoidollista päätöksentekoa (Saranto & Kinnunen 2009, Wang ym. 2011) sekä vähentää kirjaamiseen käytettyä aikaa ja näin ollen parantaa hoitotyön tehokkuutta (Kang ym. 2015). Luokitusjärjestelmän mukaan ryhmiteltyä tietoa on mahdollista rajata ja hakea tietokannasta nopeammin ja tehokkaammin kuin manuaalisesti vapaasti kirjoitetusta tekstistä (Saranto & Sonninen 2008). Tämä puolestaan lisää joustavaa tiedon hyödyntämistä ja välittämistä terveydenhuollon eri kontekstien sekä ammattiryhmien kesken ja vähentää samalla päällekkäistä kirjaamista (Virkkunen ym. 2015).

Tiedon yhdenmukaisuus tukee siis merkittävästi päivittäistä hoitotyön toimintaa ja samalla lisää hoidon jatkuvuutta, potilasturvallisuutta ja laatua (Saranto ym. 2014) Laajemmassa mittakaavassa rakenteinen sähköinen kirjaaminen edistää myös terveydenhuollon ja hoitotyön johtamista, tutkimusta ja kehittämistä, sillä sen avulla on mahdollista kerätä tilastotietoja luotettavasti suoraan potilastiedoista (Saranto & Sonninen 2008, Westra ym. 2010). Näin voidaan saada arvokasta tietoa esimerkiksi hoidon laadun, saavutettavuuden ja toiminnan vaikuttavuuden arviointiin (Virkkunen 2015). Se voi mahdollistaa myös kirjaamisen laadun vaikutusten arvioimisen suhteessa hoitotuloksiin (Saranto & Kinnunen 2009, Westra ym. 2010). Suomessa rakenteisen kirjaamisen laadun arviointia ei ole tehty systemaattisesti, mutta kirjaamisen arviointiin laadittu auditointimalli on nähty tuoreessa tutkimuksessa hyödylliseksi arvioinnin toteuttamiseen. Tutkimus osoitti tarpeelliseksi myös kirjaamisen laadun kehittämissuunnitelman laatimisen jatkossa. (Mykkänen ym. 2018.)

Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen on kansallisesti ajankohtaista. Sähköisten potilastietojärjestelmien sekä potilasasiakirjojen tietorakenteiden tulee mahdollistaa yhdenmukainen rakenteinen kirjaaminen, sähköisten asiakirjojen käyttäminen, luovuttaminen ja säilyttäminen sekä valtakunnallinen yhteentoimivuus (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, Virkkunen ym. 2015). Tämä on edellytys muun muassa tiedon siirtymiselle ja tallentumiselle Kanta-palveluihin sisältyvään valtakunnalliseen potilastiedon arkistoon, jota Suomessa on otettu käyttöön viime vuosina. Sen tarkoituksena on parantaa tiedon saatavuutta, hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta sekä asiakaslähtöisyyttä. (Liljamo ym. 2012, STM 2014, Kansallinen Terveysarkisto 2017). Kansalliseen terveystietoon ja siihen kuuluvaan Kanta-palvelualustaan tallennetaan tällä hetkellä asiakkaiden terveystietoja, ja jatkossa kehittämisen myötä kaikki terveyden- ja sosiaalihuollon asiakas- ja potilastiedot mahdollisimman kattavasti. Myös sosiaalihuollon asiakastiedon arkisto on otettu käyttöön keväällä 2018 ja sen toiminnallisuuden laajentaminen jatkuu tulevana vuosina. (Rötsä ym. 2016, THL 2018.)

Rakenteisen kirjaamisen kehittämisessä on tärkeää kiinnittää huomio myös terveydenhuollon ammattilaisilta edellytettyyn kirjaamisen ja tiedonhallinnan osaamiseen, sillä elektroninen tietojen käsittely saavuttanut merkittävän aseman terveydenhuollon hoitoprosesseissa (Värrin ym. 2016). Terveydenhuollon tiedonhallintaan liittyvien opintojen sisällöt ja laajuus vaihtelevat laajasti terveydenhuollon koulutusohjelmien välillä. Potilastietojärjestelmien käytön oppiminen jää yleisesti käytännön harjoitteluiden tai vasta työssäoppimisen varaan (Tolonen & Värrin 2017). Hoitajien rakenteiseen kirjaamiseen liittyvät asenteet ovat pääasiallisesti positiivisia, mutta hyötyäkseen rakenteisen kirjaamisen eduista, he tarvitsevat enemmän koulutusta (Saranto ym. 2014). Työyhteisöissä on seurattava ja kehitettävä kirjaamiseen liittyvää osaamista määrätietoisesti (Charalambous & Goldberg 2016) ja henkilöstön riittävä sähköisen tiedonhallinnan osaaminen tulee varmistaa ammatillista ja täydennyskoulutusta lisäämällä (STM 2014, STM 2017a). Myös erilaisista koulutusinterventioista on nähty olevan huomattavaa hyötyä hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä (Saranto & Kinnunen 2009).

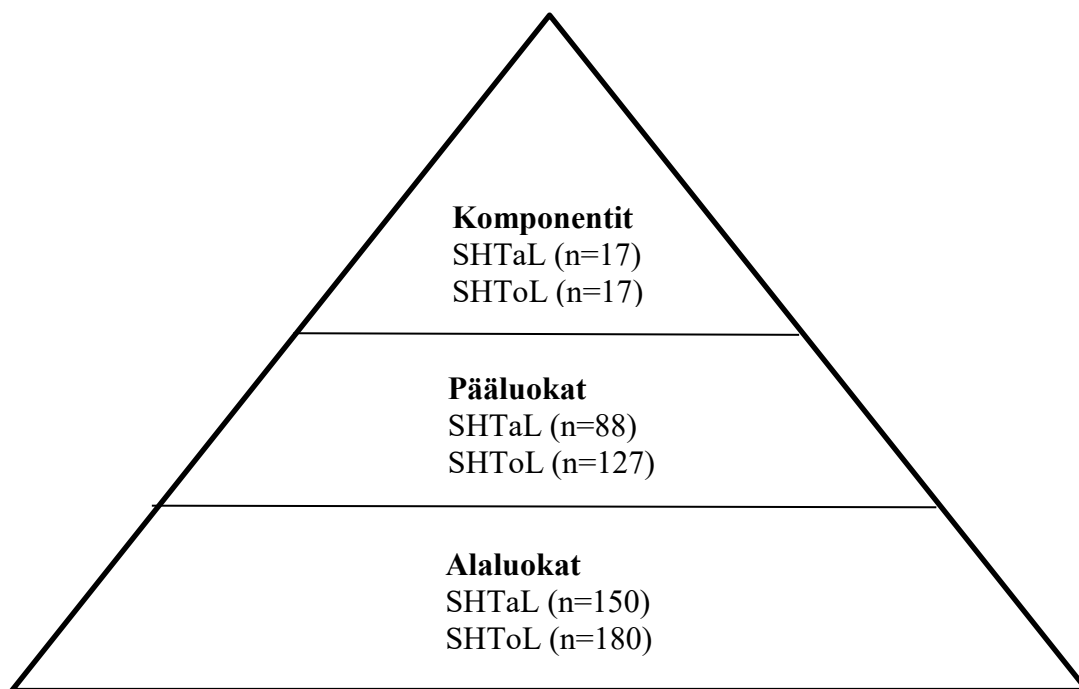
### 2.2.3 FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuva rakenteinen kirjaaminen

Tämän tutkimuksen kohteena oleva rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa kansallisen kirjaamismallin ja Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (Finnish Care Classification, FinCC)

rakenteen mukaista hoitotyön kirjaamista (Liljamo ym. 2012). Kirjaamisen sisällöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjattuja tietoja, jotka koskevat asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnittelua. FinCC-luokituskokonaisuus pohjautuu kansainväliseen Clinical Care Classification eli CCC-luokitukseen, jonka perustana on ollut yhdysvaltalainen kotihoidon kontekstiin suunniteltu HHCC (Home Health Care Classification) -luokitus (Saba 2017). FinCC-luokituskokonaisuuden kehittäminen on alkanut Ension (2001) väitöskirjatyöstä ja jatkunut alueellisen kehittämistyön sekä laajojen valtakunnallisten kehittämishankkeiden kautta FinCC:n juurruttamiseen kansallisen hoitotyön kirjaamismallin osaksi. FinCC:n ylläpito ja kehittäminen ovat nykyisin Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen ja THL:n vastuuna. (Kinnunen 2013.)

FinCC:ssä yhdistyvät hoitotyön rakenteeseen kirjaamiseen liittyvät hoidollisen päätöksenteon vaiheet (WHO) ja hoitotyön ydintiedot (Liljamo ym. 2012). Hoidollisen päätöksenteon vaiheita on kolmesta kuuteen riippuen toimintaympäristöstä, mutta yleisesti vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi (Saranto & Sonninen 2008, Liljamo ym. 2012, Saranto ym. 2014). Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto (Liljamo ym. 2012). FinCC-luokituskokonaisuus (versio 3.0) koostuu kolmesta osasta: SHTaL 3.0 eli suomalaisen hoitotyön tarveluokituksesta, SHToL 3.0 eli suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksesta ja SHTuL 1.0 suomalaisen hoidon tuloluokituksesta. Tuloluokitus on suppea ja se sisältää vain kolme porrasta: parantunut, ennallaan, huonontunut.

SHTaL-tarveluokituksessa ja SHToL-toimintoluokituksissa on kolmetasoinen hierarkkinen rakenne (ks. kuvio 1), jossa komponenttitaso on ylin taso. Molemmat luokitukset sisältävät 17 hoitotyön sisältöaluetta kuvaavaa komponenttia, joista kukin sisältää vaihtelevan määrän aihealueeseensa liittyviä pää- ja alaluokkia. FinCC-luokituskokonaisuuden pääkomponentit ovat *aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveystietäytyminen, hoidon ja jatkohoidon koordinointi, lääkehoito, ravitseminen, hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykinen tasapaino, aisti- ja neurologiset toiminnot, kudoseheys* sekä *elämäntapa*. (Liljamo ym. 2012.) Kunkin edellä mainitun komponentin sisältämät pää- ja alaluokat ovat konkreettisempia ja käytännössä kirjaaminen tapahtuu juuri niiden avulla. Hoitotyöntekijät valitsevat kirjatessaan hierarkkisesta valikosta sopivat komponentit, pää- sekä alaluokat. Luokitusten avulla kirjatun rakenteisen tiedon lisäksi hoitotietoja voidaan täydentää vapaasti kirjatulla narratiivisella tekstillä. (Liljamo ym. 2012, Virkkunen ym. 2015.)



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

FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuvasta rakenteisesta kirjaamisesta on todettu olevan lukuisia hyötyjä hoitoprosessille muun muassa hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja tiedon uudelleen käyttämisessä (Kinnunen ym. 2014). Kuitenkin aikaisemmassa iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamista selvittäneessä tutkimuksessa havaittiin, ettei hoito- ja palvelusuunnitelman FinCC-luokituskokonaisuuteen (versio 2.0.1) perustuva rakenne ollut riittävän joustava. Kyseisessä tutkimuksessa hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaaminen oli toteutettu 19 komponentin mukaista rakennetta ja vastaavia valmiita valikkoja käyttämällä. Valmiit pää- ja alaluokkavaihtoehdot eivät mahdollistaneet asiakaslähtöistä, kokonaisvaltaista ja kotihoidon erityispiirteitä huomioivaa kirjaamista, mikä oli yhteydessä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällön heikompaan kattavuuteen. (Turjamaa ym. 2015.)

Vastaava havainto on tehty myös testattaessa useissa sairaaloissa jo käyttöön vakiintuneen standardoidun ICPN (International Classification for Nursing Practice) -terminologian soveltuvuutta erilaisissa konteksteissa: sen rakenne ei ollut sellaisenaan käyttökelpoinen kotihoidon hoitosuunnitelmien kirjaamiseen. ICPN-terminologiaan perustuvassa kirjaamisessa strukturoiduista valikoista valittiin sopivat luokat hoitotyön ydintietojen (hoitotyön diagnoosi, hoitotyön arviointi, hoitotyön toiminnot ja hoitotyön tulos) mukaisesti. Tarve- ja toimintoluokitusten

johdonmukaisessa ja linjakkaassa käytössä ilmeni luokkakohtaisia eroja. Kotihoidon hoitosuunnitelmien ICPN-terminologian avulla tehdyistä kirjauksista vain vajaa viidennes (19,6 %) oli kattavasti kirjattu, kun suurin osa (80,4 %) oli kirjattu epäkattavasti eli ainoastaan pääluokkatasolla ilman tarkentavien alaluokkien hyödyntämistä. Lisäksi avoimista kirjauksista osa ei vastannut mitään ICPN-terminologian luokkaa. Kirjausten puutteellisuuden ja pirstaleisuuden ajateltiin aiheutuvan siitä, että ICPN-terminologia kohdennu riittävän hyvin kotihoidon kontekstin käsitteistöön eikä sisällä kontekstiin sopivia luokkia. Tällöin ei ole mahdollista kirjata haluttuja sisältöjä tarpeeksi yksityiskohtaisesti, eli tieto pelkistyy ja sisällöllistä tietoa katoaa. (Kang ym. 2015.)

Lisäämällä terminologiaan kotihoidon kontekstissa käytettäviä käsitteitä ja luokkia, voidaan parantaa kirjausten sisällön kattavuutta. Jotta samalla voidaan estää standardoitujen luokkien mukaisen kirjaamisen kautta tapahtuva tiedon pelkistyminen ja tietohävikki, tulee kirjaamisessa olla mahdollisuus kirjausten täydentämiseen myös vapaalla tekstillä. (Kang ym. 2015.) FinCC-luokituskokonaisuuden mukaisesti kirjatuiissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli mahdollista tehdä edellä kuvatuksi ja kirjauksia olikin täydennetty vapaalla tekstillä suurimmassa osassa (94 %) hoito- ja palvelusuunnitelmia (Turjamaa ym. 2015). Jatkossa on tärkeää kehittää FinCC-luokituskokonaisuuden rakenteita ja käsitteitä sekä yhteensopivia ohjelmistoja (Kinnunen ym. 2014), mutta kehittämisessä on huomioitava myös luokituskokonaisuuden soveltamismahdollisuudet erilaisissa hoitotyön ympäristöissä (Liljamo ym. 2012).

### 2.3 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Iäkkään asiakkaan eettinen ja hyvä hoito edellyttää muun muassa sitä, että hänellä on mahdollisuus toimintakykynsä ylläpitämiseen, laadukkaisiin palveluihin, yksilöllisiin valintoihin sekä osallisuuteen itseään koskevassa päätöksenteossa. Useimmat iäkkäät asiakkaat toivovat saavansa asua kotona toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta ja heillä on oikeus saada kotona asumisen tueksi asianmukaisia palveluita kuten kotihoitoa. Asiakkaan kanssa yhdessä laadittu, avun tarpeen ja voimavarojen arviointiin perustuva hoito- ja palvelusuunnitelma on lähtökohta laadukkaalle hoidon ja palveluiden toteutukselle kotihoidossa. (ETENE 2008, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalv palveluista 980/2012, STM 2017a, STM 2017c.) Hoito- ja palvelusuunnitelma on potilas- tai asiakasasiakirja, joka sisältää iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion ja sekä kotona selviytymistä tukevan

sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012). Siitä on monia hyötyjä asiakkaalle ja koko vanhustyön prosessille, sillä asianmukaisesti toteutettuna se parantaa muun muassa asiakaslähtöisyyttä, hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta (Päivärinta & Haverinen 2002).

Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa, sisällön kattavuudessa ja muun muassa asiakaslähtöisyydessä on kuitenkin havaittu puutteita (esim. Kang ym. 2015, Turjamaa ym. 2015). Hoitotyön kirjaamista voidaan tukea ja yhtenäistää käyttämällä kirjaamisessa vakioitua hoitotyön rakenteista terminologiaa (Saranto & Sonninen 2008, Saranto & Kinnunen 2009). Rakenteinen kirjaaminen toteutuu sähköisessä potilastietojärjestelmässä etukäteen sovitun rakenteen ja sisältöjen mukaan (Virkkunen ym. 2015). Suomessa rakenteisessa kirjaamisessa käytetään Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuutta (Finnish Care Classification, FinCC) ja kansallista hoitotyön kirjaamismallia. Rakenteisesti kirjattu tieto on yhdenmukaista, kattavaa, vertailukelpoista sekä helpommin ja nopeammin saatavilla. (Liljamo ym. 2012, THL 2014.) Lisäksi lainsäädäntö edellyttää siirtymistä yhdenmukaiseen rakenteiseen kirjaamiseen, jotta valtakunnallinen potilasasiakirjojen käyttäminen tulisi mahdolliseksi (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, Virkkunen ym. 2015).

Systemaattiset kirjallisuushaut osoittivat, että hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamiseen ja kirjaamisen sisältöihin liittyvää tutkimusta on tehty vain vähän ja erityisesti kotihoidon kontekstissa ei juuri lainkaan. Hoitotyön kirjaamiseen liittyvä tutkimus ei ole riittävän monipuolista (Saranto & Kinnunen 2009) ja sähköiseen kirjaamiseen liittyvä tutkimus on puutteellista juuri kotihoidon kontekstissa (Sokolow ym. 2014). Kaikki systemaattisten kirjallisuushakujen kautta valitut artikkelit käsittelivät hoito- ja palvelusuunnitelmia tai hoitosuunnitelmia sekä kirjaamista ja olivat toteutettu kotihoidon tai hoitokotien kontekstissa (ks. liite 4). Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa havaittiin puutteita, mutta tutkimustiedon vähyyden vuoksi ilmiöstä ei voida muodostaa kattavaa kokonaiskuvaa, minkä vuoksi lisätutkimus on tarpeellista.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältöä kotihoidossa FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuen. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sekä siihen liittyvän koulutuksen kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset:

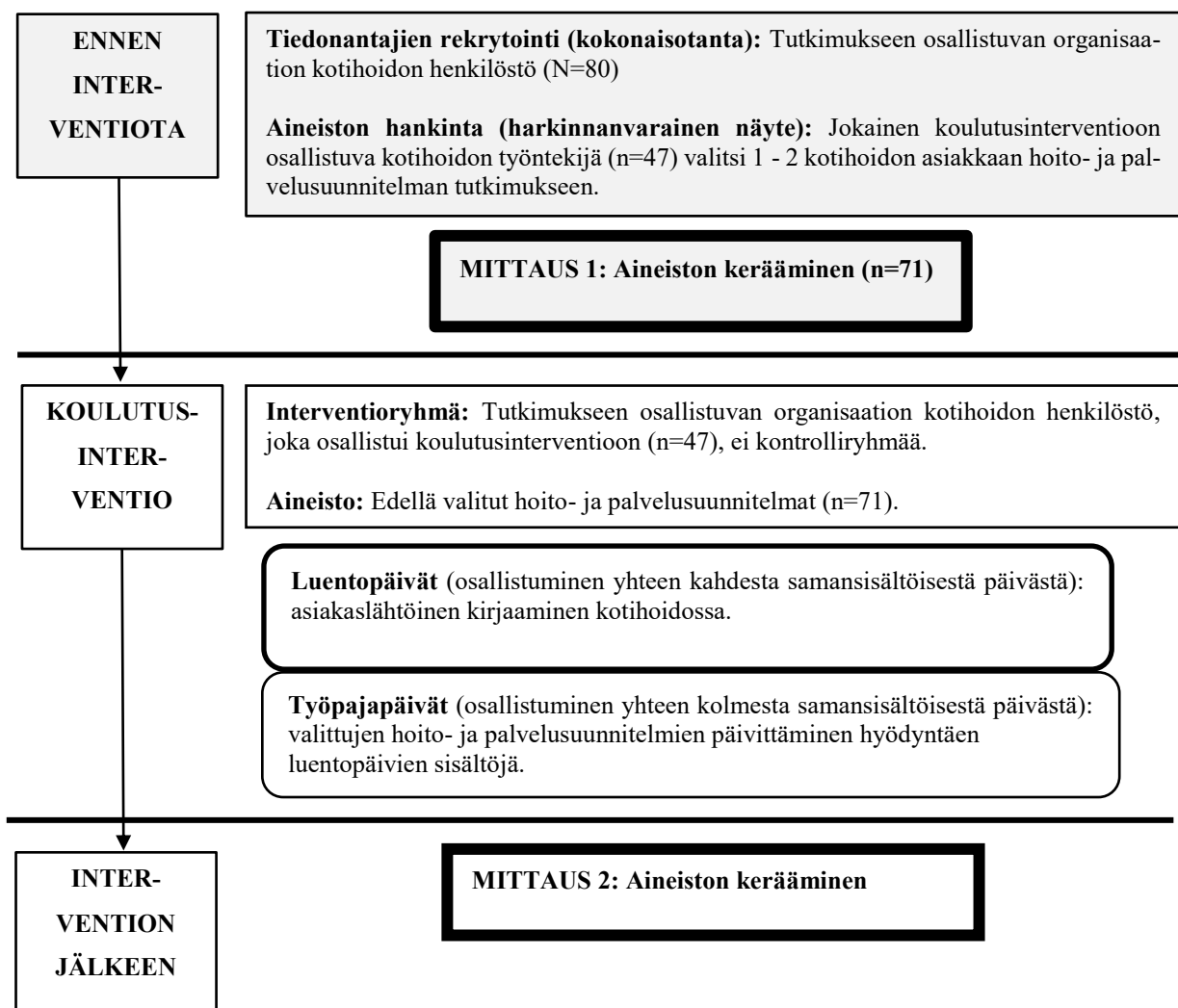
1. Miten kotihoidon iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältö kohdentuu FinCC-luokituskokonaisuuden komponenttien ja pääluokkien mukaisesti?
2. Mitä FinCC-luokituskokonaisuuden alaan kuuluvia, mutta pääluokkiin kohdentumattomia sisältöjä kotihoidon iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmiin on kirjattu?



