

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Kaija Piironen

KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN NÄKYVYYS HOITOTYÖN  
SÄHKÖISESSÄ KIRJAAMISESSA

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2016



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Maaliskuu 2016**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

Tekijä  
Kaija Piironen

Nimeke  
Kuntouttavan työotteen näkyvyys hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa

Toimeksiantaja  
Polvijärven sosiaali- ja terveystoimi, vanhuspalvelut

**Tiivistelmä**

Hoitotyössä kirjaaminen on juridinen todiste siitä, että työntekijän lailliset ja eettiset vastuut potilasta kohtaan toteutuvat. Suomessa 80 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa kaikkein nopeimmin. Muutokset vaikuttavat kuntoutukseen ja kuntoutumisen tukemiseen sekä kuntoutujan rooliin ja työntekijän ajatteluun sekä tekemiseen.

Tämän laadullisena tutkimuksena toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa hoitotyön prosessin eri vaiheissa ja miten kirjaaminen tukee kuntouttavaa hoitotyötä Polvijärven terveyskeskuksen pitkäaikaispotilaiden vuodeosastolla.

Opinnäytetyössä tarkasteltiin kahta eri tutkimusaineistoa. Yksi tutkimusaineisto kerättiin viiden hoitajan yksilöhaastatteluna teemahaastattelumenetelmällä ja toinen lähdeaineisto, kirjalliset dokumentit, otettiin hoitajien tekemistä kirjauksista Mediatri-potilastietojärjestelmän Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalta. Teemahaastattelun aineisto analysoitiin teemoittelun avulla ja kirjalliset dokumentit analysoitiin sisällönanalyysillä hyödyntäen. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Polvijärven sosiaali- ja terveystoimi, vanhuspalvelut.

Tulosten mukaan kuntouttava työote näkyy ainakin jossain määrin hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa vapaassa tekstiosuudessa. Hoitajien kirjaamiskäytännöt ovat epäyhtenäiset, eikä hoitotyön prosessin kaikkia vaiheita aina kirjata. Hoitotyön arviointia ei kirjata lainkaan. Hoitajien näkemyksen mukaan kirjaamisesta on hyötyä kuntouttavaan työotteeseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön käytännössä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kohdeorganisaation kirjaamisen kehittämisessä. Jatkotutkimuskohdeena voisi olla toimintatutkimus, johon liittyy kirjaamisen koulutusta ja sen vaikutuksen arviointia.

Kieli  
suomi

Sivuja 68  
Liitteet 9  
Liitesivumäärä 12

Asiasanat  
sähköinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi, kuntouttava hoitotyö



**THESIS**  
**March 2016**  
**Degree Programme in Nursing**

Tikkarinne 9  
FI-80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 50 405 4816

Author  
Kaija Piironen

Title  
Manifestation of Rehabilitative Approach in Electronic Nursing Documentation

Commissioned by  
Polvijärvi Social Welfare and Health Services, Elderly Services

#### Abstract

In nursing, documentation is a juridical proof that the legal and ethical responsibilities towards the patient are fulfilled. In Finland, the group of over 80-year-olds grows most rapidly. These changes affect rehabilitation, rehabilitation support services, the role of the rehabilitee and how the employee thinks and implements rehabilitation.

The goals of this qualitative study were to examine how rehabilitative approach manifests itself in the process of electronic documentation and how the documentation supports the rehabilitative nursing of long-term patients in Polvijärvi Health Centre Hospital. Two research materials were examined in this study; individual theme interviews among five nurses and written documents extracted from the platform "Nursing Documentation" in the Mediatri patient information system. The interviews were analysed thematically and the written documents by utilizing the content analysis method. The thesis was commissioned by Polvijärvi Social Welfare and Health Services, Elderly Services.

According to the results, the rehabilitative approach manifests itself to some extent in electronic nursing documentation. The documentation practices of the nurses are non-uniform and everything is not always documented. The evaluation of nursing was not documented at all. The nurses agree that documentation is beneficial for the rehabilitative approach and multidisciplinary cooperation in practice. The results of the thesis can be utilized in developing documentation in the target organisation. Further research could focus on action research, including training in the documentation and evaluation of its effectiveness.

Language  
Finnish

Pages 68  
Appendices 9  
Pages of Appendices 12

Keywords  
Electronic documentation, process of nursing, rehabilitative nursing

# Sisältö

## Tiivistelmä

## Abstract

1	Johdanto .....	6
2	Sähköinen hoitotyön kirjaaminen .....	8
2.1	Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö .....	8
2.2	Hoitotyön prosessi hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa .....	9
2.3	Hoitotyön kirjaamisen rakenteistaminen luokitusten avulla .....	14
3	Kuntouttava työote .....	18
3.1	Kuntouttava työote hoitotyössä .....	18
3.2	Ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen .....	21
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät .....	24
5	Opinnäytetyön toteutus .....	24
5.1	Laadullinen tutkimus .....	24
5.2	Teemahaastattelu .....	26
5.3	Sähköiset dokumentit .....	29
5.4	Kohderyhmä ja aineiston hankinta .....	29
5.5	Aineiston käsittely ja analysointi .....	33
5.5.1	Haastatteluaineiston analysointi .....	33
5.5.2	Kirjallisten aineiston analysointi .....	35
6	Opinnäytetyön tulokset .....	39
6.1	Taustatiedot .....	39
6.2	Kuntouttavan työotteen näkyvyys hoitotyön kirjaamisessa .....	40
6.2.1	Kuntouttavan työotteen näkyvyys hoitotyön kirjaamisessa haastateltavien kokemana .....	40
6.2.2	Kuntouttavan työotteen esiintyminen hoitotyön dokumenteissa .....	42
6.3	Kuntouttava työote hoitotyön prosessin mukaisessa kirjaamisessa .....	45
6.3.1	Kuntouttavan työotteen kirjaamisen toteutuminen hoitotyön prosessissa haastateltavien arvioimana .....	45
6.3.2	Kuntouttavan työotteen kirjaaminen hoitotyön prosessissa kirjallisten dokumenttien tulosten mukaan .....	46
6.4	Rakenteisen kirjaamisen hyödyt kuntouttavaan hoitotyöhön .....	51
7	Pohdinta .....	53
7.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu .....	53
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	57
7.3	Opinnäytetyön eettisyys .....	60
7.4	Oppimisprosessi .....	62
7.5	Jatkotutkimusehdotukset .....	63
	Lähteet .....	64

## Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Tutkimuslupahakemus
Liite 3	Saatekirje
Liite 4	Suostumuslomake
Liite 5	Haastattelurunko
Liite 6	Esimerkki teemoittelusta
Liite 7	Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje

- Liite 8 Esimerkki vapaan tekstin sisällöstä kuntouttavan työtteen kirjaamisessa potilaskohtaisesti ja hoitotyön prosessin vaiheiden mukaan
- Liite 9 Esimerkki potilaskohtaisesti valituista komponenteista ja pää- ja alaluokista kuntouttavan työtteen kirjaamisessa prosessin vaiheittain

## 1 Johdanto

Hoitotyössä kirjaaminen on juridinen todiste siitä, että työntekijä on noudattanut lakeja, asetuksia, sääntöjä ja ohjeita. Kirjaamisen avulla voidaan osoittaa, että työntekijän lailliset ja eettiset vastuut potilasta kohtaan toteutuvat ja potilas on saanut laadukasta hoitoa. Kirjaamisen eettinen vastuu näkyy siinä, että toimintayksikön tai laajemmin sovittuja toimintatapoja ja -linjoja on noudatettu. Kliinissä hoitotyössä tarvitaan päivittäin yksityiskohtaista tietoa potilaan hoidon päätöksenteon tueksi. Hoitotyössä on toivottavaa, että hoitotiedot ovat viiveettä hoitotyön ammattilaisten käytettävissä. (Saranto & Sonninen 2008, 14–15.)

Hoitotyön sähköinen rakenteinen kirjaaminen on ajankohtainen aihe valtakunnallisesti, ja se on mukana useissa kansallisissa kehittämishankkeissa. Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli ja sen sisältämä FinCC-luokituskokonaisuus mahdollistaa Kansalliseen Terveysarkistoon (KanTa 2011) siirtymisen. Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen on edellytys sähköiselle potilastiedon arkistolle (eArkisto). (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 3.) Valtakunnalliseen potilastiedon arkistoon tallennettavien tietojen on oltava yhdenmukaisia, jotta niitä voidaan hyödyntää terveydenhuollossa (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 4). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman, Kaste-suunnitelman, avulla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Sen yhden osasuunnitelman kehittämissuunnitelma ja tavoite on saada tieto ja tietojärjestelmät asiakkaiden sekä ammattilaisten tueksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 28–29.)

Suomessa 80 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa kaikkein nopeimmin. Ennusteen mukaan yli 80-vuotiaita on vuonna 2030 jo lähes 450 000 eli yli kaksi kertaa nykyistä enemmän. Iäkkään väestön kasvun myötä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve on suhteessa henkilön toimintakykyyn. Iäkkään väestön toimintakykyä parantamalla turvataan varmimmin huonokuntoisille heidän tarvitsemansa palvelut myös vastaisuudessa. Iäkkään toimintakykyä voidaan edistää sairauksia ehkäisemällä ja hyvällä hoidolla. (Koskinen, Martelin & Sainio 2006, 255–257.) Tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai terveyskeskussairaaloitten pitkäaikaishoidossa on

nykyisellään reilut 50 000 henkilöä ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon piirissä. Iäkkäille ihmisille tulee suoda iästä ja toimintakyvystä riippumatta omanlainen hyvä elämä heidän omissa yhteisöissään. (STM 2013, 13, 15.)

Yhteiskunnan tuomat muutokset ovat vaikuttaneet siihen, että kuntoutus ja kuntoutumisen tukeminen ovat muuttuneet viime vuosikymmenen aikana. Muutokset vaikuttavat kuntoutujan rooliin sekä työntekijän ajatteluun ja tekemiseen. Kuntoutujien tarpeet ovat lisääntyneet, ja tämä on lisännyt haasteita hoitoalalla. Kuntouttava työote näkyy käytännössä kuntoutujan omatoimisuuden tukemisenä niin, että kuntoutujan puolesta ei tehdä asioita, joista hän suoriutuu itse. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 6, 23.)

Kirjaaminen on sairaanhoitajan työssä tärkeä osaamisen alue, ja ikääntyneen henkilön toimintakyvyn tukeminen korostuu päivittäisessä hoitotyössä vuodeosastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa hoitotyön prosessin eri vaiheissa ja miten kirjaaminen tukee kuntouttavan hoitotyön käytäntöä Polvijärven terveyskeskuksen pitkäaikaispotilaiden vuodeosastolla. Toimeksiantajani on Polvijärven sosiaali- ja terveystoimi, vanhuspalvelut (liite 1). Tutkimusaineisto koostuu kirjallisista dokumenteista ja hoitajien teemahaastattelun tuloksista. Työstä on rajattu tietoisesti pois erityistyöntekijöiden, kuten esimerkiksi fysioterapian ammattilaisten, kirjaamisen.

Opinnäytetyön aihe valikoitui oman kiinnostukseni ja työhistoriani lähtökohdista. Aikaisemmassa fysioterapiatyössäni olen käytännössä nähnyt, että juuri hoitotyöntekijät ovat avainasemassa potilaan kuntoutumisen tukemisessa. Kuntouttava työote on toimintafilosofiana useissa hoitolaitoksissa ja osastoilla. Sen avulla pyritään monin eri tavoin edistämään henkilön toimintakykyä. Kuntouttavalla työotteella on monipuolisia positiivisia vaikutuksia sekä yksilö- että yhteiskunnallisella tasolla.

## 2 Sähköinen hoitotyön kirjaaminen

### 2.1 Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamisen täytyy perustua lakeihin ja asetuksiin. Toimintayksiköiden lainmukainen tiedonhallinta tarkoittaa sitä, että tieto on oikeiden henkilöiden saatavissa, se on riittävän laajuista, oikea-aikaista ja tieto sisältää ajankohtaista tietoa. Lainsäädännöllä varmistetaan, että henkilöä koskevassa päätöksenteossa ja käytännössä käytetään vain sellaisia tietoja, jotka ovat virheettömiä ja tarpeellisia. (Saranto 2008, 18.) Potilastietojen käyttö vaatii hoitajalta aina asiakas- tai potilassuhdetta sekä asiayhteyttä (STM 2012b).

Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevat lait, säännökset sekä ohjeistukset koskevat kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää, että terveydenhuollon ammattihenkilön on merkittävä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään.

Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009), jäljempänä potilasasiakirja-asetus, on säädetty potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä. Potilasasiakirja-asetus asettaa vaatimuksia potilasasiakirjojen sisällölle. Potilasasiakirjoihin on terveydenhuollon ammattihenkilön tai hänen ohjeistuksensa mukaisesti muun hoitoon osallistuvan henkilön merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä on käytettävä yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. (STM 2009.)



Jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaasta jatkuvan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilaskertomuksen tulee sisältää potilaan perustiedot kuten esimerkiksi potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot. Potilaskertomukseen täytyy tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Palvelutapahtuman merkinnöistä tulee selvittää potilaan tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmäärittäminen tai terveystilanne, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppuarvio. (STM 2009.)

Asetuksessa määritellään myös osastohoitoa koskevat merkinnät siten, että osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Lisäksi potilaasta tehdään osana potilaskertomusta hoitajaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista. (STM 2009.)

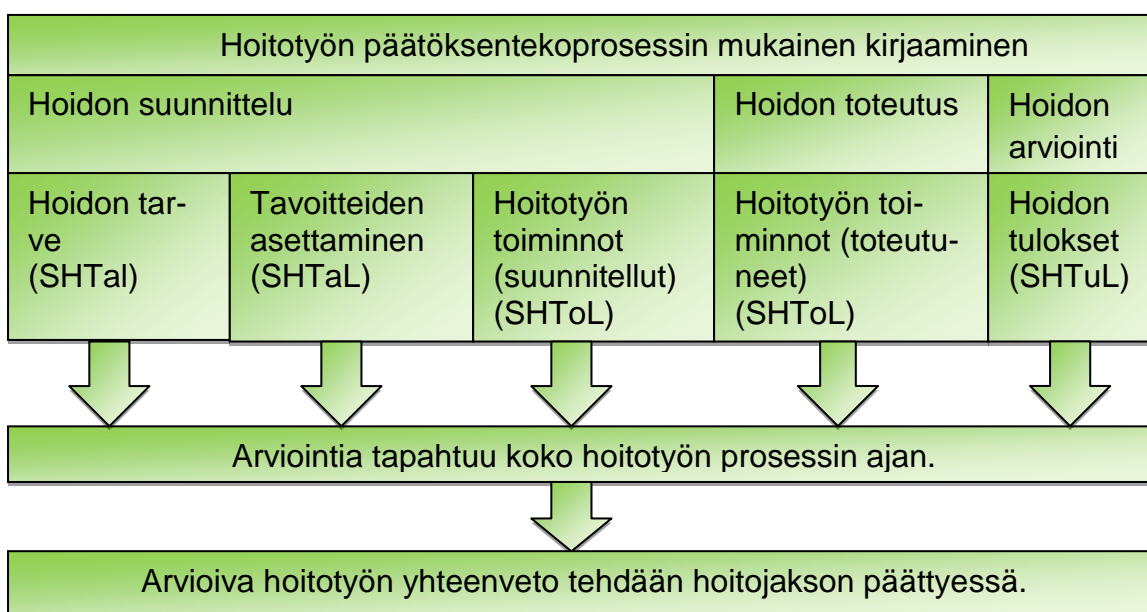
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, päivitys 2010) edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Asiakastietojen sähköisten käsittelyn vaatimuksia ovat muun muassa saatavuus. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2010.) Lisäksi tietoja sisältävien potilasasiakirjojen sisältävien tietojen eheys ja käytettävyys tulee turvata tietojen säilytysaikana, jolloin käytettävien menetelmien ja välineiden tulee olla tähän soveltuvia. (STM 2009.)

## **2.2 Hoitotyön prosessi hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa**

Hoitotyön prosessi on ammatillisen käytännön ydin, menetelmä ja työväline, joka auttaa hoitotyön päätöksenteossa, seurausten ennustamisessa ja arvioinnissa. Se selventää vastuuta potilaasta ja hänen hoidostaan sekä mahdollistaa

hoitotyön laadun arviointia. (Rautava-Nurmi, Westergård, Ojala & Vuorinen 2015, 45–47.)

Hoitotyössä korostuu hoitotyön prosessin mukainen suunnittelu. Sairaanhoidajan ammattitaidon yksi tärkeä osa-alue on hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen (kuvio 1). Päätöksentekoprosessin malli on hoitotyön toiminnan lähtökohta. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 44, 49–50, 60.) Hoitotyön prosessi sisältää hoitotyön suunnitelman, toteutuksen, arvioinnin ja yhteenvedon (Tanttu & Ikonen 2008, 112.) Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo (Liljamo ym. 2012, 14).



Kuvio 1. Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen (Mukaillen Ahonen ym. 2013, 47,57.)

Sähköiset potilaskertomusjärjestelmät tukevat hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaista toimintaa, ja ne mahdollistavat hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisen kirjaamisen. Sähköisen kirjaamisen kokonaisuus pohjautuu potilaasta satuihin objektiivisiin ja subjektiivisiin tietoihin, tunnistettuihin ja priorisoituihin hoidon tarpeisiin, hoitotyön diagnoosiin, potilaan ongelmiin, hoitokertomukseen sekä hoitotyön yhteenvedoon. Hoitokertomuksessa näkyvät potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi. Hoitosuunnitelman toteutuksista kirjataan päivittäin, ja sen tarkoituksena on hyödyttää potilaan kokonaishoitoa sekä turvata hoidon jatkuvuus. (Sonninen & Ikonen 2008, 76–77.) Halli-

lan (2005, 33) mukaan hoitotyön kirjaamisessa näkyy, kuinka hoitotyön filosofia tai toimintaideologia elää käytännössä.

Hoidon suunnittelussa kuvataan hoidon tarve ja tavoitteet sekä suunnitellut toiminnot. Tässä vaiheessa määritellään, mitä hoidon tarpeita potilaalla on ja ne asetetaan tärkeysjärjestykseen eli priorisoidaan. Tarve voidaan kartoittaa kerrämyllä ja analysoimalla potilaasta tietoja esimerkiksi haastattelun, havainnoinnin ja mittaamisen avulla. Potilaskertomukseen kirjataan kaikki hoidon kannalta oleellinen tieto. Potilaan tietoja kerätään ja analysoidaan jatkuvasti hoitoprosessin edetessä. Tietoja arvioidaan, täydennetään ja päivitetään tarvittaessa koko hoitajakson ajan. (Tanttu & Ikonen 2008, 113.) Liljamo ym. (2012, 14) toteavat, että hoitotyön tarpeen määrittäminen on hoitohenkilöstön kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ja jo olemassa olevista tai mahdollisesti tulevista ongelmista. Hoitotyön tarpeisiin voidaan vaikuttaa hoitotyön toimintojen avulla lievittävästi tai poistaa niitä. Crownin (1988, 60) mukaan potilaan ongelma tulee kirjata sellaisella tarkkuudella, että sen pohjalta voidaan suunnitella potilaan hoitoa.

Hoidon suunnitteluvaiheeseen kuuluu hoidon tavoitteiden ja odotettujen tulosten nimeäminen (Sonninen & Ikonen 2008, 76). Hoidon tavoitteet asetetaan suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen. Tällöin selvitetään, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan tai mitä potilas itse odottaa tapahtuvan. Muutokset oletetaan saavutettavan tietyn ajan kuluessa, joten tavoitteet ovat aikaan sidoksissa olevia sekä hoitotyön keinoin saavutettavissa. Tavoitteet asetetaan riittävän konkreettiseksi, jolloin niitä voidaan arvioida. Tavoitteet eivät kuvaa hoitajan toimintaa tai toimenpiteitä, vaan niiden tulee olla potilaslähtöisiä. Osa-tavoitteita voi olla useita ja niiden tulee olla konkreettisia, jotta niitä voidaan arvioida. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 48.) Kärkkäisen, Bondasin ja Erikssonin (2005, 124, 128, 130–131) sekä Häyrisen (2011, 47) mukaan hoitotyön kirjaamisessa hoitajien määrittelemät hoitotyön ongelmat eivät välttämättä vastaa potilaan hoitotyön tarpeita.

Hoidon suunnitteluvaiheeseen kuuluvat suunnitellut toiminnot. Tässä vaiheessa selvitetään, mitä tarkoituksenmukaisia hoitotyön auttamismenetelmiä tarvitaan,

jotta asetetut tavoitteet saavutetaan tai miten potilas haluaa toimittavan. Auttamismenetelmissä tulee muistaa hoitotyön periaatteet sekä potilaan itsehoitovalmiudet. Hoitovälineiden saatavuudella ja henkilökunnan määrällä voi olla vaikutusta keinojen valintaan. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 49.)

Hoidon toteutusvaiheessa käytetään suunniteltuja hoitotyön toimintoja asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi ja kirjataan, mitä toimintoja hoitaja on käyttänyt. Kirjaaminen on potilaslähtöistä, arvioivaa ja tarkkaa. Hoitotyön toimintojen tulee olla näyttöön perustuvia ja tämän tulee näkyä myös kirjauksessa. (Rautava-Nurmi 2015, 49; Tanttu & Ikonen 2008, 114. ) Laineen (2008,36) sekä Häyrisen (2011, 47) mukaan hoitajat kirjaavat parhaiten hoidon toteutusta.

Laitinen, Kaunonen ja Åstedt-Kurki (2010, 493–496) sekä Virolainen (2006, 64–65, 79–80) ovat tutkineet, että potilaan omaa kokemusta hoidosta ei kirjata riittävästi ja kirjaamisessa potilaan ääni jää kuulumatta. Laitinen ym. toteavat edelleen, että potilaan fyysisen tilan arviointi ja tarkkailu perustuvat hoitajan tulkintaan asiasta. Kirjauksissa korostuvat hoitajan suorittamat hoitotoimenpiteet, joissa potilas nähdään ulkopuolisena. Hoitajan omaa osallistumista ja toiminnan vaikutusta potilaaseen on kirjattu vaihtelevasti. Tällaista toimintaa on esimerkiksi potilaan rohkaiseminen ja kannustaminen. Myös Kärkkäinen ym. (2005, 124, 128, 130–131) toteavat, että hoitajien tekemiä hoitotyön toimintoja on kuvattu enemmän kuin potilaan omaa kokemusta hoidosta. Lisäksi kirjaaminen on usein luettelomaista ja stereotyyppistä. Kärkkäinen ym. korostaa eettistä näkökulmaa hoitotyön kirjaamisessa. Potilaan kunnioittaminen hoitotyössä näkyy hoitotyön kirjaamisessa siinä, että potilaan mielipide tulee kirjaamisessa näkyviin. Tutkijat korostavat, että hoitotyön sähköinen kirjaaminen parantaa hoitotyön näkyvyyttä. Laine (2008, 28) on tutkinut, etteivät kirjausten tiedot ole aina ajan tasalla.

Hoidon arviointi suoritetaan suhteessa hoidon tarpeeseen ja asetettuun tavoitteeseen sekä toteutuneeseen hoitoon ja käytettyihin hoitotyön menetelmiin. Arviointivaihe kertoo, mitä muutoksia potilaan tilassa, toimintakyvyssä tai oireissa tapahtui ja saavutettiin hoidolle asetetut tavoitteet. Arvioivan dokumentoinnin tulisi olla kuvailevaa, vertailevaa sekä arvioivaa. Kirjauksessa tulee näkyä potilaan oma arvio ja kokemus toteutuneesta hoidosta. (Rautava-Nurmi ym. 2015,

49; Liljamo ym. 2012, 22.) Hallilan (2005, 12) mukaan kirjaamisen yksi tavoite on arvioida hoidon vaikuttavuutta. Hoitotyön kirjaamisessa täytyy tulla esiin, minkälaiseen tietoon päätökset perustuvat ja mitä hoitotyön menetelmillä saatiin aikaa.