## 4 MENETELMÄT JA AINEISTO

### 4.1 Tutkimusasetelma

Tämä pro gradu -tutkielma on osa Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen interventiotutkimusta, joka kohdistuu kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen kehittämiseen. Tässä tutkimuksessa raportoidaan interventiotutkimuksen ensimmäinen, ennen interventiota toteutettu vaihe (ks. kuvio 2, harmaa tausta), jonka tavoitteena on tuottaa kotihoidon iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisällöistä tietoa, jota voidaan hyödyntää kirjaamisen sekä siihen liittyvän koulutuksen kehittämisessä.



Kuvio 2. Tutkimusasetelma ja tutkimusprosessi.

Tämän tutkimuksen menetelmälliset valinnat pohjautuivat postpositivistiseen tieteenfilosofiseen lähtökohtaan. Sen mukaan huolellisesti ja objektiivisesti suunnitellun sekä toteutetun tutkimuksen avulla voidaan pyrkiä todennäköiseen totuuteen ilmiöstä eli siitä, minkälaista hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältö kotihoidossa on. (ks. Metsämuuronen 2011, Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisen tutkimusasetelman mukaisesti, sillä se soveltuu hyvin määrällisen tiedon ja suurempien aineistojen tilastolliseen tutkimiseen, ja kun tarkoituksena oli hyödyntää saatua tietoa interventiotutkimushankkeen edetessä. Sen avulla oli myös mahdollista kuvata ja luokitella tämän kaltaista selkeää ja rajautunutta ilmiötä objektiivisesti, mutta samalla teorialähtöisesti. (Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Tutkimusmenetelmäksi valittiin dokumenttianalyysi (Anttila 1996), koska tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailevan retrospektiivisen tiedon tuottaminen dokumenttiaineistosta ennen tutkimushankkeen jatkossa toteutettavaa koulutusinterventiota (ks. Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013).

Dokumenttiaineisto koostui kotihoidon asiakkaiden sähköisesti tallennettujen hoito- ja palvelusuunnitelmien tulostetuista paperiversioista, joiden systemaattiseen arviointiin dokumenttianalyysi on sopiva menetelmä (Bowen 2009). Dokumenttiaineistoa käyttämällä oli mahdollista saada valmis, todellisuutta kuvaileva aineisto ilmiöstä, jota ei muilla aineistonkeruutavoilla kuten haastattelulla tai kyselyllä olisi ollut mahdollista koota (Anttila 1996, May 2011, Bowen 2009). Koska alkuperäinen tutkimusaineisto oli vapaasti kirjoitetussa sanallisessa muodossa, dokumenttianalyysi sopi hyvin menetelmäksi, sillä siinä voidaan yhdistää sekä määrällisiä että laadullisia analyysejä (Anttila 1996, Corbin & Strauss 2008, Bowen 2009). Dokumenttianalyysin toteutus voi vaihdella aineistona käytettyjen dokumenttien tyyppin mukaisesti, mutta se sisältää yleisesti aineiston käsittelyn vaiheet, jossa aineistosta etsitään ja valitaan tiettyjä havaintoja, jotka tiivistetään luokiksi tai kokonaisuuksiksi sisällön analyysiä mukailevin keinoin (Bowen 2009). Tässä tutkimuksessa dokumenttianalyysi toteutettiin pääosin deduktiivisesti, sillä analyysin teoreettisena lähtökohtana käytettiin FinCC-luokituskokonaisuutta ja sen mukaisesti laadittua strukturoitua havaintorunkoa (ks. Elo & Kyngäs 2008, Kyngäs ym. 2011). Lisäksi havaintorunkoa täydennettiin hoito- ja palvelusuunnitelmien induktiivisen analyysin tuloksena muodostuneiden uusien aineistolähtöisten luokkien avulla (ks. Tuomi & Sarajarvi 2018).

## 4.2 Tutkimuskonteksti

Tutkimus toteutettiin eräässä Pohjois-Savon maakuntaan kuuluvassa kunnassa. Tällä hetkellä tutkimukseen osallistuvan organisaation kotihoidon palvelut toteutetaan osana kunnan hoiva- ja vanhuspalveluja. Kotihoito voi olla tilapäistä eli harvemmin kuin kerran viikossa tapahtuvaa. Se voi olla myös säännöllistä eli jatkuvaluonteista ja vähintään kerran viikossa toteutuvaa hoitoa ja palvelua asiakkaan kotona. Kotihoidon avulla mahdollistetaan omassa kodissaan asuvien asiakkaiden hoito-, hoiva- ja huolenpitopalvelut. Palvelut perustuvat asiakkaan, omaisten ja kotihoidon henkilökunnan laatimaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka päivitetään tarvittaessa, mutta vähintään kerran vuodessa. Tämän tutkimuksen kohteena olivat iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat. Tammikuun 2018 lopussa tutkimukseen osallistuvan organisaatiossa oli 168 säännöllisen kotihoidon asiakasta. Samana ajankohtana tutkimukseen osallistuvan organisaation kotihoidossa työskenteli 53 lähihoitajaa ja kuusi sairaanhoitajaa. Heidän lisäksi kotihoidossa työskentelivät varahenkilöstön 12 lähihoitajaa ja yksi sairaanhoitaja, sekä kotihoidon palvelukokonaisuuteen kuuluvan neuvonta- ja palveluohjausyksikön kahdeksan palveluohjaajaa, joilla oli myös sairaanhoitajan, sosionomin tai lähihoitajan tutkinto. Lisäksi kotihoidossa työskenteli kaksi osastonhoitajaa ja yksi apulaisosastonhoitaja.

## 4.3 Aineisto ja aineiston keruu

Tässä tutkimuksessa aineistona olivat tutkimukseen osallistuvan organisaation iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin hoitotyön päivittäiset kirjaukset. Kirjatut hoito- ja palvelusuunnitelmat olivat tallennettu sähköiseen potilastietojärjestelmään, Efficaan, jota käytettiin tutkimukseen osallistuvan organisaation kotihoidossa hoitotyön kirjaamiseen. Tiedonantajiksi valittiin tutkimukseen osallistuvan organisaation kotihoidon henkilöstö eli kaikki kotihoidon työntekijät, jotka laativat asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia (N=80). Heidät valittiin kokonaisotannalla (Grove ym. 2013), koska koko kotihoidon henkilöstön oli tarkoitus osallistua myös kirjaamisen koulutusinterventioon tutkimushankkeen toisessa osassa. Tiedonantajien tavoittamisessa yhteyshenkilönä oli tutkimukseen osallistuvan organisaation kotihoidon esimies, joka välitti henkilöstölle hankkeen päätutkijan (RT) antamat ohjeet hoito- ja palvelusuunnitelmien valinnasta koulutusintervention luentopäivään ja tutkimusaineistoksi.

Kotihoidon työntekijät (N=80) ohjeistettiin valitsemaan yhden tai kahden asiakkaansa hoito- ja palvelusuunnitelmat mukaan tutkimukseen eli hoito- ja palvelusuunnitelmien otanta toteutettiin harkinnanvaraisena näytteenä (Grove ym. 2013). Näin ajateltiin otoskoon kertyvän riittävän suureksi (N=80-160) tutkimushankkeen jatkotutkimusta sekä tilastollisia menetelmiä ajatellen, mutta myös hallittavaksi suhteessa aineiston käsittelyyn käytettävään aikaan. Koska tutkimuksen tarkoituksena ei ollut yhteyksien tai erojen osoittaminen, voima-analyysille ei nähty olevan tarvetta otoskoon määrittelemiseksi. (ks. Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Hoito- ja palvelusuunnitelma tuli olla mielellään työntekijän itse kirjaama ja tehty iäkkäälle asiakkaalle. Tarkempaa ikärajausta ei määritelty, koska tutkimusryhmässä arvioitiin sen saattavan rajata otosta liiaksi, eikä sen nähty olevan perusteltua aineiston sisällönkään kannalta. Työntekijöitä ohjattiin tulostamaan hoito- ja palvelusuunnitelmat etukäteen ja poistamaan niistä kaikki henkilö- ja identifiointitiedot ennen osallistumista luentopäivään, jonka päätteeksi aineisto kerättiin. Aineistonkeruu ja tiedonantajien informointi toteutettiin tammikuussa 2018 koulutusinterventioon sisältyvinä kahtena samansisältöisenä luentopäivänä, joista toiseen kaikkien muiden kotihoidon henkilöstöön kuuluvien työntekijöiden, paitsi osastonhoitajien oli tarkoitus osallistua. Hankkeen päätutkija (RT) vastasi molempien luentopäivien suunnittelusta, sisällöstä ja toteutuksesta.

Kaikista koulutukseen osallistuneista (n=48) kotihoidon työntekijöistä 47 henkilöä toi mukanaan yhden tai useamman hoito- ja palvelusuunnitelman (N=81). Päällekkäiset hoito- ja palvelusuunnitelmat (n=10) hylättiin, jolloin lopulliseksi aineistoksi jäivät 71:n asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmat. Tutkimuksen perusjoukkona olivat siis tutkimukseen osallistuvan organisaation säännöllisen kotihoidon asiakkaat (N=168), joiden joukosta muodostui harkinnanvarainen otos (n=71) (ks. Grove ym. 2013). Hoito- ja palvelusuunnitelmien mukana kerättiin lisäksi taustatietolomakkeilla lisätietoja hoito- ja palvelusuunnitelmat kirjanneesta kotihoidon työntekijästä (liite 5) sekä iäkkästä asiakkaasta ja hänen hoito- ja palvelusuunnitelmastaan (liite 6), joka valittiin tutkimusaineistoon. Taustatietolomakkeeseen (liite 4) vastanneista kotihoidon työntekijöistä (n=47) suurin osa (96 %) oli naisia. Työntekijät olivat iältään 21 – 61 -vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli 39 vuotta. Suurimmalla osalla (81 %) heistä viimeisin tai ylin tutkinto oli sosiaali- ja terveysalan perustutkinto tai lähihoitajan tutkinto. Sairaanhoitajan tutkinto oli 15:llä prosentilla. Heistä suurin osa (79 %) työskenteli lähihoitajan tehtävässä. Sairaanhoitajan tehtävässä työskenteli 15 % ja palveluohjaajana 6 % vastaajista. Työntekijöillä oli hoitotyön työkokemusta keskimäärin 12 vuotta ja nykyisessä tehtävässään kotihoidossa työkokemusta oli kertynyt keskimäärin 5 vuotta.

Kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista (n=65) suurimman osan (60 %) oli kirjannut joku muu kuin suunnitelman valinnut henkilö (ks. taulukko 1). Kuudesta hoito- ja palvelusuunnitelmasta tämä tieto jäi puuttumaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmat (N=71) kirjanneiden työntekijöiden tehtävänimikkeeksi ilmoitettiin lähihoitaja, sairaanhoitaja tai palveluohjaaja. Hoitotyöntekijät raportoivat kullekin hoito- ja palvelusuunnitelmalle (n=59) yhdestä neljään syytä (N=83), joiden vuoksi suunnitelma oli valittu mukaan tutkimukseen. Useimmin (45 %) valinnan syyksi oli ilmoitettu omahoitajuus, oma-asiakkuus tai asiakkaan tuttuus.

Taulukko 1. Hoito- ja palvelusuunnitelmien valintaa ja kirjaamista koskevat taustatiedot.

<b>Taustatiedot</b> (N=71)	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Suunnitelman kirjaaja (n=65)</b>		
Suunnitelman valinnut hlö	26	40
Joku muu	39	60
Yhteensä	65	100
<b>Kirjaajan tehtävänimike (n=71)</b>		
Lähihoitaja	34	47,9
Sairaanhoitaja	31	43,6
Palveluohjaaja	6	8,5
Yhteensä	71	100
<b>Suunnitelman valinnan syy (n=59)</b>		
Omahoitajuus tai tuttu asiakas	37	44,6
Sattuma tai jonkun muun valinta	15	18,1
Asiakkaaseen tai palveluihin liittyvät tekijät	13	15,7
Itse tehty tai päivitetty suunnitelma	6	7,2
Suunnitelman ajantasaisuus tai päivittämisen tarve	6	7,2
Suunnitelman laadun tarkistaminen ja uuden oppiminen	6	7,2
Yhteensä	83	100

Hoito- ja palvelusuunnitelmien (N=71) pituus vaihteli yhdestä sivusta kolmeen sivuun. Tutkimukseen osallistuvassa organisaatiossa käytössä oleva sähköinen potilastietojärjestelmä Effica ei mahdollistanut hoito- ja palvelusuunnitelmien rakenteista tai strukturoitujen valikkojen ja luokkien mukaista kirjaamista. Sisällöt oli kirjattu vapaana tekstinä, mutta kirjaamisen rakennetta näytti osittain ohjaavan tutkimukseen osallistuvan organisaation käytössä ollut hoito- ja palvelusuunnitelmamalli ja sen esimerkkiotsikoinnit.

#### 4.4 Havaintorungon laadinta

##### *Deduktiivinen osa*

Havaintorunko laadittiin IBM SPSS Statistics 24-tilasto-ohjelmaan ja sen deduktiivisena perustana oli FinCC-luokituskokonaisuus (versio 3.0). Havaintorungon rakenne (ks. taulukko 2) muodostui FinCC-luokituskokonaisuuden komponenteista (n=17) ja niiden sisältämistä pääluokista sekä SHTaL-tarveluokituksesta (n=88) että SHToL-toimintoluokituksesta (n=127). (ks. Liljamo ym. 2012.) Molemmat edellä mainitut luokitukset nähtiin tarpeelliseksi sisällyttää havaintorunkoon, sillä havaittiin, että hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaukset sisältävät sekä hoidon tarvetta että toimintoja kuvaavia kirjauksia.

Taulukko 2. Deduktiivisen havaintorungon FinCC-luokituskokonaisuuden (SHTaL, SHToL) komponentteihin ja pääluokkiin perustuva rakenne.

Komponentit (n=17)	Pääluokat	
	SHTaL (n)	SHToL (n)
Aktiviteetti	4	7
Erittäminen	8	13
Selviytyminen	5	7
Nestetasapaino	2	6
Terveyskäyttäytyminen	3	3
Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	5	7
Lääkehoito	3	8
Ravitsemus	5	6
Hengitys	4	4
Verenkierto	3	6
Aineenvaihdunta	4	5
Turvallisuus	6	4
Päivittäiset toiminnot	3	4
Psyykinen tasapaino	5	5
Aisti- ja neurologiset toiminnot	7	20
Kudoseheys	6	10
Elämänkaari	15	12
Yhteensä	88	127

Esimerkiksi *päivittäiset toiminnot*-komponentti sisälsi SHTaL-luokituksessa kolme pääluokkaa ja SHToL-luokituksessa neljä pääluokkaa (ks. taulukko 3). Pääluokkien sisältämät alaluokat jätettiin pois havaintorungosta ja niitä hyödynnettiin vain pääluokkien ja komponenttien sisällön määrittelyä, kun kirjauksia kohdennettiin sopiviin pääluokkiin. Myös SHTuL-tulosluokitus (Liljamo ym. 2012) jätettiin pois havaintorungosta, koska hoito- ja palvelusuunnitelmat sisältävät yleisesti hoidon tarpeen arviointia ja suunniteltuja toimintoja kuvaavia kirjauksia, ei

niinkään hoidon vaikutuksen tai tulosten arviointia. Deduktiivinen havaintorunko esitettiin kohdentamalla satunnaisesti valittujen 20:n hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaukset sopiviin komponentteihin ja pääluokkiin.

Taulukko 3. Esimerkki *päivittäiset toiminnot* -komponentin pääluokista ja alaluokista SHTaL-tarveluokituksessa ja SHToL-toimintoluokituksessa (Liljamo ym. 2012).

Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
<b>SHTaL</b>		
5256 Päivittäiset toiminnot	5405 Itsehoitovajaus	5263 Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve 5264 Pukeutumiseen liittyvä avun tarve 5265 Ruokailuun liittyvä avun tarve 5266 Liikkumiseen liittyvä avun tarve 5267 WC-toimintoihin liittyvä avun tarve 5406 Asiointiin liittyvä avun tarve
	5407 Omatoimisuutta tukevan tiedon tarve	
	5268 Apuvälineiden tarve	
<b>SHToL</b>		
1442 Päivittäiset toiminnot	1677 Omatoimisuuden tukeminen	1443 Peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen 1446 Suun tai hampaiden hoidossa avustaminen 1448 Ruokailussa avustaminen 1452 Liikkumisessa avustaminen 1457 WC-toiminnoissa avustaminen 1678 Asioinnissa avustaminen
	1458 Apuvälineiden järjestäminen päivittäisten toimintojen tueksi	
	1462 Apuvälineiden käytön ohjaus	
	1463 Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus	

#### *Induktiivinen osa*

Esitestauksen aikana havaittiin useita päällekkäisyyksiä komponenttien ja pääluokkien välillä. Lisäksi havaittiin, että osa kirjauksista kuvasi asiakkaan tarpeiden tai toimintojen sijaan voimavaroja. Tällaista kirjausta ei ollut mahdollista kohdentaa FinCC-luokituskokonaisuuden pääluokkiin, koska ne lähestyvät asiaa ongelman, häiriön, muutoksen tai tarpeen näkökulmista. Esimerkiksi kirjaus ”*pystyy tiskaamaan itse ja lämmittämään ateriat mikrossa, hoitaa pikkupesut, pukeutumisen ja wc-toiminnot itsenäisesti*” kuvaa asiakkaan päivittäisiin toimintoihin liittyviä voimavaroja. Tämä kirjaus kohdentui selvästi *päivittäiset toiminnot*-komponenttiin,

mutta sille ei löytynyt sopivaa pääluokkaa (ks. taulukko 3), sillä kirjauksessa ei tuoda ilmi itsehoitovajausta eikä omatoimisuuden tukemista edellä mainituilla päivittäisten toimintojen osaluokilla. Kirjauksen kohdentamista varten tarvittiin uusi *omatoimisuuteen ja päivittäisiin toimintoihin liittyvät voimavarat*-pääluokka. Vastaaville FinCC:n alaan kuuluville ja FinCC-komponenttien mukaisille, mutta voimavaralähtöisille kirjauksille, muodostettiin induktiivisen analyysin kautta uudet pääluokat. Ensin hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöjen voimavaroja kuvaavat kirjatukset kirjattiin ylös. Tämän jälkeen analyysi eteni sisältöjen pelkistämisen, ryhmitelyn ja luokittelun vaiheiden kautta aineiston abstrahoimiseen. Analyysin kautta muodostetut uudet luokat sijoitettiin havaintorunkoon FinCC-luokituskokonaisuuden hierarkkisen rakenteen mukaisesti. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018.) Uudet pääluokat merkittiin sisällöllisesti sopivan FinCC-komponentin tunnistekoodilla. Esimerkiksi *5127 lääkehoito*-komponenttiin (SHTaL) kohdentuvan kirjauksen voimavaralähtöistä havaintoa varten muodostettiin uusi pääluokka *5127 Lääkehoidon toteutukseen liittyvät voimavarat* (ks. taulukko 4).

Induktiivisen analyysin kautta laadittiin lisäksi luokkia, joihin voitiin kohdentaa kotihoidon kontekstin erityispiirteitä kuvaavat kirjatukset (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018). Nämä kirjatukset olivat sellaisia, jotka selkeästi sisältyivät FinCC:n alaan ja FinCC-komponentteihin, toistui usein kirjauksissa ja näyttäytyivät keskeisiltä tekijöiltä kotihoidon kontekstissa tapahtuvalle hoitotyölle, mutta niille ei löytynyt sisällöllisesti sopivaa pääluokkaa FinCC-luokituskokonaisuudesta. Perusteena näiden uusien pääluokkien muodostamiselle oli se, että ilman luokkien muodostamista kyseessä oleva kotihoidon kontekstiin liittyvä sisällöllinen tieto olisi pelkistynyt liiaksi. Esimerkiksi *1201 lääkehoito*-komponentin (SHToL) alle muodostettiin uusi pääluokka *1201a Lääkehoidon toteutumisen seuranta ja vastuu* (ks. taulukko 4). Siihen kohdentuivat muun muassa asiakkaan lääkehoitoa koskeviin vastuisiin liittyvät kirjatukset, joita ei voinut kohdentaa alkuperäisiin FinCC-pääluokkiin.

Lopullinen SPSS -tilasto-ohjelmaan muodostettu strukturoitu havaintorunko koostui deduktiivisesta osasta, johon sisältyi oma FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuva muuttuja (N=249) jokaista SHTaL-tarveluokituksen komponenttia (n=17) ja pääluokkaa (n=88) ja SHToL-toimintoluokituksen komponenttia (n=17) ja pääluokkaa (n=127) kohden. Induktiiviseen osaan sisältyivät puolestaan induktiivisen analyysin avulla muodostettuja voimavaralähtöisiä pääluokkia (n=18) ja kotihoidon kontekstisidonnaisia pääluokkia (n=8) vastaavat muuttujat (ks. taulukko 10, s. 39). Havaintorunkoon sisältyivät myös kotihoidon työntekijöitä (n=6) sekä asiakasta ja hoito- ja palvelusuunnitelmaa (n=7) koskevat taustamuuttujat.



#### 4.5 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineisto käsiteltiin luokittelemalla sanallisessa muodossa olevat hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaukset strukturoidun havaintorungon ohjaamana. Samalla aineisto kvantifioitiin määrälliseen muotoon poimimalla jokaisen hoito- ja palvelusuunnitelmadokumentin sisällöstä kuhunkin komponenttiin ja pääluokkaan kohdentuvat kirjaukset merkinnöin ”kirjaus n=1” ja ”ei kirjausta n=0”. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018.) Jokaisen hoito- ja palvelusuunnitelman sisällöstä poimittiin kuhunkin pääluokkaan liittyvä kirjaus vain kerran (n=1). Kuitenkin saman komponentin sisällä voi olla kirjaus yhdessä tai useammassa pääluokassa. Pääluokkakohtaisten kirjausten syöttämisen jälkeen merkattiin havaintorunkoon vielä jokaisen komponentin kohdalle, oliko jossain kyseisen komponentin sisältämässä pääluokassa kirjauksia (n=1 tai n=0). Yhtä komponenttia kohden voi kuitenkin olla vain yksi kirjaus riippumatta siitä, oliko komponentin sisällä kirjaus yhdessä vai useammassa pääluokassa (ks. esimerkki taulukosta 4). Lopuksi kvantifioidusta aineistosta laskettiin jokaiseen komponenttiin tai pääluokkaan kohdentuneiden kirjausten määrät (ks. Grove ym. 2013, Tuomi & Sarajärvi 2018).

Taulukko 4. Esimerkki yhden hoito- ja palvelusuunnitelman kirjausten kohdentumisesta havaintorungon lääkehoito-komponenttiin ja sen pääluokkiin (kirjaus n=1, ei kirjausta n=0).

Alkuperäinen kirjaus	Pääluokka	Kirjaus (n)	Komponentti	Kirjaus (n)
	5128 Lääkkeiden käyttöön liittyvä riski	0	5127 Lääkehoito (SHTaL)	1
<i>”asiakas tarvitsee apua lääkehoidossa”</i>	5139 Avun tarve lääkehoidossa	1		
	5144 Lääkehoitoon liittyvä tiedon tarve	0		
<i>”asiakas pistää itse insuliinin ja ottaa kipotetut lääkkeet”</i>	UUSI 5127 Lääkehoidon toteutukseen liittyvät voimavarat	1	5127 Lääkehoito UUSI	1
	1202 Lääkkeen vaikutuksen seuranta	0	1201 Lääkehoito (SHToL)	1
	1204 Lääkehoidon ohjaus	0		
	1211 Lääkehoidosta poikkeaminen	0		
<i>”kotihoito jättää asiakkaalle lääkkeet kipoihin päiväksi”</i>	1215 Lääkkeen antaminen	1		
	1236 Lääkkeen antaminen tahdosta riippumatta	0		

<i>”lääkkeenjako tiistaisin päiväkäynnin yhteydessä”</i>	1237 Annosjakelusta huolehtiminen	1		
	1238 Solunsalpaajahoidon toteuttaminen	0		
	1239 Rokotus	0		
<i>”lääkehoidon toteutuminen on kotihoiton vastuulla”</i>	UUSI 1201a Lääkehoidon toteutumisen seuranta ja vastuu	1	1201 Lääkehoito UUSI	1
<i>”kotihoito huolehtii reseptien uusinnat, poika hoitaa apteekkiasiat”</i>	UUSI 1201b Lääkkeiden hankinta ja reseptien uusinta	1		

Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS for Windows (The Statistical Package for the Social Sciences) 24.0 -tilasto-ohjelmalla ja käyttämällä kuvailevia tilastollisia menetelmiä. Muuttujat olivat pääasiallisesti epäjatkuvaluonteisia ja niistä laskettiin perustunnuslukuja kuten frekvenssejä ja prosentteja. Jatkuvaluonteisille taustamuuttujille kuten ”asiakkaiden ikä”, laskettiin lisäksi keskiarvoja. Kuvailevan analyysin tulosten esittämisessä hyödynnettiin tekstin lisäksi taulukoita ja kuvioita. (Metsämuuronen 2011, Grove ym. 2013.) Asiakasta ja hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskevan taustatietolomakkeen (liite 6) kaksi avointa kysymystä analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä mukaillen tiivistämällä aineistoa toisensa poissulkeviksi luokiksi. Esimerkiksi Hoitojakson syy -kysymyksen avoimien vastausten analyysissä muodostuneeseen *hoidon toteuttaminen*-luokkaan (ks. taulukko 5) sisältyivät kirjaukset, joissa oli ilmoitettu jokin hoidon toteutukseen liittyvä tarve kuten *”haavanhoito”* tai *”INR-näytteen ottaminen”*. Lopuksi havaintojen määrät taulukoitiin ja laskettiin, kuinka monta kertaa kukin luokka esiintyy. (ks. Elo & Kyngäs 2008, Grove ym. 2013, Tuomi & Sarajärvi 2018.)

## 5 TULOKSET

### 5.1 Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien taustatiedot

Kotihoidon asiakkaista (N=71) suurin osa (69 %) oli naisia (taulukko 5). Iältään asiakkaat olivat 53 – 98 -vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli noin 83 vuotta. Suurin osa (48 %) heistä kuului ikäluokkaan 81 – 90 vuotta. Asiakkaiden (n=59) hoitajaksojen pituudet vaihtelivat 4 kuukaudesta vajaaseen 14 vuoteen. Suurin osa (25,4 %) asiakkaiden hoitajaksoista oli kestänyt alle vuoden. Keskimäärin hoitajakson pituus oli noin kaksi vuotta ja yhdeksän kuukautta. Asiakkaiden (n=70) kotihoidon käyntien määrä vaihteli yhdestä kotikäynnistä 42:een kotikäyntiin viikossa. Keskimäärin kotihoito kävi asiakkaiden luona 19 kertaa viikossa. Kullekin asiakkaan hoitajaksole (n=69) oli ilmoitettu yhdestä viiteen erilaista syytä. Useimmin syynä oli avun tarve lääkähoidossa (34,5 %) tai kotona selviytymisessä (33,6 %).

Taulukko 5. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia koskevat taustatiedot.

<b>Taustatiedot</b> (N=71)	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sukupuoli</b> (n=71)		
Mies	22	31
Nainen	49	69
Yhteensä	71	100
<b>Ikä</b> (n=71)		
<60 vuotta	2	2,8
61-70	5	7
71-80	17	23,9
81-90	34	47,9
>90 vuotta	13	18,3
Yhteensä	71	100
<b>Hoitajakson pituus</b> (n=59)		
<12 kuukautta	15	25,4
13-24	14	23,7
25-36	11	18,6
37-48	13	22
>49 kuukautta	6	10,2
Yhteensä	59	100
<b>Kotihoidon käyntien määrä</b> (n=70)		
<10 käyntiä viikossa	14	20
11-20	20	28,6
21-30	31	44,3
31-40	2	2,9
>41 käyntiä viikossa	3	4,3
Yhteensä	70	100
<b>Hoitajakson syy</b> (n=69)		
Lääkehoito	41	34,5

Kotona selviytyminen	40	33,6
Päivittäiset toiminnot	22	18,5
Toimintakyvyn tukeminen	10	8,4
Hoidon toteuttaminen	6	5,0
Yhteensä	119	100

## 5.2 Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjausten kohdentuminen FinCC-luokituskokonaisuuteen

### 5.2.1 Kirjausten kohdentuminen komponentteihin

Hoito- ja palvelusuunnitelmien (N=71) sisällöistä kohdentui FinCC-luokituskokonaisuuden komponentteihin yhteensä 1170 kirjausta, joista SHTaL-tarveluokitukseen 532 ja SHToL-toimintoluokituksen 638 kirjausta (Taulukko 6). SHTaL-tarveluokituksessa useimmin kirjauksia kohdentui komponentteihin *päivittäiset toiminnot* (n=65), *aisti- ja neurologiset toiminnot* (n=63) ja *selviytyminen* (n=60). SHToL-toimintoluokituksessa *hoidon ja jatkohoidon koordinointi*-komponenttiin kohdentui kirjaus jokaisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa (n=71). Lisäksi SHToL-toimintoluokituksen *päivittäisten toimintojen* (n=68), *lääkehoidon* (n=67) ja *ravitsemuksen* (n=64) komponentteihin kohdentui kirjaus yli 90:ssä prosentissa hoito- ja palvelusuunnitelmista. Vastaavasti harvimmin kirjauksia kohdentui SHTaL-luokituksessa *hengitys-* (n=14) ja *aineenvaihdunta* (n=4) -komponentteihin ja SHToL-luokituksessa *nestetasapainon* (n=4), *hengityksen* (n=3) ja *psykkisen tasapainon* (n=3) komponentteihin. Molemmissa luokituksissa *elämänkaari*-komponentti ja SHTaL-luokituksessa *verenkierto*-komponentti jäi ilman kirjauksia.

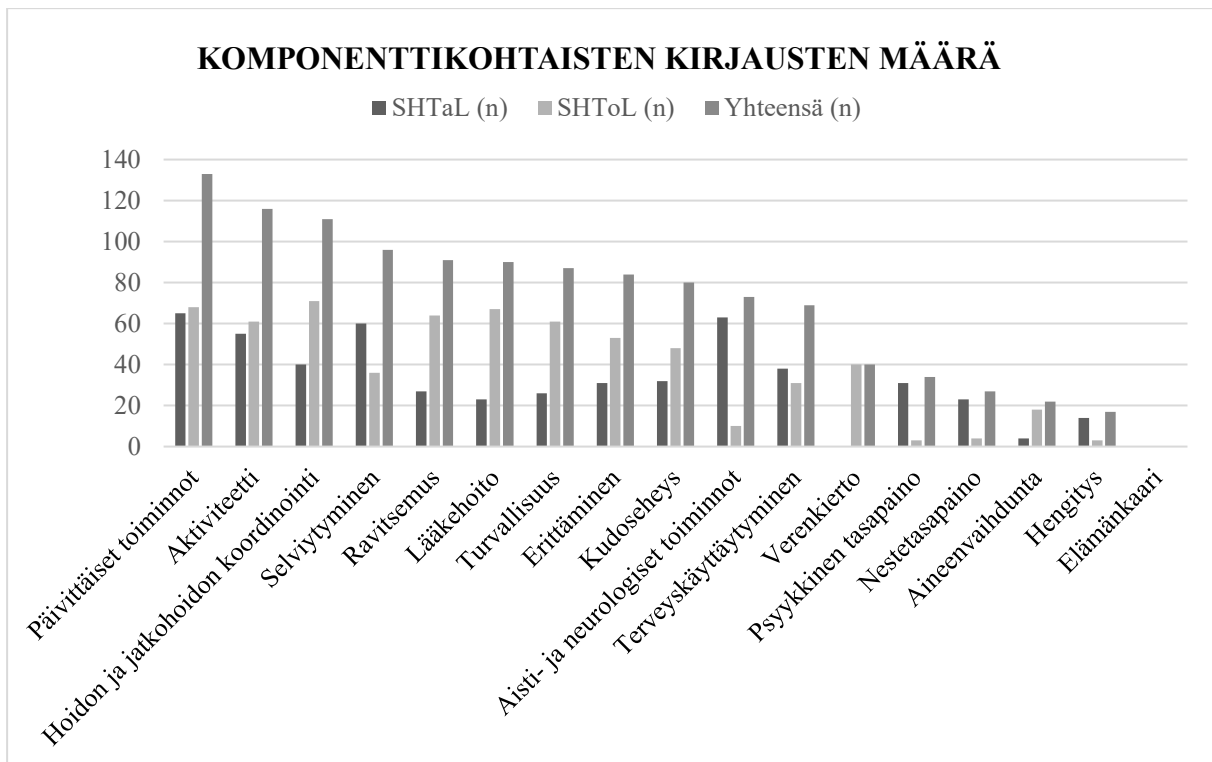
Taulukko 6. SHTaL- ja SHToL-luokitusten komponentit hoito- ja palvelusuunnitelmien (N=71) kirjausten määrän mukaisessa suuruusjärjestyksessä.

Komponentti	SHTaL		Komponentti	SHToL	
	n	%		n	%
Päivittäiset toiminnot	65	91,5	Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	71	100
Aisti- ja neurologiset toiminnot	63	88,7	Päivittäiset toiminnot	68	95,8
Selviytyminen	60	84,5	Lääkehoito	67	94,4
Aktiviteetti	55	77,5	Ravitsemus	64	90,1
Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	40	56,3	Aktiviteetti	61	85,9
Terveyskäyttäytyminen	38	53,5	Turvallisuus	61	85,9
Kudoseheys	32	45,1	Erittäminen	53	74,6
Erittäminen	31	43,7	Kudoseheys	48	67,6
Psyykkinen tasapaino	31	43,7	Verenkierto	40	56,3

Ravitsemus	27	38	Selviytyminen	36	50,7
Turvallisuus	26	36,6	Terveyskäyttäytyminen	31	43,7
Nestetasapaino	23	32,4	Aineenvaihdunta	18	25,4
Lääkehoito	23	32,4	Aisti- ja neurologiset toiminnot	10	14,1
Hengitys	14	19,7	Nestetasapaino	4	5,6
Aineenvaihdunta	4	5,6	Hengitys	3	4,2
Verenkierto	0	0	Psyykinen tasapaino	3	4,2
Elämänkaari	0	0	Elämänkaari	0	0
Yhteensä	532		Yhteensä	638	

Komponenttikohtaisesti tarkasteltuna SHTaL-tarveluokitukseen ja SHToL-toimintoluokitukseen kohdentuneiden kirjausten määrät olivat erilaisia (taulukko 6). Esimerkiksi *lääkehoito*-komponenttiin kohdentui SHTaL-tarveluokituksessa kirjaus hieman alle kolmanneksessa (32,4 %) hoito- ja palvelusuunnitelmista ja SHToL-toimintoluokituksessa suurimmassa osassa (94,4 %) hoito- ja palvelusuunnitelmista. Vastaavasti *aisti- ja neurologiset toiminnot*-komponenttiin kohdentui kirjaus SHTaL-luokituksessa suurimmassa osassa (88,9 %) hoito- ja palvelusuunnitelmista, kun SHToL-luokituksessa kirjaus kohdentui siihen noin 14:ssä prosentissa hoito- ja palvelusuunnitelmista. *Verenkierto*-komponenttiin ei kohdentunut lainkaan kirjauksia SHTaL-luokituksessa, mutta SHToL-luokituksessa kirjaus kohdentui kyseiseen komponenttiin yli puolessa (56,3 %) hoito- ja palvelusuunnitelmista.

*Päivittäisten toimintojen* ja *aktiviteetin* komponenttien kirjausten määrissä on pienin ero, kun verrataan keskenään SHTaL-tarveluokituksen sekä SHToL-toimintoluokituksen kirjausten määrää (kuvio 3). Kun SHTaL- ja SHToL-luokitusten komponenttikohtaisten määrä lasketaan yhteen, eniten kirjauksia on kohdentunut *päivittäisten toimintojen* (n=133), *aktiviteetin* (n=116) ja *hoidon ja jatkohoidon koordinoinnin* (n=111) komponentteihin. Vähiten kirjauksia on *hengityksen* (n=17), *aineenvaihdunnan* (n=22), *nestetasapainon* (n=27) ja *psykykkisen tasapainon* (n=34) komponenteissa (kuvio 3).



Kuvio 3. SHTaL- ja SHToL-luokituksen komponentit suuruusjärjestyksessä yhteenlaskettujen kirjausten määrän mukaan.

### 5.2.2 Kirjausten kohdentuminen pääluokkiin

Hoito- ja palvelusuunnitelmien (N=71) sisällöistä FinCC-luokituskokonaisuuden pääluokkiin kohdentui yhteensä 1718 kirjausta (Taulukko 7). Kaikista kirjauksista suurin osa (59 %, n=1011) kohdentui SHToL-toimintoluokitukseen ja loput (41 %, n=707) SHTaL-tarveluokitukseen. Hoito- ja palvelusuunnitelmakohtaisesti tarkasteltuna kirjaamisen sisällöstä kohdentui kirjauksia 11:stä 38:een eri pääluokkaan. Keskimäärin yhden hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaukset kohdentuivat 24:een pääluokkaan. Hieman alle puoleen (45,5 %) kaikista SHTaL-tarveluokituksen pääluokista (n=88) kohdentui yksi tai useampi kirjaus ja lähes samassa suhteessa (43,3 %) kohdentui kirjauksia SHToL-toimintoluokituksen pääluokkiin (n=127) (taulukko 7). *Selviytyminen*- ja *lääkehoito*-komponenttien kaikkiin pääluokkiin kohdentui yksi tai useampi kirjaus SHTaL-tarveluokituksessa. Kaikkien muiden komponenttien pääluokista jäi osa ilman kirjauksia sekä SHTaL- (n=44) että SHToL- (n=72) luokituksissa. Pääluokkiin kohdistuvien havaintojen yhteismäärän mukainen komponenttien suuruusjärjestys (ks. taulukko 7) on lähes tulkoon sama kuin komponentteihin kohdistuvien havaintojen määrän mukainen suuruusjärjestys (ks. taulukko 6).