Virolaisen (2006, 64–65, 79–80) mukaan hoitajat kokevat päivittäisessä hoitotyössä tärkeänä potilaan kokonaisvoinnin arvioinnin ja sen kirjaamisen koko hoitoprosessin ajan. Hoitajat arvioivat kirjaavansa hoidon kokonaistavoitteita ja loppuarviointia hyvin. Laitisen ym. (2010, 493–496) mukaan hoitajien tekemistä kirjauksista ilmenee mitä on tehty, mutta hoidon lopputulosta ei aina huomata kirjata. Toisinaan kirjauksissa on arvioitu tilannetta ennen ja jälkeen toimenpiteen. Tutkimuksen mukaan hoitotyön arviointiin tulee kiinnittää enemmän huomiota. Myös Laine (2008, 36) toteaa, että arvioinnin kirjaaminen on vähäistä.

Hoitojakson päättyessä koostetaan hoitotyön yhteenveto. Hoitojakson keskeiset tapahtumat kootaan yhteenvetoon alkaen potilaan tilasta, hoidon tarpeista ja tavoitteista, kun hän saapui hoidon piiriin. Potilaan hoitoisuutta kuvataan sekä numeerisesti että sanallisesti. Käytettyjä hoitotyön toimintoja ja auttamismenetelmiä selvitetään ja kuvataan sekä niiden tuloksellisuutta arvioidaan. Potilaan jatkohoitosuunnitelmat tulee ilmetä yhteenvedossa. Hoitotyön yhteenvetoa voi hyödyntää potilaan jatkohoitopaikkaan lähetettävässä hoitopalautteessa sekä tulevilla hoitojaksoilla. (Liljamo ym. 2012, 18; Tantt & Ikonen 2008, 114.)

Laine (2008, 25, 36) on tutkinut, että hoitajien kokemusten mukaan hoitotyön prosessi selkeyttää kirjaamista. Hoitotyön prosessin käyttö kirjaamisessa ei ole kuitenkaan aina johdonmukaista. Dokumentointia hankaloittavana tekijänä koetaan hoitajien kirjavat kirjaamistavat sekä se, että yhteisesti sovitusta sopimuksesta ei pidetä kiinni. Tärkeimmäksi tueksi nähdään kollegoiden vertaistuki. Lisäksi lähijohdolta sekä tukihenkilöiltä saatu tuki edistää kirjaamistilanteita. Volotisen (2008, 64–71) mukaan myös kollegan vertaistuella on merkitystä kirjaamiselle. Hyppönen, Vuokko, Doupi ja Mäkelä-Bengs (2014, 28,60) toteavat, että hoitajat tarvitsevat terminologian hyödyntämiseksi enemmän koulutusta ja johdon tukea.

Häyrisen (2011,47) mukaan hoitajat eivät kirjaa jokaisen potilaan kohdalla kaikkia hoitoprosessin vaiheita. Hoidon tarpeita, hoitotyön tavoitteita ja suunniteltuja hoitotyön toimintoja kirjataan vähemmässä määrin kuin hoitotyön toimintoja. Liljamon ym. (2012, 55) arvion mukaan sillä, mitä ja miten kirjataan, on merkitystä. Jos hoitotyön kirjaamisessa käytetään runsaasti vain kertovaa, vapaata tekstiä, kirjaamisen hyödyt jäävät vähäisiksi. Tällöin voi myös hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaaminen jäädä puutteelliseksi tai joku prosessin vaihe voi jäädä kirjaamatta kokonaan.

### **2.3 Hoitotyön kirjaamisen rakenteistaminen luokitusten avulla**

Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa sitä, että sovitaan yhteisesti, mitä kirjataan eli kirjaamisen sisältö ja miten kirjataan eli kirjaamisen rakenne (Saranto & Sonninen 2008, 12). Rakenteinen tieto tarkoittaa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen avulla. Tiedon rakenteisuus voi olla esimerkiksi sovitun otsikon alle kirjattavaa vapaata tekstiä tai tietyllä koodilla kirjaamista. Tiedon rakenteisuus mahdollistaa tiedon automaattisen käsittelyn. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 92.)

Häyrisen (2011, 56) mukaan yhtenäiset tiedot ja tietorakenteet mahdollistavat tietojen vertailtavuuden, mutta myös tietojen kattavuuden arvioinnin, kuten esimerkiksi sen, onko kaikki hoidon prosessin vaiheet kirjattu. Virkkunen ym. (2015,19) ovat todenneet, että potilastiedon laatu paranee yhdenmukaisen kirjaamisen avulla ja samalla tiedon etsiminen helpottuu. Tästä on hyötyä niin terveydenhuollon ammattihenkilöille kuin koko organisaatiolle.

Rakenteisesti kirjattaessa hoitotyön henkilöstö hyödyntää luokituksia valitsemalla niistä sen, joka kuvaa parhaiten ammatillista ajatteluprosessia ja siitä muodostuvaa lopputulosta. Käyttäjältä vaaditaan tällöin sekä riittävää termistöjen tuntemusta että tietoa hoitotyön päätöksenteon ja hoitotyön prosessimallin vuorovaikutteisuudesta. (Sonninen, Ensio & Ikonen 2008, 83.)

Rakenteinen kirjaaminen tukee kansainvälistä hoitotyön kirjaamismallia. Tietojärjestelmien rakenne mahdollistaa potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen kirjaamisen prosessin vaiheiden mukaisesti. (Liljamo ym. 2012, 21.) Suomalaisen kansallisen hoitotyön kirjaamismallin sisältämän FinCC-luokituksen (Finnish Care Classification) taustalla on Virginia Saban kehittämä kansainvälinen CCC-luokitus (Clinical Care Classification) (Saranto & Ensio 2007, 129–130).

Suomalainen kansallinen hoitotyön kirjaamismalli sisältää hoitotyön ydintiedot, hoitotyön prosessin ja FinCC-luokituskokonaisuuden. Hoitotyön prosessin mukaisia ydintietoja kirjataan FinCC-luokituskokonaisuuden (Finnish Care Classification) avulla. FinCC pitää sisällään Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL 3.0), Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 3.0) ja hoidon tuloksen tilan luokituksen (SHTuL 1.0). SHTuL:ssa on käytössä kolme tarkennetta: parantunut, PA (tai P), ennallaan, EN (tai E) ja huonontunut, HUO (tai H). (Liljamo ym. 2012, 10, 54–55.)

FinCC-luokituksen versiossa 3.0 on sekä tarveluokituksessa (SHTaL) että toimintoluokituksessa (SHToL) 17 komponenttia. FinnCC-luokituskokonaisuuden 3.0 komponenttien sisältö on avattu taulukon 1 avulla. Kirjaamisessa saavutetaan paras lopputulos, jos molempia luokituksia käytetään rinnakkain, mutta niitä voidaan käyttää myös yksittäin. Perusterveydenhuollon vuodeosastot, poliklinikat ja erikoissairaanhoido hyödyntävät hoidon tarveluokitusta ja hoitotyön toimintoluokitusta potilaan päivittäisen hoidon rakenteeseen kirjaamiseen. Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545, pääluokkia yhteensä 215 ja alaluokkia 330. Tarveluokituksessa (SHTaL) on 88 pääluokkaa ja 150 alaluokkaa. Toimintoluokituksessa (SHToL) on 127 pääluokkaa ja 180 alaluokkaa. (Liljamo ym. 2012, 3, 10–11, 14.)

Taulukko 1. FinCC-luokituskokonaisuuden (versio 3,0) 17 komponenttia sekä niiden sisällön kuvaus.

KOMPONENTTI	KOMPONENTIN SISÄLLÖN KUVAUS
<b>Aktiviteetti</b>	Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaa liittyvät osatekijät
<b>Erittäminen</b>	Ruoansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät

<b>Selviytyminen</b>	Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutokseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista
<b>Nestetasapaino</b>	Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät
<b>Terveyskäyttäytyminen</b>	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
<b>Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio</b>	Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinaatio
<b>Lääkehoito</b>	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
<b>Ravitsemus</b>	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
<b>Hengitys</b>	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
<b>Verenkierto</b>	Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät
<b>Aineenvaihdunta</b>	Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät
<b>Turvallisuus</b>	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
<b>Päivittäiset toiminnot</b>	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
<b>Psyykinen tasapaino</b>	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät
<b>Aisti- ja neurologiset toiminnot</b>	Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät
<b>Kudoseheys</b>	Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
<b>Elämänkaari</b>	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät

Kirjaamisen sisältö rakenteistetaan luokituksia hyödyntämällä siten, että komponentti toimii otsakkeena tietylle asiakokonaisuudelle ja komponenttien pää- ja alaluokilla täsmennetään kirjauksia. Vapaa teksti tulee valitun pää- tai alaluokan jälkeen. Pelkällä komponenttitasolla ei voi kirjata. Luokitukset vahvistavat potilaslähtöistä kirjaamista, ja ne ohjaavat havainnoimaan hoitotyön sisältöä laajasti ja kattavasti. (Liljamo ym. 2012, 21; Tanttu & Ikonen 2008, 115–116.)

Hoitotyön luokitusten komponentit ovat käsitteiltään abstrakteja ilmaisuja, joiden tarkoituksena on jäsentää potilaslähtöistä hoitamista. Komponenttien pääluokat ovat konkreettisempia, ja ne ilmaisevat hoitotyön käsitteistön avulla hoidon tarvetta tai hoitotyön toimintoja. Komponenttien alaluokkia käytetään, jos halutaan saada vielä yksityiskohtaisempaa tietoa esimerkiksi hoitotapahtumasta tai potilaan voimavaroista. Pää- ja alaluokkia voidaan täydentää vapaalla tekstillä. (Saranto & Ensio 2007, 130–131.) Jokisen (2005, 70–76) mukaan Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksista käytetyimpiä komponentteja ovat Fyysinen tasapaino, Lääkehoito ja Aktiviteetti. Määrällisesti enemmän käytetään alaluokan toimintoja kuin pääluokkatoimintoja. Kirjaamisessa korostuu tarve myös narratiiviselle kirjaamiselle.

Häyrinen (2011, 47–48,60) on tutkinut, että hoitajien dokumentaatiossa potilaiden toimintakykyä kuvataan käyttämällä komponentteja: Aktiviteetti, Selviytymi-



nen, Itsehoito ja Aistitoiminnot. Apuvälineisiin liittyvää tietoa, kuten apuvälineiden käytön ohjausta, kirjataan komponentilla Itsehoito. Lisäksi hoitotyöntekijät arvioivat potilaan toimintakykyä ja kipua erilaisten standardoitujen mittareiden avulla. Häyrinen toteaa myös, että hoitajat eivät käytä luokituksia johdonmukaisesti. Hoidon tarve kirjataan eri komponenttia hyödyntäen kuin hoidon tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset. Luokituksista käytetään kaikkia komponentteja. Hoitajat kirjaavat potilaan hoitoa käyttämällä luokituksen pää- ja alaluokkia, lisäksi he täsmentävät kirjauksia vapaamuotoisella tekstillä. Hyppönen ym. (2014, 32) toteavat myös, että kirjaamiskäytännöt ovat Suomessa vaihtelevia ja eri ammattiryhmät käyttävät samojakin luokituksia hyvin eri tavoin. Virolaisen (2006, 64–65, 79–80) mukaan hoitajien näkemys on, että kuvailevan kirjaamisen osuus on vähentynyt fraasien ohjatessa hoitotyön kirjaamista.

Häyrisen (2011, 56) mukaan potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt kirjaavat tietoa eri tavoin sähköiseen potilaskertomukseen. Epäyhtenäiset kirjaamistavat vaikeuttavat tiedonkulkua eri ammattiryhmien välillä ja tiedonsiirtoa yhdellä palvelunantajalla tai palvelunantajien välillä. Lisäksi tiedon hyödyntäminen kansallisesta arkistopalvelusta (KanTa) hankaloituu tulevaisuudessa, jos kirjaamiskäytännöt vaihtelevat. Hyppönen ym. (2014, 105) ovat selvittäneet, että jotkut ympäristötekijät, kuten se, kuka potilastiedon kirjaa, voi vaikuttaa kirjatun tiedon laatuun. Tiedon laadulla eli oikeellisuudella, tarkkuudella ja kattavuudella on merkitystä siihen, saako kirjaaja kirjatusta tiedosta hyötyä jatkossa omaan työhön esimerkiksi potilaan jatkohoidon näkökulmasta.

Laine (2008,36) on todennut, että hoitajat kokevat kirjatun tiedon lokeroinnin ja komponenttien päällekkäisyyden ja runsauden negatiivisena asiana. Vapaata kirjoitusta pidetään tärkeänä luokittelun lisänä. Sockolow, Liao, Chittams ja Bowles (2012,11) ovat selvittäneet, että hoitajien tyytyväisyys ja sitoutuminen sähköistä rakenteista kirjaamista kohtaan lisääntyisi, jos kirjaamisen hyödyt ja vaikutukset potilaan hoitotulokseen ovat selvillä.

Hyppösen ym. (2014, 28, 60) mukaan hoitajat suhtautuvat vakioituun terminologiaan yleensä myönteisesti. Vakioitun terminologian käytöstä on hyötyä päivittäisessä hoito- ja työprosessin etenemisessä ja tiedon uudelleen käytössä. Ra-

kenteilla on hoidon jatkuvuutta edistävä ja hoitoturvallisuutta vahvistava vaikutus, kun yhtenäisesti kirjatut potilastiedot siirtyvät organisaatiosta toiseen potilaan sallimalla luvalla. Yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä ja rakenteinen tieto ohjaa hoitosuositusten noudattamiseen. Lisäksi potilaan oikeusturva paranee, kun rakenteista tietoa ja sen käyttöä voidaan seurata tarkemmin. Myös Virolaisen (2006, 64–65, 79–80) mukaan esimiehen roolia pidetään tärkeänä hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäjänä sekä suhtautumiseen elektroniseen hoitotyön kirjaamiseen.

### **3 Kuntouttava työote**

#### **3.1 Kuntouttava työote hoitotyössä**

Hoitotieteessä määritellään, lähteestä riippuen, kuntouttavaa työtettä useammalla eri käsitteellä, kuten esimerkiksi kuntouttava hoitotyö, kuntoutumista edistävä hoitotyö, toimintakykyä edistävä hoitotyö. Tässä opinnäytetyössä käsitteet kuntouttava työote ja kuntouttava hoitotyö tarkoittavat samaa asiaa. Järvikoski ja Härkäpää (2011, 23) määrittelevät kuntouttavan työotteen työntekijän tai ammattiryhmän työtavaksi tai toimintaotteeksi, jonka peruseriaatteena on lisätä potilaan osallisuutta, vaikutusmahdollisuutta ja subjektiivisuutta. Kuntouttava työote on periaatteena ja toimintatapana kaikessa hyvässä hoidossa ja hoivassa. Hoito- ja vanhustyössä kuntouttavan työotteen tarkoituksena on kannustaa ja tukea asiakasta tai potilasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien voimavarojen ja toimintakyvyn mukaan.

Kuntouttavan työotteen ominaispiirteenä pidetään yhdessä tekemistä, eikä toisen puolesta tekemistä. Lähtökohtana on potilaan autonomia, jolloin myös toimintakyvyltään heikentyneen asiakkaan tulee saada päättää arkipäivän toiminnoista ilman, että työntekijät tekevät ratkaisuja asiakkaan puolesta. Asiakkaalle tulee antaa aikaa omalle suoritukselle, näin hänen voimavaransa ja omatoimisuutensa lisääntyvät. Apua ja ohjausta annetaan silloin, kun potilas ei selviydy yksin, tai hän itse haluaa apua. Kuntouttavassa työotteessa painottuu usein

asiakkaan fyysinen puoli, mutta yhtä tärkeää on huomioida psyykkinen ja sosiaalinen puoli. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

Kuntouttavan työotteen pyrkimyksenä on asiakkaan voimavarojen ja toimintakyvyn lisääntyminen, jota arvioidaan asiakkaan näkökulmasta. Työntekijän tehtävänä on auttaa asiakasta tunnistamaan, lisäämään ja hyödyntämään omia ja ympäristönsä voimavaroja. Kuntouttavan työotteen päätavoitteena pidetään asiakkaan voimaantumista (empowerment). Tällöin asiakas rohkaistuu tekemään päätöksiä ja pystyy aktiivisesti vaikuttamaan omaan elämäänsä. (Kettunen ym. 2009, 21–23.)

Kuntouttava työote on hoitotyöntekijöiden tapa tehdä arjen työtä, ja tällöin hoitajien on itse määriteltävä, mitä kuntouttava työote omassa työyhteisössä tarkoittaa ja mitkä sen toteuttamistavat ovat. Kuntouttava työote on tavoitteellista toimintaa, jonka perustana ovat yhteisesti sovitut konkreettiset tavoitteet toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Tavoitteiden asettaminen on optimaalista tehdä yhteistyössä ikäihmisen, hänen omaisensa ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Tavoitteisiin pääseminen edellyttää hoitavan henkilökunnan ja potilaan sitoutumista asiaan. Kuntouttavan työotteen toteutumista tulee arvioida säännöllisesti, jolloin esimerkiksi tavoitteiden saavuttamisen arviointi edellyttää jatkuvaa sekä järjestelmällistä kirjaamista. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 44–45.)

Potilaan ollessa laitoshoidossa, hoitotyöntekijät ovat potilaan lähellä 24 tuntia vuorokaudessa. Tämä antaa hoitajille mahdollisuuden arvioida potilaan toimintakykyä ja siinä tapahtuvia muutoksia konkreettisesti todellisissa arjen tilanteissa. Hoitajat arvioivat ikääntyneen omaa näkemystä heidän toimintakyvystään sekä sitoutumisesta sen edistämiseen. Kuntouttava työote korostaa jokaisen hoitotilanteen toteutumista potilaan toimintakyvyn ja voimavarojen huomioon ottavalla tavalla. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että potilas tekee hoitotilanteissa kaiken sen mihin hän itse pystyy, hoitajan toimiessa ohjaajana, potilaan motivoijana ja kannustajana. Kuntouttava työote näkyy tavassa, miten potilas kohdataan, miten häntä autetaan tai miten hänelle annetaan tietoa. Potilasta

ohjataan ja motivoidaan toimimaan itse esimerkiksi päivittäisissä toimissa, peseytymisessä, ruokailussa ja wc-käynneillä. (Holma ym. 2002, 43,45.)

Kukkosen (2007, 28–30) mukaan hoitajat kuvaavat työtään moniammatilliseksi yhteistyöksi sekä työskentelyalueesta riippumatta kuntouttavaksi hoitotyöksi. Hoitajat kertovat arvioivansa potilaan toimintakykyä ja he kokivat kuntouttavan hoitotyön terveyttä edistäväksi. Yli 90 % tutkimukseen osallistuneista hoitajista kuvaa kuntoutuksen kuuluvan muillekin hoitotyöntekijöille kuin fysioterapeuteille. Kuntouttavaan hoitotyöhön sitoutumisen edistävänä tekijänä nähdään yhteinen tavoite. Hoitotyöntekijöiden kuvaamana kuntouttava hoitotyö toteutuu hyvin perusterveydenhuollossa.

Routasalo, Wagner ja Virtanen (2004, 224–227) ovat tutkimuksessaan verranneet kolmen pohjoismaan, Tanskan, Norjan ja Suomen sairaanhoitajien käsityksiä geriatrisesta kuntouttavasta hoitotyöstä. Routasalo ym. toteavat, että sairaanhoitajat eivät aina ole selvillä kuntouttavan hoitotyön tavoitteista, mutta he pitävät tärkeänä, että tavoitteet kirjataan potilastietoihin. 81 % tanskalaisista sairaanhoitajista ilmoittaa kirjaavansa tavoitteita, suomalaisista sairaanhoitajista 64 % ja norjalaisista sairaanhoitajista 53 % kertovat kirjaavansa tavoitteita potilastietoihin. Noin puolet kaikista sairaanhoitajista ilmoittaa, ettei tavoitteita päivitetä säännöllisesti. Kuntouttavan hoitotyön edistymistä arvioidaan päivittäin, ja kaikista hoitajista 63–82 % ilmoittaa kirjaavansa arviointia potilastietoihin. Tanskalaisista sairaanhoitajista 88 % kokee arvioinnin kirjaamisen vastuullisena tehtävänä, suomalaisista sairaanhoitajista 70 % ja norjalaisista sairaanhoitajista 74 % kokevat kuntouttavan hoitotyön arvioinnin kirjaamisen tärkeäksi.

Vähäkankaan (2010, 82, 84) mukaan osastonhoitajat korostavat kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohdaksi asiakkaan toimintakyvyn, sen arvioinnin ja jäljellä olevien voimavarojen tukemisen. Hoitajan kuntoutumista edistävä toiminta on heidän kuvaamana asiakkaan kanssa olemista, tukemista, motivointia, kannustamista ja palautteen antamista. Hoitajan toiminta koostuu päivittäisten toimintojen ympärille, kuten kävelemiseen, arkiaskareisiin, peseytymistilanteisiin ja ruokailuun. Asiakkaan osallistaminen edellä mainituissa toiminnoissa edesauttaa asiakkaan saamista pois sängystä. On todettu, että kuntoutumista

edistävä hoitajan toiminta vähentää vuodepotilaiden määrää 7,5 %:lla. Kuntoutumista edistävä hoitotyö lisää potilaan välitöntä hoitoaikaa vain kahdeksalla minuutilla eli kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ei vaadi huomattavia lisäresursseja toteutuakseen.

Vähäkangas, Noro ja Björkgren (2006, 33–34) ovat selvittäneet, että sairaanhoitajalla on tärkeä rooli kuntouttavan hoitotyössä toteutumisessa. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa potilaan kuntoutumisen mahdollisuudet. On näyttöä siitä, että kuntouttavalla hoitotyöllä on pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden toimintakykyä edistävä vaikutus. Myös Jämsen, Kerminen, Strandberg ja Valvanne (2015, 982–983) ovat todenneet, että sairaalahoidon aikana hoitajilla on keskeinen rooli potilaan tilan ja toimintakyvyn muutosten havaitsemisessa. Hoitajia tulee myös kannustaa raportoimaan kyseisistä muutoksista. Suomessa on esitetty, että kuntouttavalla hoitotyöllä ja geriatrisesti suuntautuneella toiminnan organisoinnilla on pystytty parantamaan terveyskeskusvuodeosaston hoitotuloksia ja tuottavuutta.

### **3.2 Ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen**

World Health Organization (WHO) on ottanut käyttöön käsitteen Active Ageing. Vanheneminen nähdään aktiivisena prosessina, jossa optimoidaan ihmisen mahdollisuudet fyysiseen, sosiaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin, terveyteen, osallistumiseen ja turvallisuuteen. Myöhäisestä keski-ikästä siirrytään joustavasti vanhuuteen. Ajattelutapa korostaa itsenäisyyttä, vaikutusmahdollisuuksia ja elämänlaatua ikääntymisen eri vaiheissa myös silloin, kun ihminen on hauras, toimintakyky rajoittunut ja kun hän tarvitsee muiden apua. (World Health Organization 2002, 12.)

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi määrittelee iäkkään henkilön sellaiseksi, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä tai korkeaan ikään liittyvien sairauksien, vammojen tai rappeutumisen johdosta. Laatusuositus arvioi, että merkittävimpiä varautumistoimia ikääntyvässä Suomessa on

mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen. (STM 2013,15.) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön sosiaali- ja terveystieteiden strategia, ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020”, tavoittelee sosiaalisesti kestävästä yhteiskunnasta, jossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti, kaikkien osallisuus ja yhteisöllisyys taataan sekä jokaisen terveyttä ja toimintakykyä edistetään (STM 2011).

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista (980/2012) tarkoituksena on muun muassa tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Laissa määritellään, että pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveystieteiden palvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö kokee elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Ikääntyneelle henkilölle on tarjottava mahdollisuus ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkäiseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015) määrittelee toimintakyvyn keskeiseksi osaksi ihmisen hyvinvointia. Tämä merkitsee kykyä suoriutua päivittäisistä elämän tehtävistä ja haasteista. Toimintakyvyllä on monta ulottuvuutta. Kyky liikkua, nähdä ja kuulla sisältyvät fyysiseen ulottuvuuteen. Kognitiivinen ulottuvuus käsittää ajattelun, oppimisen ja muistin. Sosiaalinen ulottuvuus on kykyä toimia muiden ihmisten kanssa. Elämän mielekkyyden kokeminen on osa psyykkistä toimintakykyä. Toimintakyky nähdään tasapainotilana yksilön kykyjen, elin- ja toimintaympäristön ja omien tavoitteiden välillä.