Taulukko 7. SHTaL- ja SHToL-luokitusten komponenttien pääluokkien määrä ja pääluokkiin kohdentuneet hoito- ja palvelusuunnitelmien (N=71) kirjaukset suuruusjärjestyksessä.

Komponentit ja pääluokkien määrä (n)	SHTaL Kirjaukset (n)		Komponentit ja pääluokkien määrä (n)	SHToL Kirjaukset (n)	
	Pääluokat, joissa kirjaus	Kirjaukset pääluokissa yhteensä		Pääluokat, joissa kirjaus	Kirjaukset pääluokissa yhteensä
Päivittäiset toiminnot (n=3)	2	107	Hoidon ja jatkohoidon koordinointi (n=7)	4	155
Aisti- ja neurologiset toiminnot (n=7)	4	106	Lääkehoito (n=8)	5	139
Selviytyminen (n=5)	5	90	Ravitsemus (n=6)	4	120
Aktiviteetti (n=4)	2	73	Päivittäiset toiminnot (n=4)	3	111
Terveyskäyttäytyminen (n=3)	2	47	Aktiviteetti (n=7)	5	93
Erittäminen (n=8)	4	41	Kudoseheys (n=10)	6	87
Hoidon ja jatkohoidon koordinointi (n=5)	2	39	Turvallisuus (n=4)	3	70
Psyykinen tasapaino (n=5)	4	36	Erittäminen (n=13)	5	64
Kudoseheys (n=6)	3	35	Selviytyminen (n=7)	6	52
Ravitsemus (n=5)	3	32	Verenkierto (n=6)	2	49
Lääkehoito (n=3)	3	30	Terveyskäyttäytyminen (n=3)	2	31
Turvallisuus (n=6)	2	29	Aineenvaihdunta (n=5)	2	19
Nestetasapaino (n=2)	1	23	Aisti- ja neurologiset toiminnot (n=20)	2	13
Hengitys (n=4)	2	15	Nestetasapaino (n=6)	3	4
Aineenvaihdunta (n=4)	1	4	Hengitys (n=4)	2	3
Verenkierto (n=3)	0	0	Psyykinen tasapaino (n=5)	1	3
Elämänkaari (n=15)	0	0	Elämänkaari (n=12)	0	0
Yhteensä (n=88)	40	707	Yhteensä (n=127)	55	1011

SHTaL-tarveluokituksen kuuteen pääluokkaan kohdentui kirjaus yli 50 prosentissa kaikista hoito- ja palvelusuunnitelmista (N=71) (taulukko 8). Useimmin kirjaukset kohdentuivat *apuvälineiden tarve-* (87,3 %), *potilaan heikentynyt selviytymiskyky-* (81,7 %) ja *aistitoimintojen muutos-* (80,3 %) pääluokkiin. Muista taulukon ulkopuolelle jäävistä pääluokista mainittakoon, että lähes puolessa (49,3 %) hoito- ja palvelusuunnitelmista kirjaus kohdentui *terveyskäyttäytyminen* -komponentin *terveyteen vaikuttavat tekijät*-pääluokkaan. *Apuvälineiden tarve*-pääluokan kirjauksissa kuvattiin heikentyneen toimintakyvyn korjaamista apuvälineillä, jotka olivat jo asiakkaan käytössä tai joiden hankkimiselle ilmeni tarvetta. *Potilaan heikentynyt selviytymiskyky*-pääluokan kirjaukset kuvasivat usein muistihäiriötä, mutta myös muita kognitiivisen

toimintakyvyn muutoksia. Erilaisten aistien kuten kuulo- ja näköaistin muutoksia kuvaavat kirjaukset kohdentuivat *aistitoimintojen muutoksen* pääluokkaan, johon sisällytettiin myös esimerkiksi kirjaukset silmälaseista, koska niiden käytön taustalla on muutos näköaistissa. Edellä mainittuja SHTaL-pääluokkia harvemmin kirjaus kohdentui *kroonisen kipuun* (35,2 %), *tapaturmariskiin* (33,8 %), *avun tarpeeseen lääkehoidossa* (22,5 %) ja *perheen heikentyneeseen selviytymiskykyyn* (4,2 %). Pääluokat, joihin ei kohdistunut yhtään kirjausta, liittyivät usein erilaisen tiedon tarpeeseen kuten *terveyskäyttäytymiseen liittyvä tiedon tarpeeseen* tai *potilaan oikeuksiin liittyvä tiedon tarpeeseen*.

Taulukko 8. SHTaL-luokituksen pääluokat, joihin kohdentui kirjaus useimmissa (> 50 %) hoito- ja palvelusuunnitelmista (N=71).

<b>Komponentit ja pääluokat</b>	<b>SHTaL</b>	
	<b>n</b>	<b>Kirjaukset %</b>
<b>AKTIVITEETTI</b>		
Aktiviteetin muutos	47	66,2
<b>SELVIITYMINEN</b>		
Potilaan heikentynyt selviytymiskyky	58	81,7
<b>HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI</b>		
Asiantuntijapalvelujen tarve	38	53,5
<b>PÄIVITTÄISET TOIMINNOT</b>		
Itsehoitovajaus	45	63,5
Apuvälineiden tarve	62	87,3
<b>AISTI- JA NEUROLOGISET TOIMINNOT</b>		
Aistitoimintojen muutos	57	80,3

Vastaavasti SHToL-toimintoluokituksessa pääluokkia, joihin kohdentui kirjaus yli 50 prosentissa hoito- ja palvelusuunnitelmista (N=71), oli 13 (taulukko 9.) SHToL-toimintoluokituksen ja koko FinCC-luokituskokonaisuuden ainoa pääluokka, johon kohdentui kirjaus jokaisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa, oli *asiantuntijapalvelujen koordinointi* (100 %). Tähän pääluokkaan sisältyivät kirjaukset asiakkaan hoidon kannalta oleellisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden palvelujen koordinoinnista sekä palveluiden tarjoamisesta. Näitä asiantuntijoita olivat esimerkiksi kotihoito ja sitä vastaavat yksityiset palveluntuottajat, fysioterapia ja lääkäripalvelut. Edellä mainitun pääluokan jälkeen useimmin kirjauksia kohdentui *omatoimisuuden tukemiseen* (94,4 %), *annosjakelusta huolehtimiseen* (90,1 %), *lääkkeen antamiseen* (87,3 %) ja *turvallisen ympäristön järjestämiseen* (87,3 %). *Omatoimisuuden tukemiseen* liittyvissä kirjauksissa kuvattiin yleensä erilaisissa päivittäisissä toiminnoissa kuten pukeutumisessa, peseytymisessä ja ruokailussa avustamista. *Annosjakelusta huolehtimiseen* sisältyivät kirjaukset annosjakelun toteuttamisesta, joko kotihoidon, omaisten tai jonkun muun toimesta.



Myös *lääkkeen antaminen*-pääluokassa kirjaus saattoi kuvata usean eri toimijan tai erilaisten lääkkeenantoreittien kautta annettavien lääkkeiden antamista. *Turvallisen ympäristön järjestämiseen* kuuluivat kirjaukset palveluista ja apuvälineistä, joilla parannetaan kodin turvallisuutta. Näitä olivat muun muassa turvapuhelin, sähkölukko, korokkeet ja tukikahvat.

Edellä mainittujen pääluokkien lisäksi kirjaus kohdentui usein *aktiviteettiä edistävään toimintaan* (85,9 %) ja *ravinnonsaannin turvaamiseen* (85,9 %). *Aktiviteettiä edistäväksi toiminnaksi* kuuluivat kirjaukset toiminnallisesta kuntoutuksesta, viriketoiminnasta ynnä muista omatoimisista harrasteista sekä niiden tarjoamisesta asiakkaalle. *Ravinnonsaannin turvaaminen*-pääluokkaan kohdentuvat kirjaukset koskivat usein ruokailun seuranta, varmistamista ja toteuttamista esimerkiksi ateriapalvelun avulla. Edellä mainittuja harvemmin kirjaukset kohdentuivat *jatkohoidon suunnitteluun* (46,5 %), *potilaan selviytymisen tukemiseen* (42,3 %), *aktiviteettiin liittyvään ohjaukseen* (33,8 %) ja *lääkkeen vaikutuksen seurantaan* (9,9 %). Pääluokat, joihin kirjauksia ei kohdentunut lainkaan, koskivat usein ohjausta kuten *suoliston toimintaan liittyvä ohjaus*, *virtsaamiseen liittyvä ohjaus*, *terveyttä edistävä ohjaus* tai *kivun hoitoon liittyvä ohjaus*. Ilman kirjauksia jäivät myös ne luokat, joiden komponentteihin ei kohdistunut yhtään kirjausta, kuten *elämänkaari*-komponentin sisältämät SHTaL- ja SHTol-luokitusten pääluokat sekä *verenkierto*-komponentin SHTaL-luokituksen pääluokat.

Taulukko 9. SHTol-luokituksen pääluokat, joihin kohdentui kirjaus useimmissa (> 50 %) hoito- ja palvelusuunnitelmista (N=71).

Komponentit ja pääluokat	SHTol	
	n	Kirjaukset %
AKTIVITEETTI		
Aktiviteettiä edistävä toiminta	61	85,9
ERITTÄMINEN		
Muusta erityistoiminnasta huolehtiminen	49	69,0
HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI		
Asiantuntijapalvelujen koordinointi	71	100,0
Tutkimuksen, toimenpiteen tai näytteenoton suorittaminen	46	64,8
LÄÄKEHOITO		
Lääkkeen antaminen	62	87,3
Annosjakelusta huolehtiminen	64	90,1
RAVITSEMUS		
Ravitsemustilan seuranta	54	76,1
Ravinnonsaannin turvaaminen	61	85,9
VERENKIERTO		
Verenkierron seuranta	40	56,3
TURVALLISUUS		
Turvallisen ympäristön järjestäminen	62	87,3

PÄIVITTÄISET TOIMINNOT		
Omatoimisuuden tukeminen (N=71)	67	94,4
Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus (N=71)	39	54,9
KUDOSEHEYS		
Suun ja limakalvojen hoitoon liittyvä ohjaus (N=71)	40	56,3

### 5.3 Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjausten kohdentuminen uusiin voimavaralähtöisiin ja kotihoidon kontekstisidonnaisiin pääluokkiin

FinCC-luokituskokonaisuuden alaan kuuluville ja FinCC-komponentteihin liittyville voimavaralähtöisille ja kotihoidon kontekstisidonnaisille sisällöille muodostettiin induktiivisen analyysin kautta 26 uutta pääluokkaa FinCC-luokituskokonaisuuden komponenttien rakenteen ohjaamana (ks. taulukko 10). Näistä luokista 18 voimavaralähtöistä pääluokkaa liittyi SHTaL-tarveluokitukseen ja 8 kontekstisidonnaista pääluokkaa SHToL-toimintoluokitukseen. Kaiken kaikkiaan uusiin pääluokkiin kohdentui 1104 kirjausta, joista SHTaL-luokitukseen liittyviin uusiin pääluokkiin 628 kirjausta ja SHToL-luokitukseen liittyviin uusiin pääluokkiin 476 kirjausta.

SHTaL-luokitukseen liittyviin uusiin pääluokkiin kohdentuivat kirjaukset, jotka olivat voimavaralähtöisiä. Esimerkiksi *aktiviteetti*-komponentin alle sijoitettuun *uni- ja valvetilaan liittyvät voimavarat*-pääluokkaan kohdentuivat kirjaukset, joissa ilmaistiin asiakkaan nukkuvan hyvin tai, että hänen päivärytmensä on säännöllinen. Voimavaralähtöinen kirjaus saattoi olla ilmaistu myös ongelman tai avun tarpeen puuttumisen näkökulmasta. Esimerkiksi *psykkiseen toimintakykyyn liittyviin voimavaroihin* kohdentuivat kirjaukset, joissa ilmaistiin esimerkiksi, ettei asiakkaalla ole käytöshäiriöitä. Voimavaralähtöisistä SHTaL-luokituksen yhteyteen liitetyistä uusista pääluokista yleisimmin kirjauksia (98,6 %) kohdentui *päivittäisten toimintojen* komponentin yhteyteen sijoitettuun *omatoimisuuteen ja päivittäisiin toimintoihin liittyvät voimavarat*-pääluokkaan. Kirjaukset koskivat esimerkiksi asiakkaan kyvykkyyttä ja omatoimisuutta peseytymisessä tai pukemisessa. Seuraavaksi yleisimmin kirjauksia kohdentui *sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviin voimavaroihin* (90,1 %), *kommunikaatioon liittyviin voimavaroihin* (81,7 %) sekä *aktiviteettiin ja fyysiseen toimintaan liittyviin voimavaroihin* (81,7 %).

SHToL-luokitukseen liittyviin uusiin pääluokkiin kohdentuivat puolestaan kirjaukset, jotka pääosin liittyivät kotihoidon kontekstissa toteutettavan hoitotyön toimintoihin ja keskeisiin osa-alueisiin. *Turvallisuus*-komponentin yhteyteen sijoitettuun *ympäristön ja sen turvallisuuden kartoittaminen* -pääluokkaan kohdentui kirjaus kaikissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa (n=71).

Kirjauksissa kuvattiin asiakkaan turvallisuuteen vaikuttavia elinolosuhteita kuten kodin esteettömyyttä ja sitä, asuuko asiakas yksin. Seuraavaksi yleisimmin kirjauksia kohdentui *omaisen hoitoon osallistumisen koordinointi*-pääluokkaan (97,2 %). Tämä luokka sijoittui *hoidon ja jatkohoidon koordinointi*-komponentin alle, kuten myös luokat *tukipalveluiden koordinointi* (87,3 %) ja *sosiaalietuuksien koordinointi* (85,9 %). Suurimmassa osassa hoito- ja palvelusuunnitelmia kohdentui kirjaus myös *lääkkeiden hankinta ja reseptien uusintaan* (91,5 %) sekä *kodin hoidollisissa toiminnoissa avustamiseen* (88,7 %). Lisäksi *elämänkaari*-komponentin yhteyteen sijoitettuun *hoitotahdon selvittäminen*-luokkaan kohdentui kirjaus lähes 44 prosentissa hoito- ja palvelusuunnitelmista.

Taulukko 10. Hoito- ja palvelusuunnitelmien (N=71) kirjausten kohdentuminen FinCC-luokituskokonaisuuden komponentteihin liittyviin uusiin pääluokkiin.

FinCC-komponentit ja uudet pääluokat	Kirjaukset	
	n	%
AKTIVITEETTI (SHTaL)		
Aktiviteettiin ja fyysiseen toimintaan liittyvät voimavarat	58	81,7
Uni- ja valvetilaan liittyvät voimavarat	46	64,8
ERITTÄMINEN (SHTaL)		
Erittämiseen liittyvät voimavarat	24	33,8
SELVIITYMINEN (SHTaL)		
Kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät voimavarat	24	33,8
Kommunikaatioon liittyvät voimavarat	58	81,7
Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät voimavarat	64	90,1
NESTETASAPAINO (SHTaL)		
Nestetasapainoon liittyvät voimavarat	4	5,6
TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN (SHTaL)		
Terveyskäyttämiseen liittyvät voimavarat	43	60,6
HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI (SHToL)		
Tukipalveluiden koordinointi	62	87,3
Omaisien hoitoon osallistumisen koordinointi	69	97,2
Sosiaalietuuksien koordinointi	61	85,9
LÄÄKEHOITO (SHTaL)		
Lääkehoidon toteutukseen liittyvät voimavarat	21	29,6
LÄÄKEHOITO (SHToL)		
Lääkehoidon toteutumisen seuranta ja vastuu	47	66,2
Lääkkeiden hankinta ja reseptien uusinta	65	91,5
RAVITSEMUS (SHTaL)		
Ravitsemukseen liittyvät voimavarat	43	60,6
HENGITYS (SHTaL)		
Hengitykseen liittyvät voimavarat	8	11,3
AINEENVAIHDUNTA (SHTaL)		
Aineenvaihduntaan liittyvät voimavarat	26	36,6
TURVALLISUUS (SHTaL)		
Turvallisuuteen liittyvät voimavarat	18	25,4
TURVALLISUUS (SHToL)		
Ympäristön ja sen turvallisuuden kartoittaminen	71	100
PÄIVITTÄISET TOIMINNOT (SHTaL)		

Omatoimisuuteen ja päivittäisiin toimintoihin liittyvät voimavarat	70	98,6
PÄIVITTÄISET TOIMINNOT (SHToL)		
Kodinhuollollisissa toiminnoissa avustaminen	63	88,7
PSYKKINEN TASAPAINO (SHTaL)		
Psykkiseen tasapainoon liittyvät voimavarat	45	63,4
AISTI- JA NEUROLOGISET TOIMINNOT (SHTaL)		
Aistitoimintoihin liittyvät voimavarat	51	71,8
Neurologisiin toimintoihin liittyvät voimavarat	11	15,5
KUDOSEHEYYS (SHTaL)		
Kudoseheyteen liittyvät voimavarat	21	29,6
ELÄMÄNKAARI (SHToL)		
Hoitotahdon selvittäminen	31	43,7
Yhteensä	1104	

#### 5.4 Yhteenvedo tutkimustuloksista

Hoito- ja palvelusuunnitelmien (N=71) sisällöistä kohdentui FinCC-luokituskokonaisuuden komponentteihin yhteensä 1170 kirjausta (SHTaL n=532, SHToL n=638). Yleisimmin kirjaukset kohdentuivat *päivittäisten toimintojen* (n=133), *aktiviteetin* (n=116) ja *hoidon ja jatkohoidon koordinoinnin* (n=111) komponentteihin. Harvimmin kirjauksia kohdentui *hengityksen* (n=17), *aineenvaihdunnan* (n=22) ja *nestetasapainon* (n=27) komponentteihin. Molemmissa luokituksissa *elämänkaari*-komponentti ja SHTaL-luokituksessa *verenkierto*-komponentti jäi ilman kirjauksia. Puolestaan FinCC-luokituskokonaisuuden pääluokkiin kohdentui yhteensä 1718 kirjausta (SHTaL n=707, SHToL n=1011). Yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa kirjauksia kohdentui 11:stä 38:een eri pääluokkaan ja keskimäärin yhden hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaukset kohdentuivat 24:een pääluokkaan. *Selviytyminen*- ja *lääkehoito*-komponenttien kaikkiin pääluokkiin kohdentui yksi tai useampi kirjaus SHTaL-tarveluokituksessa. Kaikkien muiden komponenttien pääluokista jäi osa ilman kirjauksia sekä SHTaL- (n=44) että SHToL- (n=72) luokituksissa. SHTaL-luokituksen pääluokista useimmin kirjaukset kohdentuivat *apuvälineiden tarpeeseen* (87,3 %), *potilaan heikentyneeseen selviytymiskykyyn* (81,7 %) ja *aistitoimintojen muutokseen* (80,3 %) ja SHToL-luokituksessa *asiantuntijapalvelujen koordinointiin* (100 %), *omatoimisuuden tukemiseen* (94,4 %) ja *annosjakelusta huolehtimiseen* (90,1 %).

FinCC-luokituskokonaisuuden alaan kuuluville ja FinCC-komponentteihin liittyville voimavara- ja kotihoito- ja kotihoidon kontekstisidonnaisille sisällöille muodostettiin 26 uutta pääluokkaa, joihin kohdentui yhteensä 1104 kirjausta, niistä 628 kirjausta oli voimavara- ja kotihoito- ja kotihoidon kontekstiin sidonnaisia. Esimerkiksi SHTaL-luokituksen liittyvistä uusista

voimavaralähtöisistä pääluokista (n=18) eniten kirjauksia (98,6 %) kohdentui *omatoimisuuteen ja päivittäisiin toimintoihin liittyvät voimavarat*-pääluokkaan. Kirjaukset koskivat esimerkiksi asiakkaan kyvykkyyttä ja omatoimisuutta peseytymisessä tai pukeutumisessa. SHToL-luokitukseen liittyviin uusiin pääluokkiin (n=8) kohdentuivat kirjaukset, jotka pääosin liittyivät kotihoidon kontekstissa toteutettavan hoitotyön toimintoihin ja keskeisiin osa-alueisiin. Esimerkiksi *turvallisuus*-komponentin yhteyteen sijoitettuun *ympäristön ja sen turvallisuuden kartoittaminen*-pääluokkaan kohdentui kirjaus kaikissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa (n=71). Kirjauksissa kuvattiin asiakkaan turvallisuuteen vaikuttavia elinolosuhteita kuten kodin esteettömyyttä ja sitä, asuuko asiakas yksin. Lisäksi *elämänkaari*-komponentin yhteyteen sijoitettuun *hoitotahdon selvittäminen*-luokkaan kohdentui kirjaus lähes 44 prosentissa hoito- ja palvelusuunnitelmista.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tulosten mukaan iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien rakenne, kirjaamisen sisällöt sekä niiden kattavuus vaihtelevat. Kirjaamisen sisällöt painottuvat tarpeiden arvioinnin sijaan suunniteltuihin toimintoihin. Hoito- ja palvelusuunnitelmat sisältävät lisäksi voimavaroihin ja kotihoidon kontekstin erityispiirteisiin liittyviä kirjauksia, joita ei ole mahdollista kohdentaa alkuperäisiin FinCC-luokituskokonaisuuden ongelma- tai tarpeperustaisiin pääluokkiin. Tulokset herättävät kysymyksiä kirjaamisen sisältöjen kattavuudesta ja toimintokeskeisyydestä, luokituskokonaisuuteen perustuvasta rakenteisesta kirjaamisesta sekä kotihoidon erityispiirteiden ja voimavaralähtöisyyden huomioimisesta kirjaamisessa. Näihin kysymyksiin on löydettävä vastauksia, jotta voidaan kehittää iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöjen kirjaamista kattavaksi, yhdenmukaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi. Tämä on edellytys iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiselle ja laadukkaalle kotihoidolle.

#### *Kirjaamisen sisältöjen kattavuus ja toimintokeskeisyys*

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöjen kattavuus vaihtelee. Tämä on havaittu myös aikaisemmissa iäkkäiden hoitosuunnitelmia koskevissa tutkimuksissa (Kang ym. 2015, Turjamaa ym. 2015, Wang ym. 2015, Kim ym. 2017). Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöissä korostuvat päivittäisiin toimintoihin, aktiviteettiin ja hoidon ja jatkohoidon koordinointiin liittyvät kirjaukset. Myös selviytymisestä, ravitsemuksesta, lääkehoidosta, turvallisuudesta ja erittämisestä kirjaataan usein. Hengityksestä, aineenvaihdunnasta, nestetasapainosta ja psyykkisestä tasapainosta kirjaaminen on puolestaan vähäistä. Tulokset ovat samansuuntaisia Turjamaan tutkimusryhmän (2015) tulosten kanssa kirjaamisen sisältöjen painottumisesta päivittäisiin toimintoihin ja selviytymiseen sekä lääkehoitoon. Tosin heidän tutkimuksessaan lääkehoito sijoittui yleisimmäksi hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisällöksi (tässä tutkimuksessa sijoittui kuudenneksi). Yhtenevää Turjamaan ja kumppaneiden (2015) tulosten kanssa oli myös hengitykseen liittyvien kirjausten puutteellisuus sekä se, ettei elämäkaaresta ollut kirjattu lainkaan. Tulokset puolestaan eroavat toisistaan erityisesti ravitsemukseen sekä jatkohoitoon ja terveyspalveluiden

käyttöön liittyvien kirjausten osalta, sillä tässä tutkimuksessa hoidon ja jatkohoidon koordinoitiin sekä ravitsemukseen liittyviä kirjauksia oli paljon, kun Turjamaan ja kumppaneiden (2015) tutkimuksessa ne jäivät vähäisiksi tai puuttumaan kokonaan.

Tämän tutkimusaineiston kirjaamisen sisältöjen vertaaminen kansainvälisten ja eri terminologioihin perustuvien kirjaamisen sisältöjen kanssa on jo edellisissä luvuissa kuvattujen seikkojen vuoksi ongelmallista. Voidaan kuitenkin todeta, että usein hoitosuunnitelmissa toistuneet sisällöt poikkeavat painotuksiltaan suomalaisten ja FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuvien kirjausten sisällöistä (vrt. Kang ym. 2015, Kim ym. 2017). Turjamaan tutkimusryhmän (2015) tutkimusasetelma on pääosin yhtenevä tämän tutkimuksen kanssa, mikä mahdollisti tulosten vertailemisen. Vertailussa on huomioitava, että Turjamaan ja kumppaneiden (2015) tutkimuksen perustana oli FinCC -luokituskokonaisuuden versio (2.0.1), jossa komponentit poikkesivat määrältään (19 komponenttia) ja sisällöltään tässä tutkimuksessa käytettyyn versioon (3.0) nähden. Myös aineisto poikkesi tämän tutkimuksen aineistosta, sillä siinä hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamista ohjasi rakenteisen kirjaamisen malli (Turjamaa ym. 2015). Mielenkiintoisena seikkana voidaan esille nostaa se, että näiden kahden tutkimuksen tulosten vertailun perusteella kirjaamisen sisällöt ovat hyvin samansuuntaisia sekä avoimella tekstillä että rakenteisten luokkien mukaisesti kirjatuihin hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Tutkimukseen osallistuneen organisaation hoito- ja palvelusuunnitelman malliesimerkki on tosin osaltaan ohjannut tämän tutkimuksen aineistona käytettyjen hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamista. Tämä herättää kuitenkin kysymyksen siitä, eroavatko rakenteisesti tai rakenteeltaan vapaasti kirjatun kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisällöt todellisuudessa merkittävästi toisistaan?

Tämän tutkimuksen tuloksista voidaan myös päätellä, että asiakkaiden kotona selviytymisen tukeminen päivittäisistä toiminnoista, aktiviteetista, hoidon ja jatkohoidon koordinoinnista sekä lääkehoidosta huolehtimalla on kotihoidon kontekstissa korostuneessa asemassa. Edellä mainitut ovatkin keskeisiä kotihoidon tehtäviä (ks. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, STM 2017c, 2017d). Hoito- ja palvelusuunnitelmien taustatiedoissa asiakkaiden hoitajaksojen syiksi oli yleisimmin ilmoitettu juuri avun tarve lääkehoidossa tai kotona selviytymisessä. Kuitenkin peruselintoimintoihin kuuluvien hengityksen, aineenvaihdunnan, nestetasapainon ja verenkierron havaintoihin liittyvät kirjaukset ovat jääneet toissijaisiksi hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Olisi mielenkiintoista tietää, onko näitä asioita huomioitu paremmin asiakkaiden hoitokertomuksissa

hoitotyön päivittäisissä kirjauksissa? Edellä mainittujen peruselintoimintoihin liittyvien tarpeiden ja potilaan voinnin arvioiminen ovat kuitenkin olennaisia ikääntyvän asiakkaan kokonaisvaltaisessa kotihoidossa (Terveystieteiden tutkimuskeskus STM 2017d), vaikka ne tämän tutkimusten tulosten valossa jäivät hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisällöissä vähemmälle huomiolle. Psykkisen tasapainon huomioiminen on siihen liittyvien kirjausten määrän mukaan ollut myös vähäistä, vaikka se on yksi iäkkään asiakkaan hoidon ja palvelun tarpeen arviointiin kuuluvista osa-alueista (ks. Päivärinta & Haverinen 2002). Myös aikaisemman tutkimuksen mukaan hoitotyön ammattilaiset eivät välttämättä tunnista tai osaa huomioida riittävästi kotihoidon asiakkaiden psyykkisiä voimavaroja (Turjamaa ym. 2013). Potilaan arviointiin tai kirjaamiseen liittyvän ammatillisen osaamisen ohella tuloksiin on voinut vaikuttaa se, minäkalaisia asiakkaita tutkimukseen on valikoitunut ja mitkä ovat heidän hoitajaksojensa syyt. Nämä seikat ovat voineet ohjata asiakkaiden arviointiin liittyvää kirjaamista korostaen kirjaimishetkellä akuutteja tarpeita sekä toimintoja. Iäkkään ihmisen hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältöjen tulee kuitenkin monipuolisesti kuvata fyysisten seikkojen lisäksi psyykkisiä, kognitiivisia ja sosiaalisia näkökulmia, jotta akuutteihin tarpeisiin vastaamisen lisäksi iäkkään toimintakykyä pystytään tukemaan ja edistämään kokonaisvaltaisesti.

FinCC:n eri komponenttien kesken oli vaihtelua siinä, painottuivatko kirjaukset enemmän tarveluokitukseen vai toimintoluokitukseen. Kokonaisuudessaan kirjauksia oli tehty yleisemmin toiminnoista kuin tunnistetuista tarpeista, mikä tukee aikaisempaa tietoa siitä, että kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältö on tehtävä- ja toimintokeskeistä (Turjamaa ym. 2015). Tämä on huolestuttavaa, koska kotihoidon palveluiden tehtävänä on tukea ja edistää asiakkaan omatoimisuutta, toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista, jotta hänen kotona asumisensa olisi mahdollista (Eloranta ym. 2010, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista 980/2012.) Näin ollen tulisi toimintoihin keskittymisen sijaan suunnata huomio asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin jo hoitosuunnitelmia laatiessa. Toisaalta voidaan pohtia, onko kirjaamisen toimintokeskeisyys osittain kotihoidon toimintaan liittyvää ja sen vuoksi myös välttämätöntä? Kotihoidossa useiden hoitoon osallistuvien tahojen yhteistyön organisointi vaatii selkeää ja yksityiskohtaistakin toimintojen sekä tehtävien kirjaamista. Tämä on edellytys sille, että hoito- ja palvelusuunnitelma voi ohjata saumatonta moniammatillista ja omaisetkin osallistavaa työtä sekä työnjakoa. (ks. Päivärinta & Haverinen 2002, STM 2017c, 2017d). On myös muistettava, että toimintokeskeinen kirjaaminen



ei välttämättä tarkoita sitä, että hoitotyö toteutuu toimintokeskeisesti. Voidaan kuitenkin miettiä, kasvaako riski siihen, mikäli jo hoidon suunnitteluvaiheessa asiakkaan yksilölliset tarpeet ja lähtökohdat jäävät toissijaisiksi toimintojen rinnalla?

#### *Luokituskokonaisuuteen perustuva rakenteinen kirjaaminen*

Iäkkään kotihoidon asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaaminen ei tämän aineiston perusteella noudattanut strukturoitua rakennetta, vaikka yhdenmukaisen sekä kattavan hoitotietojen kirjaamisen edellytykseksi nähdään kansalliseen kirjaamismalliin ja Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuteen (Finnish Care Classification, FinCC) perustuva rakenteinen kirjaaminen (Liljamo ym. 2012, STM 2014). Tulokset vahvistavat aikaisempaa tietoa siitä, että kotihoidon kirjaamiskäytännöt eivät ole yhdenmukaisia (Ikonen 2015, Patiraki ym. 2017). Hoito- ja palvelusuunnitelmat olivat kirjattu vapaassa sanallisessa muodossa, mutta osin tutkimukseen osallistuneen organisaation hoito- ja palvelusuunnitelman malliesimerkin ohjaamana. Yhtenäisen muodon sekä rakenteen puute on hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen johdonmukaisuutta heikentävä ongelma, joka on tunnistettu jo aikaisemmassa tutkimuksessa (Dykes ym. 2014). Rakenteisen ja luokitusten mukaan tapahtuvan kirjaamisen vakiinnuttaminen edellyttää yleisempää kirjaamiskäytäntöjen muuttamista proosamaisten pitkien lauseiden avulla tapahtuvasta epätäsmällisestä kirjaamisesta valmiiden luokkien avulla toteutettavaan tiiviimpään ja yksinkertaisempaan kirjaamiseen (Kang ym. 2015). Lisäksi käyttämällä kirjaamisen pohjana yleistä ja yhtenäistä hoitosuunnitelmaa, voitaisiin vastata havaittuihin tiedonkulun ja hoidon koordinoinnin ongelmiin (Dykes ym. 2014).

Luokitusten ja terminologioiden soveltamisesta kirjaamisessa on voitu osoittaa olevan monia hyötyjä, mutta siihen liittyy myös epäkohtia ja kysymyksiä. Tässä tutkimuksessa käytetyn deduktiivisen analyysirungon perustana käytettiin FinCC-luokituskokonaisuutta (versio 3.0), koska sen sisällöt ovat kattavat ja tutkimustietoon perustuvat (Liljamo ym. 2012). Vapaana tekstinä kirjattujen, moniselitteisten ja epätäsmällisten kirjausten analysoiminen ja luokittelu FinCC-luokituskokonaisuuden mukaisesti ei ollut kuitenkaan ongelmatonta. Kirjaamisen sisältöjen kattavuuden näkökulmasta huomiota herättävää oli se, että pääluokka-tasolla yhden hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaukset voitiin kohdentaa keskimäärin 24:een pääluokkaan, vaikka SHTaL-tarveluokituksessa (n=88) ja SHToL-toimintoluokituksessa (n=127) käytävissä olisi ollut yhteensä 215 pääluokkaa. Herää kysymys, onko tässä kyse terminologian sovellettavuuteen liittyvästä ongelmasta vai voivatko kirjaamisen sisältöjen kattavuuden puutteet liittyä esimerkiksi kotihoidon työntekijöiden kirjaamiseen liittyvään osaamiseen? Tässä

tutkimuksessa alkuperäistä aineistoa ei ollut kirjattu FinCC-luokituskokonaisuuden mukaisesti, joten ei voida arvioida luokituskokonaisuuden kirjaamista ohjaavaa vaikutusta. Voidaan kuitenkin pohtia sitä, kuinka FinCC-luokituskokonaisuuden rakenne ja valmiit luokat mahdollistivat kirjaamisen sisältöjen kohdentamisen olemassa olevan rakenteensa mukaisesti?

FinCC-luokituskokonaisuuden pääluokat eivät olleet täysin toisiaan poissulkevia, vaan osittain päällekkäisiä (esimerkiksi komponentit *aktiviteetti* ja *päivittäiset toiminnot*). Tämä vaikeutti kirjausten kohdentamista yhdenmukaisesti. Saman haasteen olivat kohdanneet Kang ja kumppanit (2015) vastaavanlaista kotihoidon hoitosuunnitelmien analyysiä tehdessään. Analyysissä käytetyn ICPN-luokituksen rakenne ohjasi alkuperäisesti vapaan tekstin muodossa olevien kirjausten luokittelua, minkä epäiltiin osin vaikuttaneen tutkimustuloksiin kirjausten sisältöjen heikommasta kattavuudesta. (Kang ym. 2015.) FinCC-luokituskokonaisuuden johdonmukaista soveltamista vaikeutti myös se, että komponenttien kesken on havaittavissa suuria eroja niihin sisältyvien pääluokkien ja alaluokkien määrässä sekä yksityiskohtaisuudessa. Lisäksi saman komponentin sisältä ei aina löytynyt jokaista SHTaL-tarveluokituksen pääluokkaa vastaavaa SHToL-toimintoluokituksen pääluokkaa ja päinvastoin. Esimerkiksi aisti- ja neurologiset toiminnot-komponentti sisältää SHToL-toimintoluokituksessa *aistitoimintoihin liittyvien apuvälineiden järjestäminen*-pääluokan, mutta vastaavasti SHTaL-tarveluokituksessa ei ole pääluokkaa, johon tämän aistitoimintoihin liittyvän apuvälinetarpeen voisi kirjata.

Edellä mainitut seikat ovat voineet osaltaan vaikuttaa kirjausten painottumiseen tiettyihin luokkiin ja komponentteihin sekä tarve- tai toimintoluokituksen alueelle. Esimerkiksi *verenkierto*-komponenttiin liittyviä tarpeita ei ollut kirjattu yhtenkään hoito- ja palvelusuunnitelmaan, mutta siihen liittyviä toimintoja oli kirjattu yli puolessa hoito- ja palvelusuunnitelmista (56,3 %). Tarpeita ja toimintoja kuvaavien pääluokkien linjakkaassa käytössä on havaittu vaihtelua myös muissa kirjaamiseen käytetyissä luokituksissa ja terminologioissa (Kang ym. 2015, Wang ym. 2015). FinCC-luokituskokonaisuutta ollaankin kehittämässä erilaisten laajenevien käyttöympäristöjen käyttäjäpalautteiden myötä (Liljamo ym. 2012). Tulevaisuudessa on tärkeää selvittää, soveltuuko FinCC-luokituskokonaisuuden mukainen rakenteinen kirjaaminen kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamiseen. Tarvitaan lisää tutkimusta sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien rakenteisesta kirjaamisesta että FinCC-luokituskokonaisuuden hyödyntämisestä kotihoidon kontekstissa.

### *Kotihoidon erityispiirteet kirjaamisessa*

Rakenteeseen liittyvien epäkohtien lisäksi FinCC-luokituskokonaisuuden soveltamiseen kotihoidon ja myös ikääntyvien hoitotyön kontekstissa liittyy kysymyksiä. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaukset sisälsivät paljon sellaisia kirjauksia, joita ei olisi ollut mahdollista kirjata sellaisenaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, mikäli se olisi noudattanut täysin FinCC-luokituskokonaisuuden rakenteen komponentteja ja pääluokkia. Hoito- ja palvelusuunnitelman FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuvan rakenteen joustamattomuus ja kotihoidon erityispiirteet huomioivien luokkien puutteet hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa on havaittu myös aikaisemmassa tutkimuksessa. Sen on lisäksi ajateltu olevan yhteydessä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällön heikompaan kattavuuteen. (Turjamaa ym. 2015.)

Kuitenkaan ei ole olemassa tutkimustietoa siitä, mitä nämä kotihoidon kontekstissa toteutettavan hoitotyön kirjaamisen erityispiirteet konkreettisesti ovat, mutta tämän tutkimuksen avulla laaditut uudet kotihoidon erityispiirteitä huomioivat pääluokat voivat antaa tähän näkökulmaa. Esimerkiksi FinCC:n *ravitsemus*-komponentin *iänmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen*-pääluokassa ei ole yhtään ikääntyvän ravitsemuksen erityispiirteitä huomioivaa alaluokkaa. Lisäksi elämänkaareen liittyvien kirjausten puuttumista selittänee osaksi se, ettei edellä mainitun komponentin pääluokissa ollut juurikaan sopivia ikääntyvien hoitoon liittyviä pääluokkia, joihin kirjauksia olisi voitu kohdentaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin oli kuitenkin kirjattu sellaisia sisältöjä, joiden olisi voinut ajatella sisältyvän *elämänkaari*-komponenttiin. Näitä olivat muun muassa tiedot asiakkaan elämänkaareen ja ikääntymiseen liittyvistä keskeisistä elämän arvoista ja tärkeiksi koetuista asioista. Myös hoidonlinjauksiin liittyvät hoitotahtoa ja elvytyskieltoa koskevat kirjaukset toistuivat hoito- ja palvelusuunnitelmien (43,7 %) kirjauksissa ja sisällöllisesti liittyvät ihmisen elämänkaareen, minkä vuoksi *elämänkaari*-komponentin (SHToL) alle muodostettiin tämän tutkimuksen tulosten analyysissä uusi edellä mainitut kirjaukset sisältävä luokka.