Hoitotyössä toimintakyvyn arviointi ei perustu pelkästään potilaan ongelmien kartoittamiseen, vaan enneminkin niiden asioiden selvittämiseen, joista potilas suoriutuu vielä itsenäisesti. Hoitotyön lähtökohtana on se, että henkilö itse on terveytensä ja toimintakykynsä ylläpitäjä. Tällöin henkilö käyttää sellaisia toimintakyvyn osa-alueita, jotka mahdollistavat hänen arjessa selviytymisen. Toimintakykyä edistävä hoitajien tuki ja auttaminen perustuvat tietoon potilaan omista voimavaroista sekä hänen toimintakykynsä heikoista ja vahvoista alueista. Hoitajilla, jotka ovat mukana potilaan päivittäisessä arjessa, on vastuullinen ja kes-

keinen rooli moniammatillisen yhteistyön koordinoinnissa. Yhteistyön myötä kukin ammattiryhmä tuo oman osaamisensa potilaan toimintakyvyn edistämiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Routasalo 2004, 87, 91–92.)

Vanhenemisen myötä toimintakyvyn muutokset näkyvät toimintojen määrän ja vaihtelevuuden kapeutumisenä, toimintojen laatutason, tempon ja suoritustavan muutoksina sekä toimintaympäristön niukkenemisenä. Omatoimisuudella tarkoitetaan yksilön selviytymistä itseään tyydyttävällä tavalla arjen tehtävistä siinä ympäristössä, jossa hän elää. Motivaatio eli tahto ja halu toimia sekä toiminnan merkitys, yksilöllinen tunnekokemus sekä toiminnan tarkoituksenmukainen päämäärä edesauttavat yksilön itsenäistä suoriutumista. Elämänkaaren eri vaiheissa korostuvat toimintakyvyn eri tasot. Toimintakyvyn vaihteleva määrittely perustuu sosiaali- ja terveystieteiden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattien erilaisiin toimintakykykäsityksiin. (Pikkarainen 2005, 45–46.) Potilaan ja kuntoutujan elämänvaihe määrittelee omat erityispiirteensä toimintakykytavoitteelle. Toimintakyvyn paranemien edellyttää yleensä väli- tai osatavoitteiden asettamista ennen kuin kokonaistavoite voidaan saavuttaa. (Pohjolainen & Salychev 2015.) Toimintakyky merkitsee ensisijaisesti sitä, mihin ihminen kykenee omassa elinympäristössään, riippumatta siitä hyödyntääkö hän näitä kykyjään vai ei (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 16).

Toimintakyky merkitsee henkilön kykyä selviytyä arkielämän toiminnoista elinympäristössään. Vanhusväestön osalta toimintakyky ennustaa avun ja ympärivuorokautisen hoivan tarvetta sekä kuolleisuutta. Kolmannes vanhuksista menettää osan päivittäisissä toimissa tarvitsemastaan toimintakyvystä sairaalahoidon aikana. Hoidon tavoitteena on oltava sairauden hoidon lisäksi myös toimintakyvyn palauttaminen. On selvitetty, että hyväkuntoisetkin potilaat viettävät vuoteessa 17–20 tuntia vuorokaudesta, vaikka vuodelepoon on harvoin ehdotonta indikaatiota. Vuodelevon aikana vanhuksilla lihaskato on nopeampaa kuin nuoremmilla potilailla. Toimintakyvyn heikkenemisen riski on sitä suurempi, mitä vähäisempää liikkuminen on. (Jämsen ym. 2015, 977, 980.)

Potilaan mobilisointi on tärkeää heti hoidon alusta alkaen. Heikkokuntoisten potilaiden mobilisaatio voi olla vain wc-tuolille siirtyminen, tai istumaan nousu ruo-

kailun ajaksi, mutta tämänkaltaisilla pienilläkin toimenpiteillä on merkitystä. Potilaiden ruokailu ruokasalissa sen sijaan, että ruokailu tapahtuisi vuoteen reunalta, on kuntouttavaa. Potilaan toimintakyvyn tukeminen edellyttää erityisesti hoitajilta kannustavaa ja kuntouttavaa työtettä. Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen vaatii kaikilta ammattiryhmiltä uudenlaista ajattelua ja moniammatillista yhteistyötä. Panostus toimintakykyä ylläpitäviin hoitokäytäntöihin maksaa itsensä takaisin, kun potilaat pysyvät parempikuntoisina. (Jämsen ym. 2015, 980, 982–983.)

## **4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät**

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa hoitotyön prosessin eri vaiheissa ja miten kirjaaminen tukee kuntouttavan hoitotyön käytäntöä Polvijärven terveyskeskuksen pitkäaikaispotilaiden vuodeosastolla.

Tutkimustehtävät ovat:

- Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa?
- Miten kuntouttava työote esiintyy hoitotyön kirjaamisen suunnittelu- toteutus- ja arviointivaiheessa?
- Tukeeko rakenteinen kirjaaminen kuntouttavaa hoitotyötä?

## **5 Opinnäytetyön toteutus**

### **5.1 Laadullinen tutkimus**

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus soveltuu hyvin hoitotyön ja laajemmin terveydenhuollon tutkimiseen, koska siinä tarvitaan eri tavoilla koostettua tietoa ihmisten subjektiivisista kokemuksista terveydestä, sairaudesta ja sen hoidosta. Monien hoitamisen ilmiöiden ymmärtämiseen tarvitaan ihmisten omia kuvauk-



sia, eikä hoitamisen ilmiöitä voida mitata vain määrällisesti tai tutkia tietoa havainnoimalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74.) Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan sitä, millainen jokin ilmiö on tutkimukseen osallistuneiden ihmisten mielestä. On myös olennaista, että osallistuja kykenee ja haluaa kuvaata tutkimuskohteen ilmiötä. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on osallistujien näkökannan ymmärtäminen, jossa tutkimuksen tekijä itse on aktiivisessa vuorovaikutuksessa tutkimuksen osallistujaan. Laadullinen tutkimus tuottaa tietoa tutkimukseen osallistuneiden näkökulmasta, jolloin tutkimustehtävät ovat alussa laajoja ja tarkentuvat tutkimusprosessin aikana. Tutkimusprosessin edetessä voi syntyä myös uusia tutkimustehtäviä. (Kylmä & Juvakka 2007, 23, 26, 28, 53, 58.)

Laadullinen tutkimus suosii ihmistä tiedon keruun välineenä ja tämän vuoksi siinä suositaan menetelmiä, jossa tutkittavan ääni ja näkökulma tulevat esiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Tutkimus pitää tärkeänä henkilöitä, joilta tieto kerätään, tällöin tiedonantajien pitää olla ennalta harkittua ja tarkoitukseen sopivaa eikä satunnaista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86). Laadullisessa tutkimuksessa tulee kiinnittää huomiota informanttien eli tutkittavien valintaan ja siihen, että juuri heillä on mahdollisimman paljon kokemuksellista tietoa asiasta. Tutkimus kohdentuu tutkittavan ilmiön laatuun eikä sen määrään. Liian suuri osallistujamäärä voi joskus hankaloittaa oleellisen löytämistä tutkimusaineistosta, joten on tavallista, että laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on yleensä vähän. (Kylmä & Juvakka 2007, 27,58.)

Yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää joko yksittäin, rinnakkain tai eri tavoin yhdisteltynä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Tutkimusaineistoa kerätään mahdollisimman avoimilla menetelmillä ja erilaisia aineistonkeruu- tai analyysimenetelmiä voidaan yhdistää, myös kirjalliset aineistot voivat olla aineistona laadullisessa tutkimuksessa. Kahden tai useamman näkökulman yhtäaikaista käyttämistä samassa tutkimuksessa kutsutaan triangulaatioksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 17, 27). Erilaisia aineistoja kannattaa yhdistellä ja selvittää niiden välillä johtolankoja ja vihjeitä, jotka auttavat tulkinnan tekemisessä ja arvoituksen rat-

kaisemisessa (Vilkkä 2015, 150). Tutkimusmateriaalia kerätään niin paljon kuin sitä tarvitaan totuuden paljastamiseksi eli tutkijan on perehdyttävä aineistoon sitä mukaa, kun sitä kerätään. Laadullisessa tutkimuksessa tiedon hankinta ja analyysi kulkevat käsi kädessä. Tiedon keräämisen lopettamispiste on aina harkinnanvarainen. (Kananen 2014, 98.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009,85). Laadullinen tutkimus tutkii yksittäistä tapausta ja siinä pyritään saamaan yhdestä havaintoyksiköstä irti mahdollisimman paljon. Tutkimuksessa kiinnostaa asioiden merkitys niiden oikeassa kontekstissaan. Laadullinen tutkimus on kuvailevaa eli deskriptiivistä, ja tutkijan mielenkiinto kohdistuu prosesseihin, merkityksiin sekä ilmiön ymmärtämiseen sanojen, tekstien ja kuvien avulla. Laadullinen tieto on yksityiskohtaista, rikasta ja asiayhteyteen liittyvää ja tutkimusprosessi etenee yksittäisistä havainnoista tuloksiin eli päättelyn logiikka on induktiivista. (Kananen 2014, 18–20, 61.) Induktiivinen päättely etenee yksittäistapauksista yleiseen. Päättely perustuu aineistolähtöisten yksittäisten tapahtumien havaintoihin, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 23.)

Opinnäytetyö suoritettiin laadullisena tutkimuksena, koska tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyön kirjaamista ja kuntouttavan työotteen näkyvyyttä tutkimukseen osallistuneiden hoitajien näkökulmasta ja heidän tuottamien kirjallisten dokumenttien perusteella. Tutkimuksessa hyödynnetään kahta erilaista aineistonkeruu- ja analysointimenetelmää, teemahaastattelua (teemoittelu) ja kirjallisia dokumentteja (sisällön analyysi). Edellä mainittujen menetelmien avulla pyritään muodostamaan mahdollisimman kattava kokonaiskäsitys tutkittavasta ilmiöstä.

## **5.2 Teemahaastattelu**

Haastattelumenetelmä soveltuu sekä laadulliseen että määrälliseen tutkimukseen. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelun tavoitteena on tutkittavan ilmiön monipuolinen ja värikäs kuvaaminen. Laadullisen tutkimuksen tieto on sidoksis-

sa siihen tutkimusympäristöön, yhteisöön ja kulttuuriin, josta se on hankittu. (Kylmä & Juvakka 2007, 75,79–80.),

Teemahaastattelun tarkoituksena on avata tutkimusilmiötä teemojen avulla. Kysymys ja siihen saatu vastaus ovat pieni osa ymmärrystä. Tutkittavalta saadut vastaukset ovat osa kokonaisuutta, josta tutkija rakentaa analyysivaiheen kautta kokonaisvaltaisen kuvan ja ymmärryksen tutkimuskohteesta. (Kananen 2014, 72.) Teema-alueita ja kysymysmuotoja tulee hahmotella niin pitkälle, että se turvaa tarvittavan tiedon saannin. Teemaluettelon käyttö haastattelussa varmistaa keskustelun suuntaamisen oikeisiin ja ongelmien kannalta keskeisiin asioihin. Teemahaastattelun etuna on se, että haastattelija huomaa väärät reaktiot heti ja voi tarkentavilla lisäkysymyksillä korjata tilanteen. Haastattelut toteutetaan yleensä arkikielellä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 103–104.)

Teemahaastattelussa edetään keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaisesti. Teemahaastattelulla pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia juuri tutkimuksen tarkoituksen, ongelmanasettelun sekä tutkimustehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut teemat liittyvät tutkimuksen viitekehukseen. Tärkeintä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Haastattelun etuna pidetään joustavuutta eli haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsitys, selventää ilmausten sanamuotoja ja keskustella tiedonantajan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73,75.) Teemahaastattelu on kahden ihmisen välistä keskustelua ja edellyttää häiriötöntä kontaktia haastateltavaan, joten haastattelupaikan tulee olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 74.)

Haastateltavien valintaan vaikuttaa se, mitä ollaan tutkimassa. Tutkimusongelman kannalta on merkittävää, että haastateltavalla on omakohtainen kokemus asiasta. (Vilka 2015, 135.) Hirsjärven ja Hurmeen (2010, 59) mukaan harkinanvarainen näyte on tutkijan mielestä käyttötarkoitukseen soveltuvaa, ja se perustuu vahvaan teoreettiseen lähtökohtaan. Muutamaa henkilöä haastattelemalla voidaan saada merkittävää tietoa, joka auttaa ymmärtämään tutkimusilmiötä syvällisemmin ja saamaan tietoa paikallisesta ilmiöstä. Haastattelun avulla etsi-

tään uusia teoreettisia näkökulmia ilmiöön ja laadullinen keskittyminen yhteen tapaukseen mahdollistaa yksityiskohtien tarkastelun.

Opinnäytetyöhön haastateltavaksi valikoitui vapaaehtoisuuden perusteella kohdeorganisaation hoitohenkilöstöä, joilla on parhain mahdollinen näkemys ja kokemus kyseisen osaston toimintamalleista ja kirjaamisesta. Hoitajia haastatteleamalla opinnäytetyöntekijä halusi lisätä ilmiön ymmärtämistä, näkemystä ja kokemusta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta kuntouttavan työtteen näkökulmasta. Lisäksi haluttiin selvittää kirjaamisen merkitystä kuntouttavaan hoitotyöhön käytännössä.

Haastattelut yleensä nauhoitetaan, tällöin kommunikaatiotapahtumasta saadaan säilytettyä olennaisia asioita ja tutkijan on mahdollista palata alkuperäiseen aineistoon analyysivaiheen aikana. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 92; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 127.) Ennen nauhoituksen aloitusta ja aika ajoin kesken haastattelun kannattaa varmistaa, että tekninen välineistö on kunnossa ja säädöt kohdallaan, että autenttista tilannetta ei menetettäisi (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184). Haastattelun jälkeen aineisto muutetaan tekstimuotoon eli litteroidaan, jolloin niitä voidaan käsitellä manuaalisesti tai ohjelmallisesti erilaisilla analysointimenetelmillä. Teemahaastatteluaineisto litteroidaan mahdollisimman sanatarkasti, jolloin se edustaa litteroinnin tarkinta tasoa. (Kananen 2014, 101–102.)

Haastatteluaineiston tulkinta ja analyysivaihe vaikuttavat luonnollisesti lopputulokseen. Ei ole olemassa analyysitapaa, joka olisi selvästi muita parempi. Aineiston purkamisessa teema-alueittain, tutkijan on löydettävä haastatteluvastauksista olennaisin sisältö. Luokkien muodostumisen kriteerit ovat suhteessa tutkimustehtävään, aineiston laatuun sekä tutkijan teoreettiseen asiantuntemukseen ja kykyyn hyödyntää tätä tietoa. Analyysista esiin nousevat teemat perustuvat tutkijan tulkintoihin haastateltavien sanomisista ja oletettavasti vähintään lähtökohtateemat nousevat esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 136 -137, 142, 148, 152, 173.)

### 5.3 Sähköiset dokumentit

Toisena tutkimuksen lähdeaineistona olivat Polvijärven terveyskeskuksen pitkäaikaishoitotilaiden vuodeosaston hoitajien tekemät kirjaukset Mediatri-potilastietojärjestelmän Hoitotyön merkinnät -kirjaamialustalle. Mediatri on Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän käytössä oleva potilastietojärjestelmä. Tutkimuskohteena olleessa organisaatiossa Mediatri-potilastietojärjestelmän sähköinen rakenteinen kirjaaminen on ollut käytössä alle 10 vuotta.

Mediatri-potilastietojärjestelmässä sähköinen rakenteinen hoitotyön kirjaaminen toteutuu kansallisen systemaattisen hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Hoitotyön merkinnät -kirjaamialusta perustuu Suomalaisen hoitotyön luokitukseen (FinCC), joka sisältää hoidon tarveluokituksen (SHTaL), hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) sekä hoidon tuloksen tilan luokituksen (SHTuL). Kussakin luokituksessa käytössä olevat komponentit ovat valittavissa valmiista luettelosta. Tämä ohjaa hoitajia oikean kirjaamisen tuottamisessa. (Mediconsult 2015.)

Laadullisen tutkimuksen lähteiksi sopivat kaikki kirjallisen aineiston muodot, kuten esimerkiksi erilaiset dokumentit, tilastot, raportit ja muistiinpanot. Edellä mainittujen lähteiden hyödyntämistä kutsutaan sekundäärisiksi tiedonkeruumenetelmiksi. Dokumentti voi olla kirjallisesti tuotettu aineisto, joka on tapahtunut menneessä ajassa. Niillä kuvataan jo tapahtuneita asioita. Koska dokumentit kuvaavat mennyttä aikaa, ne avartavat tutkijan näkemystä ja ymmärrystä tutkittavan kohteen kehittymistä ajan funktiona. Laadullisessa tutkimuksessa kirjalliset aineistot tukevat ja täydentävät haastatteluja. (Kananen 2014, 90–92.) Dokumentti tarkoittaa erilaisia tutkittavaan ilmiöön liittyviä tekstejä, joiden avulla tutkimusongelmaan haetaan ratkaisua (Kananen 2015, 81).

### 5.4 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimuksen toimintaympäristö oli terveyskeskuksen vuodeosaston pitkäaikaishoitotilaiden hoitotiimi, jossa potilaita on noin 20. Tutkimuksen kohderyhmä oli ky-

seisen osaston hoitohenkilökunta sekä heidän tuottamat kirjaukset Mediatripotilastietojärjestelmän Hoitotyön merkinnät-lehdelle. Osastolla on hoitajia 10–12. Ennen tutkimusaineiston hankintaa haettiin tutkimuslupa (liite 2) kohdeorganisaation johtavalta lääkäriltä.

Opinnäytetyössä tarkasteltiin kahta erilaista tutkimusaineistoa, teemahaastattelun tuloksia ja kirjallisia dokumentteja, tällöin puhutaan metodisesta (metodologinen) triangulaatiosta. Tämä tarkoittaa sitä, että saman ongelman ratkaisemiseksi kerätään eri metodien tai tutkimusstrategioiden avulla tietoa. Tällaisia metodeja voivat olla esimerkiksi haastattelu, kysely, havainnointi, dokumenttien analyysi tai tilanteiden nauhoitus. Yleisesti triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten metodien, tutkijoiden, tiedonlähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143, 145.)

Toinen opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin hoitajien yksilöhaastatteluna, jossa hyödynnettiin teemahaastattelumenetelmää. Yksilöhaastattelu soveltuu ihmisen omakohtaisen kokemuksen tutkimiseen (Vilkkä 2015, 123). Haastatteluun osallistui viisi hoitajaa. Hoitajat valikoituvat haastateltaviksi vapaaehtoisuuden perusteella. Kaikille työyhteisön hoitajille toimitettiin etukäteen saatekirje (liite 3), jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä tavoitteista. On hyvän tieteellisen käytännön mukaista, että tutkittavalla on riittävästi tietoa tutkimuksesta, jonka perusteella hän tekee päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavalla on oikeus tietää mihin tarkoitukseen hän tietoa antaa ja siitä, mihin tutkimustuloksia käytetään. On hyvä perustella, miksi juuri hänen osallistuminen on tärkeää. (Vilkkä 2015, 190–191.) Haastateltava on myös saatava kiinnostumaan aiheesta tai on vedottava ystävällisesti hänen haluunsa auttaa ja tukea tutkimusta (Hirsjärvi & Hurme 2010, 85). On sallittua ja jopa suotavaa, että tiedonantajat voivat tutustua etukäteen teemoihin tai vähintään haastattelun aiheeseen. Tämä on myös eettisesti perusteltua ja edistää tiedonantajan positiivista suhtautumista haastattelua kohtaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.)

Saatekirjeen liitteenä oli suostumuslomake (liite 4), jonka haastateltavaksi suostunut hoitaja toimitti allekirjoitettuna suljetussa kirjekuoressa kansliassa si-

jainneeseen yhteiseen palautuskuoreen. Tiimivastaava hoitaja toimitti suostumuslomakkeet yhteisessä kuoressa sovittuun määräaikaan mennessä toimeksiantajalle. Toimeksiantaja antoi suljetut kirjekuoret opinnäytetyöntekijälle, joka otti yhteyttä puhelimitse kuhunkin tutkittavaan erikseen ja sopi haastattelun ajankohdasta ja paikasta haastateltavan kanssa. Tutkittavan suostumus ja henkilöllisyys eivät paljastuneet, ellei tutkittava itse sitä kertonut työyhteisössä.

Haastattelun ulkoisia häiriötekijöitä voivat olla esimerkiksi muiden henkilöiden läsnäolo haastattelussa, varsinkin jos he puuttuvat haastattelun kulkuun. Haastattelutilanne vaatii rauhallisen paikan ja sen tulisi olla haastateltavalle turvallinen, tällöin saavutetaan teemahaastattelun edellyttämä hyvä kontakti haastateltavaan. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 74,123, 127.) Tässä tutkimuksessa haastattelupaikaksi valikoitui työpaikan rauhallinen neuvotteluhuone, joka sijaitsi fyysisesti erillään kohdeorganisaation osastosta.

Haastattelut toteutettiin kesäkuussa 2015 yksilöhaastatteluina. Ennen varsinaista haastattelua teemahaastattelurunko (liite 5) suunniteltiin huolellisesti tutkimuskysymysten mukaisilla teemoilla. Lopullinen versio haastattelurungosta esitettiin ajankäytön arvioimiseksi sekä haastattelurungon sopivuuden tarkastelemiseksi ja tutkimuskysymysten arvioimiseksi. Haastattelurunkoon tehdään tarvittavia muutoksia tai kysymyksiä täsmennetään ja tarkennetaan tarvittaessa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 72, 74.) Esihaastattelu suoritettiin yhdelle kohdeorganisaation hoitajalle. Tässä tutkimuksessa haastattelulomakkeeseen ei tehty muutoksia, koska esihaastattelussa todettiin, että tarkentavilla kysymyksillä voitiin täsmentää riittävästi teemoihin liittyviä kysymyksiä. Esihaastattelun aineistoa voitiin hyödyntää varsinaisessa tutkimuksessa.

Kaikki haastattelut saatiin läpivietyä keskeytyksittä ja ongelmitta. Haastattelujen kestot vaihtelivat 12 ja 22 minuutin välillä. Yhteensä nauhoitettua haastatteluaineistoa kertyi hieman yli 95 minuuttia. Kaikki haastattelut tallennettiin sanelukoneella, jonka toiminta varmistettiin kunkin haastattelun alussa ja sen toimintaa tarkkailtiin koko haastattelun ajan. Opinnäytetyöntekijä kiinnitti huomiota teemahaastattelussa esiintyviin termeihin, jotka eivät olleet kaikille haastateltaville entuudestaan tuttuja. Asioita voitiin täsmentää haastattelun aikana tarkentavilla li-

säkysymyksillä ja näin varmistuttiin, että puhuttiin samoista asioista. Tutkimuksen kannalta epäoleelliset asiat karsittiin haastatteluaineiston ulkopuolelle.

Haastattelu on hyvin joustava menetelmä, mutta sen virhelähteet voivat johtua niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin sekä itse tilanteesta kokonaisuutena. Haastattelijan oma väsymys tai motivaation puute haastattelijalta tai haastateltavalta voi johtaa epäonnistumiseen. Jos haastateltava ei ole motivoitunut, hän saattaa vastata pinnallisesti, hajamielisesti, lyhyesti ja hän haluaa päästä nopeasti tilanteesta eroon. Tällöin haastattelija voi jäädä ilman haluamiaan vastauksia, vaikka haastateltavalla olisikin tietoa asiasta. Toisaalta haastateltava voi olla myös liian puhelias ja kertoa väärää asioita tai hänellä voi olla taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. ( Hirsjärvi ym. 2009, 206; Hirsjärvi & Hurme 2010, 34–35, 124, 126–127.) Opinnäytetyön tekijä otti nämä mahdolliset haastatteluun vaikuttavat virhetekijät haastattelun aikana huomioon.