Koti ainutlaatuisena hoitoympäristönä poikkeaa monin tavoin osasto ympäristöstä ja samalla se vaikuttaa kirjaamisen tarpeisiin. Jotta kotihoidon työntekijä voi toimia kunkin kodin erityispiirteet ja asiakkaan yksilölliset toiveet huomioiden, kirjaamisen on sisällettävä hyvin yksityiskohdistaikin tietoa myös asiakkaan kodista ja sen turvallisuudesta hoitoympäristönä (ks. Päivärinta ja Haverinen 2002). Ympäristön ja sen turvallisuuden kartoittamisen kirjauksia varten muodostettiinkin havaintorunkoon oma luokka, koska siihen liittyviä kirjauksia oli jokaisessa hoito- ja

palvelusuunnitelmassa (100 %), eikä deduktiivisena pohjana käytetty FinCC-luokituskokonaisuus antanut valmiilla luokillaan siihen mahdollisuutta. Lääkkeiden hankinta ja uusinta on toinen esimerkki tällaisesta useimpien hoito- ja palvelusuunnitelmien (91,5 %) kirjauksissa esiintyneestä kotihoidon toiminnosta, jolle ei alkuperäisesti ollut omaa FinCC-päälukkaa. Kolmantena esimerkkinä ovat hoidon ja jatkohoidon koordinoivia koskettavat kirjaukset, jotka kuvaavat FinCC-luokituskokonaisuuden oppaan mukaan potilaan hoidon kannalta oleellisten asiantuntijapalveluiden, jatkohoidon tai jatkohoito-ohjeiden tarvetta, potilaan oikeuksiin liittyvää tiedon tarvetta ja koordinoivia (Liljamo ym. 2012). Kotihoidossa hoitoon liittyvien asiantuntijoiden lisäksi yhteistyötä tehdään muun muassa omaisten, tukipalveluiden tuottajien ja sosiaalietuuksista vastaavien tahojen kanssa. Tämän kotihoidon toteuttamiseen liittyvän erityispiirteen huomioimiseksi kirjauksia varten laadittiin kirjaamisen sisältöjä yksityiskohtaisemmin kuvaavat luokat *tukipalveluiden koordinointi* (87,3 %), *omaisen hoitoon osallistumisen koordinointi* (97,2 %) ja *sosiaalietuuksien koordinointi* (85,9 %). Näihin luokkiin kohdentuneiden kirjausten osuuksista voidaan nähdä, että kotihoidon asiakkaiden palveluketjuihin osallistuu lähes aina muitakin kuin pelkästään hoidollisia asiantuntijoita. Kuten toimintokeskeisyyden pohdinnoissa todettiin, tällaisten tietojen yksityiskohtainen kirjaaminen on keskeistä kotihoidossa työn organisoinnin ja saumattoman toteutuksen näkökulmasta.

Tutkimuksen tulokset ilmaisevat tarpeen laatia rakenteisen kirjaamisen luokituksiin päälukkaa, joihin voidaan kirjata kotihoidon kontekstissa toteutettavan hoitotyön toimintoja. Tällaisia kirjauksia oli tämän tutkimuksen aineistossa yhteensä 476, mikä on huomattava lisä FinCC-luokituskokonaisuuden SHToL-toimintoluokituksen alkuperäisiin päälukkiin kohdentuneiden kirjausten (n=1011) kattavuuden kannalta. Erilaiset hoitotyön käyttöympäristöt haastavat FinCC-luokituskokonaisuuden soveltamista (Liljamo ym. 2012), mutta myös muiden hoitotyön terminologioiden ja luokitusten soveltamista muun muassa iäkkäiden asiakkaiden hoitosuunnitelmien kirjaamisessa (Kang ym. 2015, Wang ym. 2015). Esimerkiksi Koreassa laajalti käytössä jo vakiintuneen ICNP (International Classification for Nursing Practice) -luokituksen standardoidun terminologian sopivuutta kotihoidon kontekstissa tapahtuvaan hoitosuunnitelmien kirjaamiseen kritisoitiin vastaavista syistä: sen rakenne ja terminologia eivät vastaa riittävän hyvin kotihoidon kontekstiin liittyvää käsitteistöä, minkä vuoksi ei ole mahdollista kirjata kattavasti ja tieto jää pirstaleiseksi (Kang ym. 2015). Lisätutkimusta aiheesta tarvitaan, jotta kotihoidon erityispiirteet voidaan huomioida hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa ja rakenteiseen kirjaamiseen liittyvien luokitusten kehittämisessä.

### *Voimavaralähtöisyys kirjaamisessa*

Hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli paljon kirjauksia, joissa asiakkaan tarpeita tai toimintoja oli kuvattu myös voimavarojen näkökulmasta. Tulos eroaa osittain aikaisemmista tutkimustuloksista, joiden mukaan voimavarojen huomioiminen kotihoidon asiakkaiden arvioinnissa on vaihtelevaa, vaikka hoitotyön ammattilaiset tunnistavatkin niitä (Turjamaa ym. 2013). Lisäksi on todettu, ettei iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoitosuunnitelmien kirjaamisessa huomioida kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilannetta ja voimavaroja, mikä voi osin johtua juuri edellä kuvatuista kirjaamisesta käytettyjen standardoitujen luokitusten rajoitteista (Turjamaa ym. 2015). Tässä tutkimuksessa kirjaamisen voimavaralähtöiset sisällöt liittyivät useimmin aktiviteettiin ja fyysiseen toimintaan (81,7 %), kommunikaatioon (81,7 %), sosiaaliseen toimintakykyyn (90,1 %) sekä omatoimisuuteen ja päivittäisiin toimintoihin (98,6 %). Nämä kaikki kirjaamisen sisällöissä kuvatut voimavarat näyttävät asiakkaan kotona selviytymisen kannalta erittäin keskeisiltä. Tätä oletusta tukee se, että kyseisistä voimavaroista oli kirjattu lähes yhtä usein (n=628) kuin vastaaviin sisältöalueisiin liittyvistä ongelmista tai hoidon tarpeesta (n=707).

Kun ikääntyvien palveluiden kehittämisen keskiössä on lisätä tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaavia sekä ennaltaehkäiseviä keinoja (STM 2017a, Van Enoo ym. 2018), on iäkkään voimavarojen selvittäminen sille keskeinen lähtökohta. Iäkkään asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnittelun tulee perustua kartoitettujen voimavarojen ja tarpeiden suhteelle. Tarpeiden ja toimintojen ohella myös asiakkaan olevat voimavarat tulee kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 980/2012, Turjamaa ym. 2011, Turjamaa ym. 2015). Tässä tutkimuksessa hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjausten sisällöistä kohdentui FinCC-luokituskokonaisuuden alkuperäisiin pääluokkiin yhteensä 1718 kirjausta. Koska voimavaroihin ja kotihoidon kontekstiin liittyville kirjauksille muodostettiin uudet pääluokat, voitiin niihin kohdentuneilla kirjauksilla (n=1104) täydentää hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöä ja kattavuutta. Mikäli tutkimuksessa olisi keskitytty vain asiakkaan hoidon tarpeisiin liittyviin SHTaL-pääluokkiin kohdentuneisiin kirjauksiin, olisi asiakkaan kokonaistilanteen kuvaus jäänyt kirjausten sisällöissä hyvin suppeaksi. Tämä nostaa esille kysymyksen siitä, kuinka iäkkään henkilön aktiivinen toimijuus voidaan mahdollistaa, kun palvelujen tarpeen arvioinnin tulisi perustua iäkkään henkilön yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen arviointiin (STM 2017a), mutta rakenteisessa kirjaamisessa käytettävä luokituskokonaisuus ei mahdollista voimavarojen kirjaamista hoito- ja palvelusuunnitelmaan?

Tässä tutkimuksessa hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimiseen oli osallistunut hoitoon osallistuvien henkilöiden lisäksi yleensä aina asiakas ja hänen omaisensa. Potilaan ja hänen perheensä osallisuus hoitosuunnitelman laatimisessa ei kuitenkaan aina toteudu (Dukes ym. 2014) ja hoitosuunnitelmat ovat kirjattu hoitohenkilöstön näkökulmasta (Turjamaa ym. 2015). Voimavarojen selvittäminen on kuitenkin mahdollista vain yhteistyössä asiakkaan ja mahdollisesti hänen omaistensa kanssa. Voimavarojen ja asiakaslähtöisyyden huomioimiseksi onkin olennaista, että asiakas on osallisena hoitosuunnitelman kirjaamisessa (Mariani ym. 2017). Tämä on myös tärkeää siksi, että iäkäs tulee kuulluksi ja kohdelluksi yksilöllisesti (ks. ETENE 2008, Janssen ym. 2014). Käytössä olevalla hoitotyön terminologialla on keskeinen kirjaamista ohjaava vaikutus, joka on yhteydessä myös hoitosuunnitelmien sisällön kattavuuteen (Wang ym. 2015). Kirjaamisen standardoitu muoto ohjaa ammattilaisia täsmällisempään ja yhdenmukaiseen kirjaamiseen, mutta sen tulisi mahdollistaa myös asiakkaan yksilöllinen huomioiminen. Kirjaamisen rakenteen tulee siis olla samanaikaisesti riittävän yleinen, mutta myös yksityiskohtainen. (ks. Kang ym. 2015, Turjamaa ym. 2015, Wang ym. 2015, Mariani ym. 2017.) Hoito- ja palvelusuunnitelmalla on suuri merkitys sekä iäkkäälle asiakkaalle että koko palvelujärjestelmälle, joten on tärkeää, että hoito- ja palvelusuunnitelman sisällöt ovat kattavat ja asianmukaiset. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempaa tietoa siitä, että kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen kehittäminen on tarpeen ja lisätutkimusta tarvitaan monipuolisesti. Tämä on edellytys asiakkaan yksilöllisten lähtökohtien ja kotona toteutettavan hoidon erityispiirteiden kokonaisvaltaiselle huomioimiselle hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisällöissä.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin tutkimuseettisiä periaatteita ja tutkimustyötä ohjaavaa lainsäädäntöä (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999, TENK 2012). Tutkimukseen osallistuva organisaatio myönsi tälle tutkimukselle tutkimusluvan osana koko tutkimushanketta. Koska tutkimuskohteena olivat asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat, tutkimukselle tarvittiin myös eettisen toimikunnan puoltava lausunto (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013), jonka Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta arvioi ja myönsi koko tutkimushanketta koskevan tutkimussuunnitelman perusteella (Dnro 453/2015). Tutkimuslupa oli edellytys dokumenttiaineiston hyödyntämiselle tutkimuksessa, sillä dokumentit eivät olleet alkuperäisesti tarkoitettua tutkimusaineistoksi (Rapley 2007). Tämä toi mukanaan myös eettisen haasteen, sillä tutkimuksen

kohderymänä olleet kotihoidon asiakkaat eivät tienneet hoitosuhteensa aikana kirjattujen hoito- ja palvelusuunnitelmien päätyemisestä tutkimuskohteeksi. Tietoisen suostumuksen puuttuessa tutkimusluvan myöntäjä antaa luvan tietojen luovuttamiselle tutkimusluvalla. (ks. Rapley 2007, Grove ym. 2013, Polit & Beck 2014.)

Kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien tutkiminen oli eettisesti perusteltua, koska tutkimusilmioista oli olemassa vain hyvin vähän tutkittua tietoa. Lisäksi tavoiteltua uutta tietoa on tarkoitus hyödyntää kohderymän hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen kehittämisessä. Hoito- ja palvelusuunnitelmien kerääminen tapahtui sattumanvaraisesti kotihoidon työntekijöiden avulla, eikä se aiheuttanut ajanmenetystä tai muuta haittaa kotihoidon asiakkaille. (ks. Helsingin julistus 2013.) Tiedonantajien valinta toteutui oikeudenmukaisesti, koska jokaisella tutkimukseen osallistuvan organisaation kotihoidon työntekijällä oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Ennen aineistonkeruuta tiedonantajina toimineita kotihoidon työntekijöitä informoitiin tutkimuksesta sekä suullisesti että tutkimustiedotteella (liite 7). Heiltä kerättiin kirjalliset tietoiset suostumukset tutkimukseen osallistumisesta (liite 8). Lisäksi heille kerrottiin, mitä tietoja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista käytetään tutkimuksessa. Tiedottamisessa korostettiin sitä, että tutkimuksen mielenkiinto on hoito- ja palveluiden kirjatuissa sisällöissä, eikä yksittäisten työntekijöiden kirjaamiseen liittyvässä osaamisessa. Hoito- ja palvelusuunnitelmat kerättiin ja käsiteltiin erillisenä kotihoidon työntekijöitä koskevista taustatietolomakkeista, jotta tiedonantajat voivat varmistua siitä, ettei heitä yhdistetä hoito- ja palvelusuunnitelmiin. (ks. ETENE 2001, TENK 2012, Grove ym. 2013, Polit & Beck 2014.)

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Todelliseen mahdollisuuteen kieltäytyä tutkimuksesta voi kuitenkin vaikuttaa se, että aineisto kerättiin työnantajan tarjoaman koulutuksen yhteydessä ja työnantajan antamalla luvalla hoito- ja palvelusuunnitelmien luovuttamiseen. Työntekijät ovat voineet kokea tilanteesta johtuvaa ryhmäpainetta tutkimukseen osallistumisesta. Kaikilla hoitajilla oli kuitenkin mahdollisuus jättää vähintään omat taustatietonsa täyttämättä. Hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä taustatietolomakkeet käsiteltiin luottamuksellisesti ja tutkittavien anonymiteetti turvattiin siten, että tiedonantajat poistivat tai peittivät identifiointitiedot potilasdokumenteista ennen tutkijalle luovuttamista. Myös tutkimusraportin laadinnassa huomioitiin, ettei yksittäisiä henkilöitä tai ryhmiä voitu tunnistaa tuloksista. Kaikki dokumentit ja muu tutkimusaineisto säilytettiin koko tutkimusprosessin ajan lukitussa tilassa ja lukituissa

tiedostoissa. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen osa aineistosta jäi tutkimushankkeen käyttöön. Jatkotutkimuksen kannalta tarpeeton aineisto hävitettiin asianmukaisesti. (ks. Henkilötietolaki 523/1999, Grove ym. 2013, Helsingin julistus 2013.)

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan koko tutkimusprosessin, valittujen menetelmien ja tulosten luotettavuuden näkökulmista mukaillen Burns ja Groven (2005) teoksessa esitettyjen kvantitatiivisen tutkimuksen laadun ja luotettavuuden arvioinnin kriteereitä. Tarkastelussa keskitytään erityisesti validiteetin ja reliabiliteetin kysymyksiin. Tutkimusprosessin kulku on kuvattu tarkasti tutkimusraportissa. Sen kaikissa eri vaiheissa pyrittiin mahdollisimman hyvään huolellisuuteen ja objektiivisuuteen. Tutkimusprosessiin liittyvien menetelmällisten sekä muiden valintojen luotettavuutta pyrittiin lisäämään tutkimusryhmän kanssa käydyissä keskusteluissa. Lisäksi käytettiin tietoasiantuntijan apua kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessissa sekä tilastoneuvojan apua tilasto-ohjelman käytössä ja analyysirungon laadinnassa. (ks. Burns & Grove 2005, Grove ym. 2013, Polit & Beck 2014.) Tutkija oli tunnistanut omat kotihoidon hoitotyön ammattikokemuksista nousseet tutkimusilmiöön liittyvät ennakko-oletukset, eikä hänellä ollut ammatillista yhteyttä tutkimukseen osallistuvaan organisaatioon. Tutkijan oma käytännön kokemus auttoi kuitenkin tunnistamaan tarkastelun aiheena olevan tutkimusilmiön, jonka tieteelliseen perustaan kiinnittämiseksi tehtiin lisäksi kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten valintaprosessissa kiinnitettiin erityistä huomiota tarkkojen mukaanotto- ja poissulkukriteerien määrittämiseen ja huolelliseen tutkimusten laadun arvioimiseen (ks. Grant & Booth 2009). Kirjallisuushakujen täsmällisellä toteutuksella pyrittiin mahdollistamaan hakujen toistettavuus ja kattavuus, vaikka ilmiöön liittyvää tutkimustietoa oli vain vähän saatavilla (ks. Autti-Rämö & Grahm 2007).

Luotettavuuden näkökulmasta dokumenttiaineistoa on tarkasteltava lähdekriittisesti, sillä dokumentit ovat alkuperäisesti johonkin muuhun tarkoitukseen tehtyjä (Anttila 1996, Bowen 2009). Tässä tutkimuksessa aineistona käytetyt dokumentit eli hoito- ja palvelusuunnitelmat ja niistä saatu informaatio vastasivat kuitenkin varsin hyvin tutkimusaiheeseen (ks. Anttila 1996). Tämä on edellytys tutkimuksen validiteetin toteutumiseksi (Burns & Grove 2005). Dokumenttiaineiston etu on, ettei tutkimusprosessilla tai tutkijalla ole vaikutusta aineistona käytettyihin



alkuperäisiin dokumentteihin (Anttila 1996, Bowen 2009). Tämä lisää tutkimustulosten objektiivisuutta ja luotettavuutta (Burns & Grove 2005). Dokumenttiaineiston avulla voidaan hyvin kuvata ilmiöön liittyvää todellisuutta objektiivisesti, mutta riskinä on, että aineiston näkökulma saattaa jäädä yksipuoliseksi (Anttila 1996). Dokumenttiaineistosta saatua tietoa täydennetään usein esimerkiksi haastattelu- tai kyselyaineistolla, mistä voisi olla hyötyä tämänkin tutkimuksen tulosten kattavuuden luotettavuuden parantamiseksi (ks. Bowen 2009). Kvalitatiivista tutkimusasetelmaa ja sisältölähtöistä lähestymistapaa käyttäen voisi myös saavuttaa monipuolisempaa tietoa tästä vähän tutkitusta ilmiöstä (Grove ym. 2013).

Tutkimuksessa ei ollut mahdollista käyttää valmista mittaria. Mittausvälineeksi voidaan lukea tätä tutkimusta varten laadittu havaintorunko, jonka rakenteen deduktiivisena pohjana on tutkittuun tietoon perustuva FinCC-luokituskokonaisuus (ks. Liljamo ym. 2012). Havaintorungossa käytetyt käsitteet ja muuttujat nousivat suoraan FinCC-luokituskokonaisuudesta, mikä lisäsi mittausvälineen rakennevaliditeettia (ks. Burns & Grove 2005). Analyysin luotettavuuden ja johdonmukaisuuden lisäämiseksi FinCC-luokituskokonaisuuden alaluokat jätettiin havaintorungosta pois, vaikka deduktiivisten luokkien vähentäminen on voinut johtaa tiedon pelkistymiseen (Grove ym. 2013). Alaluokkien myötä tieto olisi tullut pirstaleisemmaksi ja tulkintaerot olisivat todennäköisesti lisääntyneet, koska alkuperäinen aineisto ei noudattanut rakenteisen kirjaamisen struktuuria.

Mittarin reliabiliteettia pyrittiin vahvistamaan siten, että mittari esitettiin 20:n satunnaisesti aineistosta valitun hoito- ja palvelusuunnitelman analyysin avulla (ks. Burns & Grove 2005.). Kirjausten kohdentamisen yhdenmukaisuutta todennettiin kirjoittamalla muistiinpanoja prosessista. Tämä oli tarpeellista, sillä komponenttien ja pääluokkien sisällön määrittelyt olivat FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöoppaassa osin suppeat tai tulkinnanvaraiset. Kirjallisia dokumentteja analysoitaessa tutkija saattaa myös tulkita sisällön eri tavalla kuin tekstin kirjoittaja on sen alun perin tarkoittanut (Rapley 2007, Corbin & Strauss 2008). Esitestauksen aikana todetut epäselvyydet sekä tehdyt valinnat käytiin läpi tutkimusryhmässä ja samalla arvioitiin havaintorungon toimivuutta ja johdonmukaisuutta. Arvion perusteella havaintorunkoon tehtiin pieniä muutoksia, mikä paransi mittausvälineen sisältö- ja näennäisvaliditeettia. Tämä oli tärkeää, sillä laadittua havaintorunkoa on tarkoitus käyttää myös tutkimushankkeen edetessä jatkoanalyyseissä. Havaintorungon laatimisessa mukana oleminen vahvisti myös tutkijan omaa ymmärrystä mittausvälineestä ja sen käytöstä ilman tulkintavirheitä. (ks. Burns & Grove 2005.)