Hoitotyön kirjaamisen tilannetta arvioitiin ottamalla harkinnanvarainen näyte hoitotyön kirjauksista viiden päivän ajalta 10 potilaan osalta Mediatri-potilastietojärjestelmästä Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalta. Kirjalliset dokumentit otettiin menneisyydestä ajalta, jolloin hoitajat eivät vielä tienneet tutkimuksesta. Vilka (2015, 151) toteaa, että tutkija itse päättää viime kädessä tutkimusongelman ja tutkimuksen tavoitteen perusteella valintakriteerit, jonka pohjalta tutkimusaineisto kerätään. Aineisto sisälsi kaikkiaan 16 työvuoron potilasmerkinnät. Tällä haluttiin varmistaa mahdollisimman monipuolinen hoitotyön kirjaamisen esiintyvyys sekä mahdollisimman monipuolinen kirjaajien joukko. Näillä tiedoilla opinnäytetyön tekijä uskoi saatavan riittävästi tietoa tutkimusongelman ratkaisemiseksi hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen toteutumisesta sekä kuntouttavan työotteen näkyvyydestä merkinnöissä. Laadullisen tutkimusmenetelmän ja sen aineiston keräämisen tavoitteena voidaan pitää aineiston sisällöllistä laajuutta, ei niinkään aineiston määrää kappaleina (Vilka 2015, 129).

Kohdeorganisaation potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä otti kesäkuussa 2015 Mediatri-potilastietojärjestelmän Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalta raportin kohdeorganisaation 10 potilaan osalta. Sähköiset dokumentit tulostettiin paperiseen muotoon. Kokonaisuudessaan analysoitavaa tekstiä tuli 162 sivua A4-



kokoisia tulosteita Times New Roman fontti, kirjainkoko 12 ja riviväli 1. Dokumentit otettiin 16.3.–20.3.2015 väliseltä ajalta. Heti tulostamisen jälkeen dokumenteista oli poistettu laadullisen aineiston peruseriaatteen mukaisesti kaikki suorat tunnistetiedot, kuten nimet, osoitteet syntymäajat, puhelinnumerot sekä potilastietojen että kirjaajan osalta (Kuula 2014, 214). Paperisia dokumentteja käytettiin anonyymisti tutkimusmateriaalin analysointivaiheessa. Kenenkään tutkittavan henkilöllisyys ei paljastunut opinnäytetyön missään vaiheessa. Tutkimusaineistoa käytettiin vain tässä tutkimuksessa ja materiaali hävitetään asianmukaisesti, kun tutkimus on valmis ja hyväksytty.

Kirjalliset dokumentit rajattiin otettaviksi näkymä-, ammattiryhmä- ja osastokohteisesti kohdeorganisaation hoitajien tekemistä kirjauksista Mediatriin Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalle. Kanasen (2014, 33) mukaan tieteellinen tutkimus pitää rajata selkeästi, muuten tutkimus jää pinnalliseksi. Rajaamisen avulla hallitaan ilmiön ongelmaa ja se edistää selityksen löytymistä. Rajaaminen tapahtuu usein tutkimuksen edistyessä sekä ilmiön hahmottuessa.

Mediatri-potilastietojärjestelmässä Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustan merkinnät tuotetaan kansallisen systemaattisen hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Tällä hetkellä käytössä on Suomalainen hoitotyön FinCC-luokitus, päivitetty versio 3,0. Kirjallisten dokumenttien ottamisen ajankohdan aikaan kohdeorganisaatiossa oli käytössä FinnCC-luokituksen SHTal versio 2.01, SHTol versio 2.01 ja SHTul 1.0 (Härkönen 2016). Tähän pohjautuen Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalta oli mahdollista tarkastella hoitotyön prosessin vaiheiden mukaista kirjaamisen toteutumista.

## **5.5 Aineiston käsittely ja analysointi**

### **5.5.1 Haastatteluaineiston analysointi**

Toinen opinnäytetyössä käytetyistä menetelmistä oli teemahaastattelu. Laadullinen haastattelututkimus analysoidaan yleensä litteroidusta aineistosta. Tämä on perusteltua, koska pelkästään nauhoitettua puhetta kuuntelemalla isompien

kokonaisuuksien hahmottaminen olisi vaikeaa, jopa mahdotonta. Tutkija tulkitsee aineistoaan tutkittavan näkökulmasta, samalla miettien tutkimusaihetta ja -ongelmaa. Tutkija tulkitsee aineistoa tutkijana ja tekee valintoja sen suhteen, mikä sanotussa ja toimitussa on tutkimuksellisesti merkityksellistä. On hyvän tieteellisen tavan mukaista pyrkiä mahdollisimman hyvään läpinäkyvyyteen aineistosta tehtyjen tulkintojen osalta. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 427–428.)

Koko haastatteluaineisto litteroitiin sanatarkasti kirjalliseen muotoon mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, viimeistään kahden päivän sisällä haastattelusta. On arvioitu, että kokeneeltakin kirjoittajalta yhden tunnin mittaisen haastattelun litterointi vie asianmukaisilla välineillä kuudesta kahdeksaan tuntia (Kylmä & Juvakka 2007, 65). Litteroitua materiaalia kertyi yhteensä 21,5 sivua (fontti Times New Roman, kirjainkoko 12, riviväli 1). Litteroitu aineisto luettiin läpi moneen kertaan, jonka jälkeen aineisto pelkistettiin tarkastelemalla litteroitua tekstiä tutkimustehtävien mukaisesti. Aineistosta karsittiin pois materiaali, joka ei vastannut tutkimuskysymyksiin.

Teemahaastatteluaineisto on luontevaa analysoida teemoittelun avulla, ja se voidaan toteuttaa joko aineisto- tai teorialähtöisesti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Teemoittelu toteutettiin tässä opinnäytetyössä aineistolähtöisesti tutkimustehtäviin pohjautuvan luokittelurungon mukaan. Litteroitu materiaali pelkistettiin koodaamalla aineisto eri väreillä tutkimuskysymyksittäin. Ennen analyysiä päätetään analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus (Vilka 2015, 164). Opinnäytetyössä analyysiyksikkönä pidettiin lausetta tai sen osaa. Litteroidusta materiaalista merkittiin keltaisella värillä kohdat, jotka käsittelivät tutkimuskysymystä ”Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa?”, oranssilla värillä merkittiin kohdat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksen ”Miten kuntouttava työote esiintyy hoitotyön kirjaamisen suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheessa?” ja vihreällä merkittiin kohdat, jotka käsittelivät tutkimuskysymystä ”Tukeeko rakenteinen kirjaaminen kuntouttavaa hoitotyötä?” jne. Merkkaamisen jälkeen eri osiot koottiin yhteen tekstinkäsittelyohjelman leikkaa-liitä -toiminnon avulla. Näin materiaalin

käsittelyminen tutkimuskysymyksittäin selkiytyi ja aineistosta saatiin tutkimuskysymyksittäin valikoituja sitaatteja, joiden pohjalta teemoittelu tehtiin.

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) toteavat, että on tavallista käyttää sitaatteja tutkimusraportin tuloksien ja teemojen käsittelyn yhteydessä. Jokaisen sitaatin käyttö hyödynnetään harkitusti, ja niiden yhteydessä on hyvä esittää tutkijan kommentteja ja tulkintoja, jotka liittyvät teoriaan. Sitaatit osoittavat todaksi ja konkretisoivat sen, että tutkijalla on todella ollut haastatteluaineisto, johon analyysi ja teemoittelu perustuu. Haastatteluaineisto jaettiin sitaattien pohjalta tutkimustehtävien mukaisiin teema-alueisiin (liite 6). Teema-alueet jaettiin vielä alateemoihin aineiston analysoinnin selkeyttämiseksi. Haastatteluaineistosta muodostettiin 11 teemaa ja niiden alle yhteensä 21 alateemaa. Haastatteluista nousi esiin myös uusia teemoja, kuten kehittämistarpeet kirjaamisessa. Tutkimuskysymystä ”Tukeeko rakenteinen kirjaaminen kuntouttavaa hoitotyötä?” voitiin tarkastella ainoastaan haastatteluaineiston perusteella.

### **5.5.2 Kirjallisten aineiston analysointi**

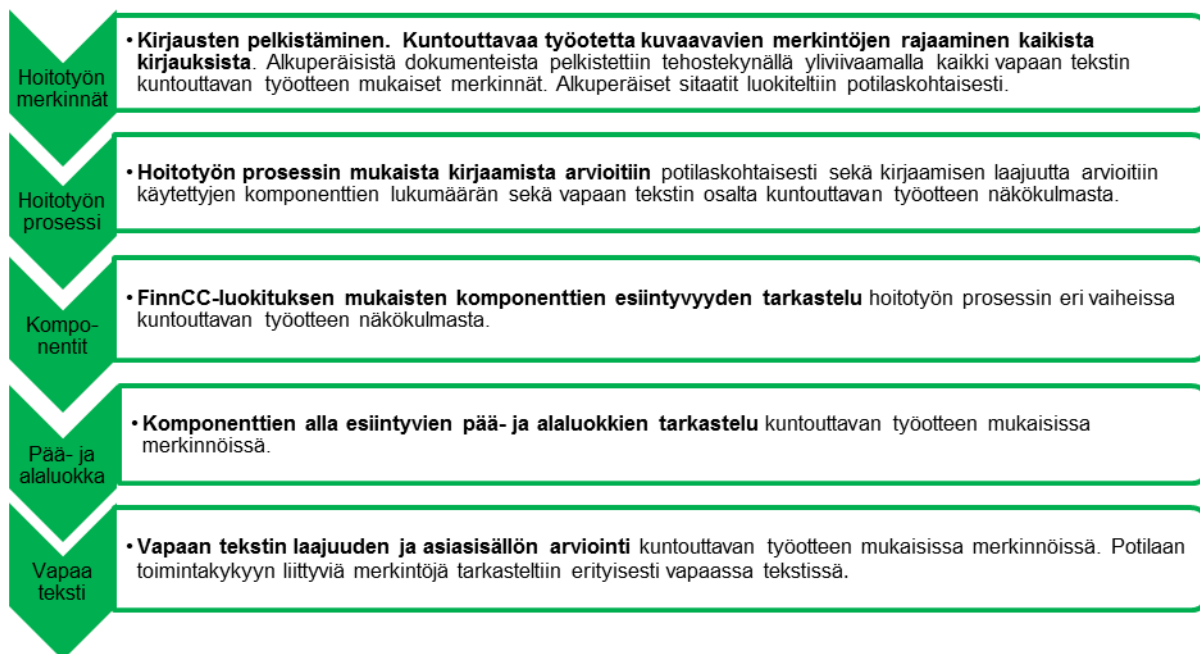
Toisena tarkastelun kohteena ja tutkimusaineistona tässä opinnäytetyössä oli kirjalliset dokumentit, jotka analysoitiin aineistolähtöistä sisällön analyysiä hyödyntäen. Laadullisen tutkimuksen yhtenä lähtökohtana voidaan tarkastella kieltä kommunikaationa, jossa voidaan keskittyä kielen sisältöön tai sen prosessiin. Sisällön analyysille on tyypillistä muodostaa kategorioita sekä laskea ja tutkia esiintymistä ja tekstin merkityksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67, 72.) Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa kuvataan dokumenttien sisältöä sanallisesti. Analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104,106, 108.) Hallilla (2005, 116) kirjoittaa, että hoitotyössä sisällönanalyysiä voidaan käyttää dokumenttien sisällön kuvaamiseen ja jäsentämiseen. Hoitotyön kirjaamisen perusteella voidaan lisäksi tarkastella, miten osaston filosofia elää kirjaamisen kautta käytännössä. Opinnäytetyössä tarkasteltiin kohdeorganisaation vuodeosaston kuntouttavan työtteen esiintymistä hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa.

Dokumenttien tarkastelun lähtökohtana olivat tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset. Kirjallisissa dokumenteissa esiintyvää kirjaamista tutkittiin monesta eri näkökulmasta tutkimusilmiön selvittämiseksi ja ymmärryksen lisäämiseksi. Hallilan (2005, 115) mukaan tutkijan tulee tarkastella asiakirjoja systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysin objektiivisuudella tarkoitetaan sitä, että tarkastelu perustuu selvästi määriteltyihin ja yleisesti tiedossa oleviin sääntöihin. Tällaisia ovat muun muassa kirjaamisen kriteerit, joiden esiintyvyyttä tarkastellaan hoitotyön kirjauksista. Hoitotyön kirjaamisen arvioinnin ja kehittämisen apuvälineenä voidaan käyttää Kailan ja Kuivalaisen kehittämää hoitotyön kirjaamisen arviointimittaria ja sen arviointiohjetta (liite 7) (Kaila & Kuivalainen 2014, 115, 122, 125, 172–174). Opinnäytetyössä kirjaamisen arviointi tukeutui joiltakin osin Kailan ja Kuivalaisen hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin arviointiohjeeseen, 2008/ versio 31.3.2012 ©.