Analyysiprosessi on raportoitu mahdollisimman tarkasti esimerkkejä ja suoria lainauksia esittäen, jotta aineiston ja tulosten välinen yhteys todennettavissa (Elo & Kyngäs 2008).

Tutkimuksen sisäistä validiteettia ja tulosten luotettavuutta pyrittiin parantamaan tutkimusasetelman huolellisella suunnittelulla. Tutkimuksen mielenkiinnonkohteena ei ollut selvittää hoitohenkilöstön tai kotihoidon asiakkaiden taustatietojen yhteyttä hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöön. Nämä tekijät ovat kuitenkin voineet vaikuttaa tuloksiin sekoittavina tekijöinä. Uhkaksi voidaan nähdä myös se, että hoito- ja palvelusuunnitelmat kerättiin harkinnanvaraisena näytteenä. Satunnaistettua otantaa käyttämällä olisi voitu saavuttaa monipuolisempi ja kattavampi aineisto. (ks. Burns & Grove 2005, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Käytetyllä menettelyllä tavoiteltiin sitä, että aineiston kerääminen onnistuisi mahdollisimman anonyymisti ilman asiakasrekisteristä laadittavia osallistujalistoja niin, että jokainen työntekijä valitsisi itse kirjaamansa hoito- ja palvelusuunnitelmat mukaan tutkimukseen ja päivittäisi ne koulutusintervention aikana. Tutkimustulosten ulkoista validiteettia voi heikentää mahdollinen hoito- ja palvelusuunnitelmien valikoituminen, sillä kotihoidon työntekijät ovat voineet valikoida esimerkiksi itsearvioituna sisällöltään kattavimmat tai puutteellisimmat hoito- ja palvelusuunnitelmat mukaan tutkimukseen. Tuloksia ei näin ollen voida yleistää koko perusjoukkoon. (ks. Burns & Grove 2005.) Kotihoidon työntekijöitä pyydettiin kuitenkin raportoimaan hoito- ja palvelusuunnitelmien valintaan vaikuttaneita syitä, joiden monipuolisuuden perusteella voidaan olettaa, että hoito- ja palvelusuunnitelmatkin ovat monipuolisia ja erilaisia.

Myös tutkimuksen perusjoukon (N=168) ja otoksen (n=71) koon perusteella voidaan arvioida, että otokseen on valikoitunut erilaisia hoito- ja palvelusuunnitelmia. Lisäksi tutkimuksessa saavutettiin lähes tavoiteltu otoskoko, vaikka osa hoito- ja palvelusuunnitelmista jouduttiin hylkäämään päällekkäisyyden vuoksi ja kaikista kotihoidon työntekijöistä (N=80) vain 60 prosenttia osallistui luentopäiviin, mikä osaltaan pienensi aineiston määrää. Henkilöstön äkilliset sairastumiset ja muut poissaolot ovat voineet aiheuttaa esteitä koko henkilöstölle tarkoitettuihin luentopäiviin osallistumiselle. Tulostusongelmien vuoksi työntekijät olivat lainanneet hoito- ja palvelusuunnitelmia toisilta työntekijöiltä tai pyytäneet esimiestään tulostamaan heille satunnaisesti jonkun asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman. Todennäköisesti tästä syystä joistain hoito- ja palvelusuunnitelmista oli tuotu päällekkäiset kappaleet. Luentopäiviin osallistuneista kotihoidon työntekijöistä (n=48) vain yksi jätti osallistumatta tutkimukseen eli katoprosentti jäi pieneksi (2,1 %), joten voidaan olettaa, että tiedonantajien informointi on toteutunut hyvin.

Toisaalta voidaan miettiä, olivatko kotihoidon esimiehelle annetut ohjeet riittävän yksiselitteiset ja olisiko tutkijoiden pitänyt itse huolehtia tiedonantajien rekrytoinnista ennen luentopäivään saapumista, jotta olisi voitu varmistaa se, että työntekijät tulostivat itsekirjaamansa hoito- ja palvelusuunnitelmat ja päällekkäisyyksiltä olisi välttytty.

#### 6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisällöissä on kehitettävää usealla osa-alueella. Kirjaamisen sisällöt ovat vaihtelevia, ne eivät kata kokonaisvaltaisesti kaikkia keskeisiä FinCC-luokituskokonaisuudessa määriteltyjä osa-alueita ja ne painottuvat tarpeiden arvioinnin sijaan suunniteltuihin toimintoihin. Lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmat kirjataan vapaassa muodossa ilman sisältöä ohjaavaa rakennetta. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin on kuitenkin kirjattu paljon asiakkaan voimavaroista ja kotihoidon erityispiirteistä, mikä täydentää hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöä. Vakiinnuttamalla luokituskokonaisuuteen perustuva rakenteinen kirjaaminen osaksi hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamiskäytäntöjä, voidaan lisätä hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöjen kattavuutta ja yhdenmukaisuutta. Se edellyttää rakenteisen kirjaamisen perustana käytettävän luokituskokonaisuuden, kuten FinCC-luokituskokonaisuuden sovellettavuuden tarkastelua ja kehittämistä. Luokituskokonaisuuden tulee mahdollistaa sekä iäkkään asiakkaan yksilöllisten lähtökohtien ja voimavarojen että kotihoidon erityispiirteiden huomioiminen hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa. Se on edellytys sisällöltään kattavalle ja kokonaisvaltaiselle hoito- ja palvelusuunnitelmalle sekä iäkkään asiakkaan laadukkaalle kotihoidolle. Tutkimus tuotti uutta tietoa ja vahvisti osin jo aikaisemmin tutkittua tietoa iäkkäiden asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisällöistä kotihoidossa. Tuotetun tiedon perusteella voidaan kehittää iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamista ja siihen liittyvää koulutusta. Tästä tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnetään interventiotutkimuksen seuraavassa vaiheessa.

Jatkotutkimusehdotukset:

- Tutkimustulosten hyödyntäminen osana kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen kehittämiseen kohdistuvaa interventiotutkimusta ja jatkossa mahdollisesti tutkimuksen uusiminen kontrolliryhmän kanssa: koulutusintervention yhteys hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältöihin?

- Tutkimuksen uusiminen kvalitatiivista tutkimusasetelmaa käyttämällä ja tarkastelemalla kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöjä aineistolähtöisesti: mitkä ovat juuri kotihoidon kontekstissa tapahtuvan kirjaamisen sisällön erityispiirteet?
- Tutkimuksen uusiminen kotihoidon yksikössä, jossa hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaaminen noudattaa FinCC-luokituskokonaisuuden rakennetta: ovatko erilaiset kirjaamiskäytännöt yhteydessä hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöihin?
- Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöihin mahdollisesti yhteydessä olevien taustatekijöiden selvittäminen: esimerkiksi, minkälaista on henkilöstön kirjaamiseen liittyvä osaaminen ja onko sillä yhteyttä hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöihin?
- Hoitotyön päivittäisten kirjausten sisältöjen tutkiminen suhteessa hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöihin kotihoidossa: ohjaako hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö päivittäisten kirjausten sisältöjä?

## LÄHTEET

\* merkityt ovat systemaattisiin kirjallisuushakuihin kuuluvat tutkimusartikkelit

Amberla S. 2008. Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. Teoksessa Saranto K, Ensio A, Tantt K & Sonninen AL. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki, 33 – 47.

Anttila P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Taito-, taide ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. 2. painos. Akatiimi Oy, Helsinki.

Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999.

Autti-Rämö I & Grahn R. 2007. Kirjallisuushaku. Teoksessa Mäkelä M, Kaila M, Lampe K & Teikari M. (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 46 – 62.

Bowen GA. 2009. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal* 9 (2), 27 – 40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027> Luettu 8.5.2018.

Burns N & Grove SK. 2005. *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*. 5. painos. Elsevier, Saunders.

Bökberg C, Ahlström G, Leino-Kilpi H, Soto-Martin ME, Cabrera E, Verbeek H, Saks K, Stephan A, Sutcliffe C & Karlsson S. 2015. Care and service at home for persons with dementia in Europe. *Journal of Nursing Scholarship* 47 (5), 407 – 416. <https://doi.org/10.1111/jnu.12158> Luettu 21.1.2018.

Carnwell R & Daly W. 2001. Strategies for the construction of a critical review of the literature. *Nurse Education in Practice* 1, 57 – 63. <https://doi.org/10.1054/nepr.2001.0008> Luettu 18.1.2018.

Centre for reviews and dissemination. 2009. *Systematic reviews – CDR's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York. [https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic\\_Reviews.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf) Luettu 18.1.2018.

Charalambous L & Goldberg S. 2016. 'Gaps, mishaps and overlaps'. *Nursing documentation: how does it affect care?* *Journal of Research in Nursing* 21(8), 638 – 648. <https://doi.org/10.1177/1744987116678900> Luettu 9.10.2017.

Corbin J & Strauss A. 2008. *Basics of qualitative research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 3. painos. Sage, Los Angeles.

\*Dykes PC, Samal L, Donahue M, Greenberg JO, Hurley AC, Hasan O, O'Malley TA, Venkatesh AK, Volk LA & Bates DW. 2014. A patient-centered longitudinal care plan: Vision versus reality. *Journal of the American Medical Informatics Association* 21 (6), 1082 - 1090. <https://doi:10.1136/amiajnl-2013-002454> Luettu 18.1.2018.

Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107 – 115. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x> Luettu 9.10.2017.

Eloranta S, Arve S, Isoaho H, Welch A, Viitanen M, Routasalo P. 2010. Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers. *Journal of Clinical Nursing* 19 (5-6), 847 – 855. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1111/j.1365-2702.2009.02994.x> Luettu 5.9.2018.

Ensio A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen = Modelling of nursing interventions. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Erhola K, Alastalo H & Kehusmaa S. 2017. Muistisairaana kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Tutkimuksesta tiiviisti 29, lokakuu 2017. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-924-8> Luettu 6.10.2017.

ETENE. 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-924-8> Luettu 29.9.2017.

ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveystieteiden eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. 2. painos. ETENE-julkaisuja, Vantaa.

Eurostat. 2017. Population structure and ageing. Statistics explained. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing) Luettu 25.9.2017.

Grant M J & Booth A. 2009. A typology of reviews: an analysis of review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal* 26, 91 – 108.

Grove SK, Burns N & Gray JR. 2013. The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7. painos. Elsevier, Saunders.

Hammar T, Perälä ML & Rissanen P. Clients' and workers' perceptions on clients' functional ability and need for help: home care in municipalities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23 (1), 21 – 32. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1111/j.1471-6712.2007.00582.x> Luettu 4.9.2018.

Helsingin julistus. 2013. Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/> Luettu 12.9.2017.

Henkilötietolaki 523/1999.

Holland K & Watson R. 2012. Writing for publication in nursing and healthcare. Getting it right. Wiley-Blackwell, West-Sussex.

Ikonen E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uudistettu painos. Edita, Helsinki.

InCites Journal Citation Reports JCR-tietokanta. Luettu 21.1.2018.

Janlöv AC, Rahm Hallberg I & Petersson K. 2011. Care managers' view of family influence on needs assessment of older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2), 243 – 252. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00818.x. Luettu 19.9.2018.

Janssen B, Regenmortel T & Abma T. 2014. Balancing risk prevention and health promotion: towards a harmonizing approach in care for older people in the community. *Health Care Analysis* 22(1), 82 – 102. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1007/s10728-011-0200-1> Luettu 10.9.2018.

Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri RL (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A, tutkimuksia ja raportteja. Turun yliopisto.

Julkaisufoorumi. 2018. Julkaisukanavahaku. <https://www.tsv.fi/julkaisufoorumi/haku.php> Luettu 21.1.2018.

\*Kang MJ, Kim SL, Lee JE, Jung CY & Kim S. 2015. Appropriateness of ICNP in Korean home care nursing. *International Journal of Medical Informatics* 84 (9), 667 – 674. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.03.009> Luettu 19.1.2018.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Kansallinen Terveysarkisto. 2017. Kanta. <http://www.kanta.fi> Luettu 25.9.2017.

Kinnunen U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1209-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-1209-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf) Luettu 1.6.2018.

Kinnunen U-M, Junttila K, Liljamo P, Sonninen A-L, Härkönen M & Ensio A. 2014. FinCC and the national documentation model in EHR – User feedback and development suggestions. *Nursing Informatics*. 201, 196 – 202. <https://doi:10.3233/978-1-61499-415-2-196> Luettu 9.5.2018.

\*Kim HJ, Kim SJ, Kim MS, Choi JE & Chang SO. 2017. Guide map for preserving remaining ability of nursing home residents with physical-cognitive functional decline. *Journal of Continuing Education in Nursing* 48 (2), 73 - 80. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170119-08> Luettu 19.1.2018.

Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M & Kanste O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138 – 148.

Kääriäinen M & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37 – 45.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvluista 980/2012.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015).

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Laki työntekijän eläkelain muuttamisesta 794/2012.

Liljamo P, Kinnunen U-M & Ensio A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet sarja 2/2012. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5> Luettu 31.8.2017.

Low LL, Vasanwala FF, Ng LB, Chen C, Lee KH & Tan SY. 2015. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. BMC Health Services Research 100 (15). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0750-2> Luettu 18.1.2018.

\*Mariani E, Chattat R, Vernooij-Dassen M, Koopmans R & Engels Y. 2017. Care plan improvement in nursing homes: An integrative review. Journal of Alzheimer's Disease 55 (4), 1621 - 1638. <https://doi.org/10.3233/JAD-160559>. Luettu 19.1.2018.

May T. 2011. Social research: Issues, methods and process. 4. painos. McGraw-Hill Education, ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.uef.fi:2443/lib/uef-ebooks/detail.action?docID=729519> Luettu 24.5.2018.

Metsämuuronen J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: tutkijalaitos. 4. korjattu laitos. International Methelp 2006, Helsinki.

Monsen KA, Foster DL, Gomez T, Poulsen JK, Mast J, Westra BL, Fishman E. 2011. Evidence-based standardized care plans for use internationally to improve home care practice and population health. Applied Clinical Informatics 2 (3), 373 - 383. <https://doi.org/10.4338/ACI-2011-03-RA-0023> Luettu 20.1.2018.

Mykkänen M, Miettinen M & Saranto K. 2018. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi – näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämialueista. Hoitotiede 30 (3), 203 – 213.

Noro A, Alastalo H, Finne-Soveri H & Mäkelä M. 2015 Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 –Vanhuspalvelulain toimeenpanoin seuranta-tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 2, helmikuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-440-3> Luettu 18.9.2017.

Parsons J & Parsons M. 2012. The effect of a designated tool on person-centred goal identification and service planning among older people receiving home care in New Zealand. Health & Social Care in the Community 20 (6), 653 – 662. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01081.x Luettu 6.9.2018.

Patiraki E, Katsaragakis S, Drelioni A & Prezerakos P. 2017. Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. International Journal



of Nursing Knowledge 28 (2), 88 – 93. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12120> Luettu 11.7.2018.

Polit DF & Beck CT. 2014. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. 8. painos. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Päivärinta E & Haverinen R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Stakes. Helsinki. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193740> Luettu 2.10.2017.

Pölkki T, Kanste O, Elo S, Kääriäinen M & Kyngäs H. 2012. Järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: Katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin. Hoitotiede 24(4), 335–348.

Pölkki T & Paavilainen E. 2015. Miten valita sopiva julkaisufoorumi tutkimustuloksille? Tutkiva Hoitotyö 13 (3), 3.

Rapley T. 2007. Doing conversation, discourse and document analysis. Sage Publications, London.

Rötsä M, Berglind H, Huovila M, Hyppönen K, Peksiöv T & Mykkänen J. 2016. Sosiaalihuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden ja määrämuotoisen kirjaamisen toimeenpanohanke (Kansa-hanke). Hankesuunnitelma vuosille 2016 - 2020. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 10/2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-660-5> Luettu 15.6.2018.

Saba VK. 2017. Clinical Care Classification (CCC) System. <https://www.sabacare.com> Luettu 5.9.2017.

Saranto K. 2008. Tiedon muodostuminen hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto K, Ensio A, Tantt K & Sonninen AL. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki, 18 – 32.

Saranto K & Kinnunen U-M. 2009. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced Nursing 65 (3), 464 – 476. <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.uef.fi:2048/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x/epdf> Luettu 11.10.2017.

Saranto K, Kinnunen U-M, Kivekäs E, Lappalainen A-M, Liljamo P, Rajalahti P & Hyppönen H. 2014. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. Scandinavian Journal of Caring Sciences 28, 629 – 647. <https://doi:10.1111/scs.12094> Luettu 11.10.2017.

Saranto K & Sonninen AL. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto K, Ensio A, Tantt K & Sonninen AL. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki, 12 – 16.

Sockolow PS, Bowles KH, Adelsberger MC, Chittams JL & Liao C. 2014. Challenges and facilitators to adoption of a point-of-care electronic health record in home care. Home Health Care Services Quarterly 33(1), 14 - 35. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1080/01621424.2013.870098> Luettu 20.1.2018.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001.

Sote- ja maakuntauudistus. 2017. <http://alueuudistus.fi> Luettu 4.9.2017.

STM 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön - strategia 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8> Luettu 2.10.2017.

STM. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste 2012-2015), ulkoinen arviointi – loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:16. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3800-7> Luettu 2.10.2017.

STM. 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8> Luettu 19.9.2017.

STM. 2017b. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O) 2016-2018. Hallituksen kärkihanke. <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito> Luettu 25.9.2017.

STM. 2017c. Kotihoito ja kotipalvelut. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut> Luettu 13.9.2017.

STM. 2017d. Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. <http://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoido> Luettu 13.9.2017.

Suomen Akatemia. 2003. Nursing and caring sciences. Evaluation report. Publications of the Academy of Finland 12/03. [http://www.aka.fi/globalassets/awanhat/documents/tiedostot/julkaisut/12\\_03-hoitotieteen-arviointi.pdf](http://www.aka.fi/globalassets/awanhat/documents/tiedostot/julkaisut/12_03-hoitotieteen-arviointi.pdf) Luettu 25.9.2017.

Suomen Akatemia. 2012. Tieteen tila 2012. Suomen Akatemian julkaisuja 6/12. <http://www.aka.fi/globalassets/awanhat/documents/tieteentila2012/tieteentila2012.pdf> Luettu 25.9.2017.

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) Luettu 12.9.2017.  
Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

THL. 2014. Rakenteinen tieto sosiaali- ja terveysalalla. Tiedon ja vaatimusten yhdenmukaistaminen. Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla. <https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedon-ja-vaatimusten-yhdenmukaistaminen/rakenteinen-tieto-sosiaali-ja-terveydenhuollossa> Luettu 25.9.2017.

THL. 2017a. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Tilastoraportti 19/2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201706026978> Luettu 13.9.2017.

THL. 2018. Sosiaalihuollon tiedonhallinta. Tietojärjestelmäpalvelut. Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmalvelut/sosiaalihuollon-tiedonhallinta> Luettu 15.6.2018.

Thomé B, Dykes A-K & Hallberg IR. 2003. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* (12), 860 - 872.

Tilastokeskus. 2016a. Väestö. [http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html#](http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#) Luettu 28.9.2017.

Tilastokeskus. 2016b. Syntyneet. <http://www.stat.fi/til/synt/index.html> Luettu 28.9.2017.

Tolonen J & Värri A. 2017. Survey of health informatics education in Finland in 2017. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 9 (2–3), 217 – 231. <https://doi.org/10.23996/fjhw.60999> Luettu 9.10.2017.

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

Turjamaa R. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1616-7> Luettu 5.9.2017.

Turjamaa R, Hartikainen S, Kangasniemi M & Pietilä A-M. 2014. Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *Journal of Clinical Nursing* 23(21 - 22), 3206 – 3217. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1111/jocn.12569> Luettu 19.9.2018.

\*Turjamaa R, Hartikainen S, Kangasniemi M & Pietilä A-M. 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. <https://doi.org/10.1111/scs.12165> Luettu 20.1.2018.

Turjamaa R, Hartikainen P & Pietilä A-M. 2011. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat – systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 9 (4), 4 – 13.

Turjamaa R, Hartikainen P & Pietilä A-M. 2013. Forgotten resources of older home care clients: focus group study in Finland. *Nursing & Health Sciences* 15 (3), 333 – 339. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1111/nhs.12037> Luettu 11.5.2018.

Valvira. 2017. Potilasasiakirjat. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/potilasasiakirjat> Luettu 9.10.2017.

Van Eenoo L, van Der Roest H, Onder G, Finne-Soveri H, Garms-Homolova V, Jonsson PV, Draisma S, van Hout H & Declercq A. 2018. Organizational home care models across Europe: a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 77, 39 – 45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.013> Luettu 19.9.2018.

Virkkunen H, Mäkelä-Bengs P & Vuokko R. 2015. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, versio 2015. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-479-3> Luettu 9.10.2017.

Wang N, Hailey D. & Yu P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 67(9), 1858 – 1875. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x> Luettu 12.7.2018.

Wang N, Yu P & Hailey D. 2013. Description and comparison of documentation of nursing assessment between paper-based and electronic systems in Australian aged care homes. *International Journal of Medical Informatics* 82 (9), 789 – 797. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.05.002> Luettu 20.1.2018.

\*Wang N, Yu P & Hailey D. 2015. The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: a documentation audit study. *International Journal of Medical Informatics* 84 (8), 561 – 569. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.04.004> Luettu 19.1.2018.

Westra BL, Subramanian A, Hart CM, Matney SA, Wilson PS, Huff SM, Huber DL & Delaney CW. 2010. Achieving "meaningful use" of electronic health records through the integration of the Nursing Management Minimum Data Set. *The Journal of Nursing Administration* 40 (7-8), 336 - 343. <https://doi:10.1097/NNA.0b013e3181e93994>. Luettu 11.7.2018.

WHO 2012. Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012. World Health Organization. Geneva, Switzerland. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf) Luettu 21.1.2018.

Värri A, Blake R, Roberts J, Fenton S, Cleary M, Zacks S, Datta G, Kaye R, Parker J, Nguyen C, Dougherty M, Barry N & Cunningham F. 2016. Transatlantic collection of health informatics competencies. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 8 (2-3), 127 - 136. <https://journal.fi/finjehew/article/view/58108> Luettu 9.10.2017

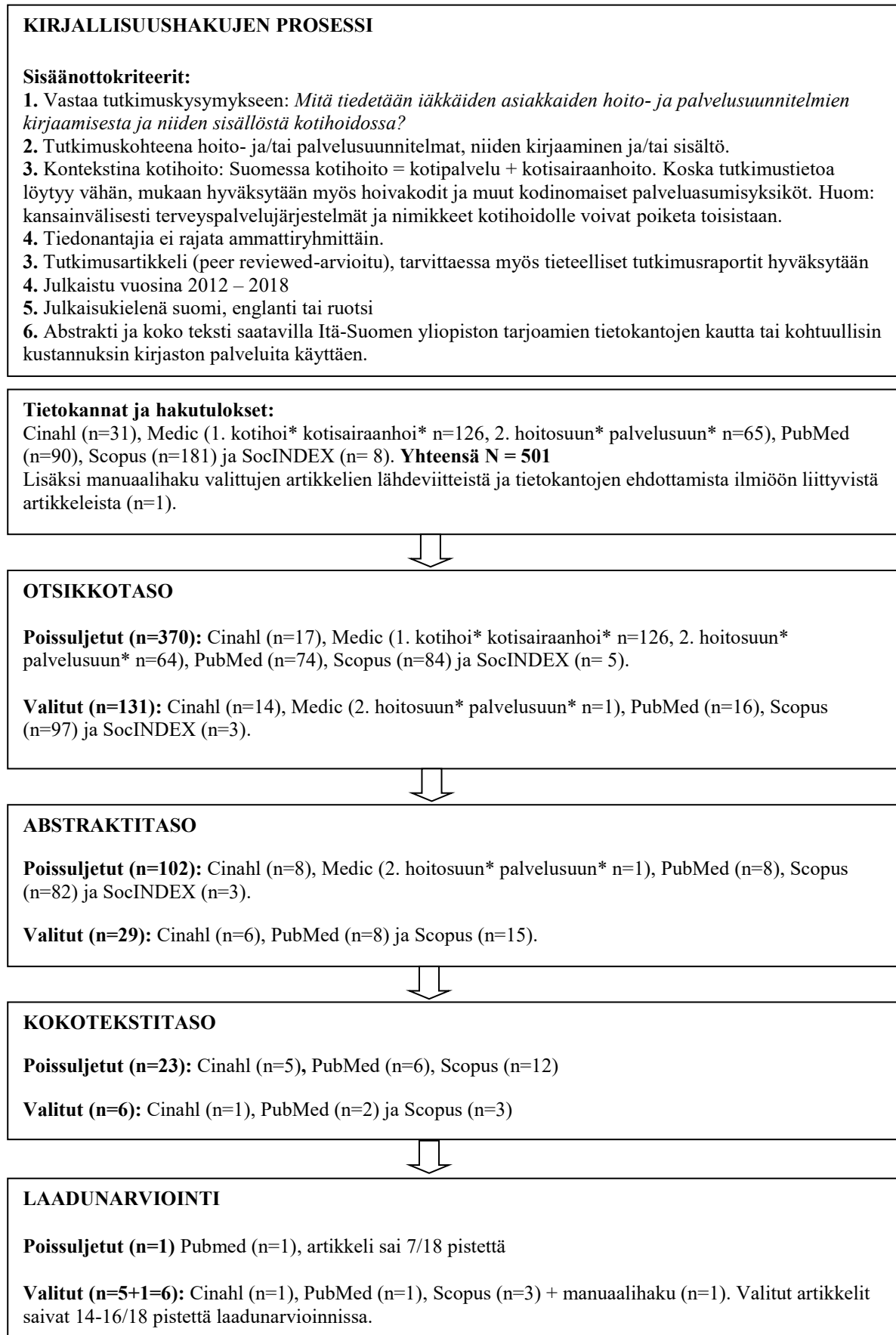
Liite 1. Tietokantakohtaiset hakulausekkeet (1/2).

Liitetaulukko 1. Tietokantahaut ja hakulausekkeet.

Tietokanta ja haku-päivämäärä	Hakulauseke	Rajaukset	Hakutulos (artikkelia)	Valittujen artikkelien määrä
CINAHL 20.1.18	("home health car*" OR "home care*" OR "home health nurs*" OR "home nurs*") AND (document* OR record* OR "nursing record*" OR "nursing document*" OR "electronic health record*") AND ("patient care plan*" OR "nursing care plan*" OR "care plan*" OR "service plan*")	Peer Reviewed Published Date from: 20120101-20181231 Research article	31	otsikon perusteella 14, a abstraktin perusteella 6, koko tekstin perusteella 1 ja laadun arvioinnin perusteella 1
Medic 15.1.18	1. kotihoi* kotisai- raanhoi* 2. hoitosuun* palvelu- suun*	vuosiväli 2012 – 2018  vuosiväli 2012 - 2018	126  65	otsikon perusteella 0  otsikon perusteella 1, abstrak- tin perusteella 0
Pubmed 15.1.18	("home health care" OR "home health nursing" OR "home care" OR "home care nursing" OR "home nursing" OR "home care services") AND ("care planning" OR "service planning" OR "care plan" OR "service plan" OR "care plans" OR "service plans" OR "patient care plan" OR "patient care plans" OR "nursing care plan" OR "nursing care plans") AND (document* OR record* OR "nursing documentation" OR "nursing record" OR "nursing records" OR "electronic health record" OR "electronic health records")	published in the last 10 years, sort by most recent	90	otsikon perusteella 16, abstrak- tin perusteella 8, koko tekstin perusteella 2 ja laadun arvioinnin perusteella 1
Scopus 8.1.18	("home health care" OR "home health nursing" OR "home health services" OR "home care") AND (documentation* OR record*) AND ("care plan*" OR "service plan*")	published 2012 – 2018, title, abstract, keywords, language: english, document type: article, ar- ticle in press	181	otsikon perusteella 97, abstrak- tin perusteella 15, koko tekstin perusteella 3 ja laadun arvioinnin perusteella 3

Liite 1. Tietokantakohtaiset hakulausekkeet (2/2).

Socindex 20.1.18	( "home health car*" OR "home care*" OR "home health nurs*" OR "home nurs*" ) AND ( document* OR record* OR "nursing record*" OR "nursing document*" OR "electronic health record*" ) AND ( "patient care plan*" OR "nursing care plan*" OR "care plan*" OR "service plan*" )	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Date of Publication: 20120101-20181231	8	otsikon perusteella 3, abstraktin perusteella 0
YHTEENSÄ			501	5



Liitekuvio 1. Toteutunut systemaattisten kirjallisuushakujen prosessi.

Liitetaulukko 2. Tutkimusartikkelien laadun arviointiin käytetty kriteeristö

<p><b>TUTKIMUSTEN LAADUN ARVIOINTI TURJAMAAN YM. (2011) KRITEREILLÄ:</b></p> <p><b>Pisteytys (0-18 pistettä): Kyllä = 1 p., Ei = 0 p.</b></p>
<p><b>TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tutkittava ilmiö on selkeästi määritelty.</li> <li>2. Tutkimuksen aihe on perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti.</li> <li>3. Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät on määritelty selkeästi.</li> </ol>
<p><b>AINEISTO JA MENETELMÄT</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Aineiston keruumenetelmät ja – konteksti on perusteltu ja kuvattu yksityiskohtaisesti.</li> <li>5. Aineiston keruumenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille.</li> <li>6. Aineistonkeruu on kuvattu.</li> <li>7. Aineisto on kerätty henkilöiltä, joilla on tietoa tutkittavasta ilmiöstä.</li> <li>8. Aineiston sisällön riittävyttä on arvioitu (saturaatio).</li> <li>9. Aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet on kuvattu.</li> <li>10. Analyysimenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.</li> </ol>
<p><b>TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Tutkija on nimennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta.</li> <li>12. Tutkimuksessa on käytetty aineiston tai menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta.</li> <li>13. Tutkija on pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä.</li> <li>14. Tutkimukseen osallistuneet ovat arvioineet tutkimustuloksia ja vahvistaneet tulosten vastaavuuden kokemuksiinsa; tai lukija voi tunnistaa ja ymmärtää tulokset.</li> <li>15. Tutkija on pitänyt päiväkirjaa tai kirjoittanut muistiinpanoja tutkimuksen kulusta.</li> </ol>
<p><b>TULOKSET JA PÄÄTELMÄT</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Tuloksilla on uutuusarvoa ja merkitystä hoitotyön kehittämisessä.</li> <li>17. Tulokset on esitetty selkeästi, loogisesti ja rikkaasti, ja niiden antia on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin.</li> <li>18. Tutkimuksen päätelmät perustuvat tuloksiin ja ne ovat hyödynnettävissä.</li> </ol>



Liitetaulukko 3. Systemaattisten kirjallisuushakujen avulla kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisesta kotihoidossa.

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistonkeruu ja kohderyhmä	Keskeiset tulokset	Laatu/Turjamaa ym.
Dykes ym. 2014 Yhdysvallat	Arvioida kirjaamisen, kommunikoinnin ja hoitosuunnitelmien yhteiskäytön nykytilaa eri hoitotyön konteksteissa (kuten kotihoidossa) ja niiden välillä kaudella maantieteellisellä alueella Yhdysvalloissa.	Kyselylomake, ryhmähaastattelut.  Hoitotyöntekijät (n=22) ensiavusta, akuuttisairaanhoidosta ja kotihoidosta.	Eri kontekstien ja yksiköiden kesken ei ole käytössä yhteismuotoista hoitosuunnitelmaa. Sen sijaan useita erityyppisiä hoitosuunnitelmia, jotka eivät ole jaettavissa tai hyödynnettävissä yksiköiden välillä, millä on vaikutusta kommunikointiin ja hoidon koordinointiin.	15/18
Kang ym. 2015 Etelä-Korea	Selvittää ICNP (International Classification for Nursing Practice) -standardoidun terminologian sopivuutta hoitotyön kirjaamiseen kotihoidon kontekstissa Koreassa.	Dokumenttianalyysi. (Vapaan tekstin luokittelu ICNP-luokituksen mukaisesti)  Yhden sairaalajohtoisien kotihoitokeskuksen asiakkaiden (n=2100) kotikäynteihin (n=8540) liittyvät hoitotyön kirjaukset/ hoitosuunnitelmat (n=41158) sähköisestä potilastieto-järjestelmästä.	ICPN ei ole nykymuodossaan käyttökelpoinen kotihoidon kontekstissa. Sen rakennetta pitää parantaa ja siihen on tarpeen lisätä kotihoidon kontekstille tyypillisiä käsitteitä/luokkia niin tarve- kuin toimintoluokituksiin, jotta kirjaaminen voidaan toteuttaa kattavammin. Lisäksi on kehitettävä keinoja kartoittamisen aikana tapahtuvan tiedon hävikin estämiselle.	14/18
Kim ym. 2017 Etelä-Korea	Kehittää hoitokodeissa työskenteleville uusille hoitajille opas hoitosuunnitelman kirjaamista varten asiakkaiden toimintakyvyn arvioimiseksi, jäljellä olevien voimavarojen ylläpitämiseksi ja hoidon laadun parantamiseksi.	Dokumenttianalyysi, haastattelut ja kirjallisuuskatsaus.  Kolmen suuren hoitokodin yli 65-vuotiaiden asiakkaiden (n=144) hoitosuunnitelmat, kokeneiden sairaanhoitajien (n=19) haastattelut.	Hoitosuunnitelmiin oli kirjattu yhteensä 263 hoitotyön diagnoosia, jotka jaettiin fyysisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin ja niiden välillä havaittiin useita yhteyksiä. Käytännön opas laadittiin perustuen hoitotiedoista esille nousseen hoitotyön prosessiin, hoitotyön diagnoosien välisiin yhteyksiin ja kirjallisuuskatsaukseen. Opas auttaa hoitajia kliinisessä päätöksenteossa, millä on vaikutusta hoitosuunnitelmien laadulle ja kattavammalle hoitotyön kirjaamiselle sekä hoitotyön laadulle.	16/18



*Iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältö kotihoidossa -tutkimus*

**KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄÄ KOSKEVAT TAUSTATIEDOT**

1. Sukupuoli: \_\_\_\_\_

2. Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta

3. Ylin / viimeisin tutkinto: \_\_\_\_\_

4. Nykyinen työtehtävä/ toimi: \_\_\_\_\_

5. Hoitotyön työkokemus (yhteensä): \_\_\_\_\_ vuotta

6. Työkokemus nykyisessä tehtävässä: \_\_\_\_\_ vuotta

*Iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältö kotihoidossa -tutkimus*

**ASIAKASTA SEKÄ HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMAA KOSKEVAT TAUSTA-  
TIEDOT**

1. Sukupuoli: \_\_\_\_\_

2. Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta

3. Hoitojakson syy: \_\_\_\_\_

4. Hoitojakson alkamisaika: \_\_\_\_\_ (kk/vuosi)

5. Kotihoidon käyntien määrä: \_\_\_\_\_ (käyntikerrat/vko)

6. Olen kirjannut tämän hoito- ja palvelusuunnitelman (merkkää rastilla): \_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_ en

Jos vastasit ”en”, ilmoita kirjaajan tehtävänimike (ei nimeä!): \_\_\_\_\_

7. Miksi valitsit juuri tämän hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan tutkimukseen:

---

---

---

---

---

---

---

---

## TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

### Hyvä kotihoidon työntekijä

Pyydämme Sinua osallistumaan Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushankkeeseen kuuluvaan tutkimukseen ”*Iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältö kotihoidossa*”. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöä kotihoidossa. Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan käyttää hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sekä siihen liittyvän koulutuksen kehittämisessä.

### Tutkimuksen kulku

- Mikäli osallistut tutkimukseen, osallistumisesi tapahtuu työnantajasi antamalla luvalla tämän koulutuspäivän aikana.
- Tutkimusaineistoksi kerätään iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä taustatietolomakkeet.
- Valitse oman harkintasi mukaan *kahden* asiakkaasi hoito- ja palvelusuunnitelmat, jotka olet itse kirjannut tai päivittänyt.
- Täytä ja liitä hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaan
  1. asiakasta ja hänen hoito- ja palvelusuunnitelmaansa koskeva taustatietolomake (yhteensä 2 kappaletta eli molemmille hoito- ja palvelusuunnitelmille omansa) ja
  2. hoitotyöntekijän eli sinun taustatietojasi koskeva taustatietolomake (1 kappale).
- Peitä tai poista tulostamistasi hoito- ja palvelusuunnitelmista kaikki henkilö- ym. identifointitiedot ennen tutkijalle luovuttamista.

### Vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus ja tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja sinua pyydetään allekirjoittamaan kirjallinen suostumus osallistumisestasi. Asiakkailta ei kerätä erikseen suostumuslomakkeita. Tutkimushankkeelle on organisaationne lupa sekä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunnan puoltava lausunto. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista sekä taustatietolomakkeista kerätyt tiedot tulevat vain tutkijoiden ja tutkimushankkeen käyttöön. Aineisto käsitellään sekä säilytetään luottamuksellisesti, eikä sitä luovuteta ulkopuolisille tahoille. Tutkimuksen tulokset raportoidaan siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä osallistujaa. Tutkimustulokset julkaistaan TtM-opiskelija Jonna Puustisen Pro gradu-tutkielmassa Itä-Suomen yliopiston UEF Electronic Publications-sivustolla ja lisäksi mahdollisesti siihen liittyvissä tieteellisissä artikkeleissa ja esityksissä.

Kiitos kiinnostuksestasi, annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksesta!

Jonna Puustinen  
TtM-opiskelija  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
puh. xxxxxxxxxxxx  
sähköposti: xxx

ohjaajat:

Mari Kangasniemi  
Yliopistonlehtori, dosentti, TtT  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
PL 1627  
70211 Kuopio

Riitta Turjamaa  
Lehtori, TtT, postdoc-tutkija  
Savonia AMK, Terveysala  
PL 6  
70201 Kuopio

## KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Minä \_\_\_\_\_ osallistun Itä-Suomen yliopiston tutkimushankkeeseen kuuluvaan tutkimukseen ”*Iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältö kotihoidossa*”.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen, ja saanut lisäksi suullisen informaation tiedotteen sisällöstä. Olen saanut riittävät tiedot tutkimuksen tarkoituksesta, toteutuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani. Minulla on ollut tarpeeksi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen. Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Tiedän, että antamani tutkimustietoja käsitellään luottamuksellisesti, eikä niistä voi tunnistaa henkilöllisyyttäni. Voin keskeyttää osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

---

Paikka ja aika

---

Allekirjoitus

---

Vastaanottajan allekirjoitus

Tutkimuksesta voi saada tarvittaessa lisätietoja:

Jonna Puustinen  
TtM-opiskelija  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
puh. xxxxxxxxxx  
sähköposti: xxx

ohjaajat:

Mari Kangasniemi  
Yliopistonlehtori, dosentti, TtT  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
PL 1627  
70211 Kuopio

Riitta Turjamaa  
Lehtori, TtT, postdoc-tutkija  
Savonia AMK, Terveysala  
PL 6  
70201 Kuopio