Tässä opinnäytetyössä kuntouttavan hoitotyön merkinnöillä tarkoitetaan sellaisia hoitajien tekemiä kirjauksia Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalla, jotka kuvaavat potilaan fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista toimintakykyä sekä niihin liittyviä hoitotyön toimintoja, potilaan avustamista, avuntarvetta tai omatoimisuutta ja sen tukemista edellä mainituissa toiminnoissa. Opinnäytetyön dokumenttien tarkastelu kohdistui potilaan toimintakykykuvausten osalta erityisesti kirjaamisen vapaan tekstin osuuteen.

Dokumenteissa tarkasteltiin lisäksi hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti toteutunutta kirjaamista sekä valittujen komponenttien, pää- ja/ tai alaluokkien sekä vapaan tekstin osuutta kuntouttavan työotteen mukaisissa merkinnöissä. Saranto ja Ensio (2007, 130–131) ovat sitä mieltä, että kirjaamisessa asioiden esiintyvyyttä voidaan tarkastella komponentti- tai pää- ja alaluokkatasolla. Tarkastelusta rajattiin pois kaikki muut merkinnät, jotka eivät selkeästi liittyneet kuntouttavaan työotteeseen, kuten esimerkiksi lääkehoitoon liittyvät merkinnät. Näin ollen todellisuudessa dokumenttien sisältämissä merkinnöissä saattoi esiintyä enemmän komponentteja, pää- ja alaluokkia tai vapaata tekstiä kuin mitä tässä opinnäytetyössä esiintyy.

Kuvion 2 avulla selvennetään kirjallisten dokumenttien analysoinnin vaihteita ja toimintoja. Analyysin vaihteita olivat muun muassa aineiston kuvaaminen, luokitteleminen ja yhdistäminen useassa eri vaiheessa tutkimusprosessin edetessä. Toimintoja ja käsitteiden välisiä suhteita tarkasteltiin monivaiheisesti edeten yksittäisestä tapahtumasta laajempaan kokonaisuuteen.



Kuvio 2. Kirjallisten dokumenttien analysointivaihteita sekä analysointiin sisältyviä toimintoja.

Kirjallisten dokumenttien tarkastelu aloitettiin alkuperäisten dokumenttien Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustan merkintöjen pelkistämällä. Potilaskohtaisesti tehostekynällä yliviivattiin kaikki vapaan tekstin kuntouttavan työtteen mukaiset merkinnät kaikkien työvuorojen osalta. Tutkimuskysymysten kannalta epäolennaiset sisällöt rajattiin aineiston ulkopuolelle. Tämän jälkeen dokumenttien pelkistetty aineisto, jolla kuvattiin hoitajien toteuttamaa kuntouttavaa hoitotyötä, luokiteltiin potilaskohtaisesti ja hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti. Samansisältöiset, toistuvat merkinnät kuvattiin taulukossa numeraalisesti. Aineisto esitettiin taulukon (liite 8) avulla.

Hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen toteutumista tarkasteltiin kirjallisissa dokumenteissa potilaskohtaisesti. Samalla arvioitiin kirjaamisen laajuutta käytettyjen komponenttien lukumäärää sekä vapaan tekstin määrää,

asiasisältöä ja laatua. Tarkastelu kohdistui kuntouttavan työotteen mukaisiin merkintöihin. Prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen toteutuminen kuvattiin taulukon avulla, joka esitetään tulosten yhteydessä. Tämä tarkastelu auttoi osaltaan selvittämään kahta ensimmäistä tutkimuskysymystä ”Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa?” sekä ”Miten kuntouttava työote esiintyy hoitotyön kirjaamisen suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheessa?”

Dokumenteista analysoitiin kuntouttavaa työotetta kuvaavien FinnCC-luokituksen mukaisten komponenttien sekä niiden alaisten pää- ja alaluokkien esiintyvyyttä hoitotyön prosessin eri vaiheissa. Tuloksen selkiyttämiseksi tuotettiin potilaskohtaisesti ja prosessin vaiheittain ryhmitelty komponentti-, pää- ja alaluokkakohtainen taulukko (liite 9). Taulukosta koodattiin samoilla väreillä prosessin vaiheittain esiintyvät samat komponentit. Komponenttien sekä niiden alaisten pää- ja alaluokkien tarkempi tarkastelu avasi näkemystä siitä, millaisia asiakokonaisuuksia hoitajat pitivät tärkeinä kuntouttavan työotteen mukaisissa merkinnöissä, ja mitkä toimintakyvyn osa-alueet korostuivat dokumentoinnissa. Kuntouttavaa työotetta kuvaavien komponenttien määrällistä käyttöä prosessin eri vaiheittain selvennettiin taulukon avulla, mikä esitetään tulosten yhteydessä. Tulokset esitettiin potilasmäärin ja prosessin vaiheittain ilmaistuna kaikkien potilaiden osalta. Tämä analysointivaihe selvensi eri komponenttien käyttöä ja esiintyvyyttä hoitotyön prosessin vaiheittain kuntouttavan työotteen kirjaamisessa.

Vapaan tekstiosuuden asiasisältöä ja kirjaamisen tarkkuutta arvioitiin sana- ja lausetasolla. Kirjaamisen asiasisältöä ja loogisuutta arvioitiin hyödyntämällä Kailan ja Kuivalaisen (2012) hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin arviointiohjetta. Kirjaamisen johdonmukaisuudessa arvioitiin esimerkiksi sitä, vastaako hoitotyön tavoite määriteltyä tarvetta, ja onko hoidon toteutusta tai vaikuttavuutta arvioitu. Kirjaamisessa tarkasteltiin samojen ja samansisältöisten ilmausten määrällistä toistuvuutta. Tämä ilmensi kirjaamisen luettelomaisuutta ja kuvausten toistuvuutta, josta voi tehdä johtopäätöksiä muun muassa kirjaamisen potilas- tai hoitajälähtöisyydestä sekä yksilöllisyydestä. Samojen ilmausten toistuvuus kertoo kirjaamisen rutiininomaisuudesta ja kirjaamisen toteavasta tyylistä. Tämän analysointivaiheen aikana arvioitiin myös työvuorokohtaisesti esiintyvän

kirjaamisen sisältöä ja laajuutta sekä sitä, millainen vaikutus eri työvuoroilla on kirjaamisen sisältöön? Eri työvuoroissa tehtyjä merkintöjä vertailtiin toisiinsa ja arvioitiin, oliko työvuorolla merkitystä kirjaamistyyliin tai sen laajuuteen. Kirjauksista etsittiin työvuorokohtaisia asiayhteyksiä tai eroavaisuuksia verrattuina muihin työvuoroihin. Tämä analysointivaihe selvitti omalta osaltaan ensimmäisen tutkimuskysymyksen, ”Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa” ratkaisemista.

## **6 Opinnäytetyön tulokset**

### **6.1 Taustatiedot**

Haastattelututkimukseen osallistuneiden hoitajien keski-ikä oli 44,2 vuotta. Keskimäärin heillä oli 14,4 vuotta hoitoalan työkokemusta. Hoitajien hoitoalan työkokemus vaihteli 2–40 vuoden välillä. Hoitajat kertoivat käyttäneensä arvionsa mukaan sähköistä rakenteista hoitotyön kirjaamista 2–17 vuotta. Pisimpään sähköisesti kirjanneet hoitajat totesivat kuitenkin, että sähköinen hoitotyön kirjaaminen ei ollut alussa vielä rakenteista.

Tutkittavien dokumenttien sisältö koostui 10 potilaan hoitotyön merkinnöistä, joissa kussakin oli 16 työvuoroa eli yhteensä tarkastelussa oli 160 työvuoron kirjaukset. Sähköisiä dokumentteja kirjanneiden hoitajien taustatiedot eivät ole tiedossa, koska dokumenttien kaikki tunnistetiedot oli poistettu. Sähköisissä dokumenteissa ei ollut mukana erityisalojen kirjauksia, koska työssä haluttiin korostaa hoitotyön näkökulmaa.

## 6.2 Kuntouttavan työotteen näkyvyys hoitotyön kirjaamisessa

### 6.2.1 Kuntouttavan työotteen näkyvyys hoitotyön kirjaamisessa haastatteluvien kokemana

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tehtävänä oli selvittää kuntouttavan työotteen näkyvyys hoitotyön kirjaamisessa. Haastattelun alussa hoitajat määrittelivät, kuinka he käsittävät kuntouttavan työotteen sekä arvioivat oman osaston kuntouttavan työotteen tilannetta. Kaikki hoitajat olivat sisäistäneet, mitä kuntouttava työote merkitsee ja he määrittelivät sen melko samankaltaisesti. Hoitajien määritelmät olivat hyvin kuntouttavaa työotetta kuvaavia.

*”No miun mielestä tälleen, että mie en tee kaikkee puolesta, vaan niinku näihen asukkaiden voimavarojen mukaan, mitä ite kukin pystyy, niin sitä hyväksi käyttäen.” (H4)*

*”Ainakin semmoinen, että ei niin kun tehdä puolesta ja asukas kannustetaan tekemään just sitä, mitä hän pystyy itse tekemään – – ” (H2)*

*”Joo, no just se, että ei tehdä asiakkaan puolesta. Mahollisimman pitkään sitä, että ite vaan söisi ja tekisi niitä juttuja, mitä pystyy vähänkin ite tekemään ja kannustetaan niissä.” (H3)*

Kaikkien hoitajien mielestä kuntouttava työote toteutuu omalla osastolla hyvin. Lisäksi neljä hoitajaa viidestä arvioi, että kuntouttavaan työotteeseen on kiinnitetty viime vuosina entistä enemmän huomiota, ja se on toimintafilosofiana lisääntynyt osastolla selvästi aikaisempaan verrattuna.

*” – – parantuu koko ajan. Ja kyllä se toteutuukin. Sitä omatoimisuutta on nykyisin aika tavalla ja siihen pyritään mahollisimman pitkälle.” (H1)*

*” – – minusta on kyllä menty koko ajan hirveesti eteenpäin siinä. Silloin kun tulín, niin suurin osa oli syötettäviä ja vuoteessa pötköttäviä ja tämmösiä, eihän nyt juurikaan semmosta enää oo.” (H5)*

Kaikkien hoitajien arvioimana kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjauksien vapaissa teksteissä ainakin jossakin määrin. Kirjaamisen sisältö ja tarkkuus vaihtelivat hoitajan kirjaamistyylistä riippuen. Hoitajat kertoivat yleisesti kirja-



vansa potilaan fyysistä toimintakykyä, avuntarvetta ja avustamismenetelmiä sekä päivittäisiin toimintoihin liittyviä aktiviteetteja.

*”Kirjaan mitä asukas on tehnyt niinku päivittäin. Että onko hän kävelly, liikkunu jollain tavalla, jumpannu, ulkoillu – – ja sit nää liikkumisessa avustamiset.” (H2)*

*”Mie oon pyrkiny, että mie kirjaisin siihen sen apuvälineen, kun ne yleensä puuttuu sieltä.” (H4)*

*”Mie ainakin kirjaan, jos mie vaikka jonkun asukkaan kanssa oon käyny ulkona tai mie oon kävelyttäny tai mitäpä jumppajuttuja on tehty ja tämmöstä – – nykyään paremmin se kyllä näkyy siinä kirjaamisessa.” (H5)*

*” – – ja minkä verran on tarvinnu apuja ja montako hoitajaa on ollu apuna.” (H3)*

*”Näkyy ne wc:ssä käytöt, ja että ketkä tarvii apua ja mitenkä käytetään.” (H4)*

Potilaan omaa näkemystä hänen terveydentilastaan, toteutuneesta hoidosta tai sen tuloksista kirjataan hoitajien arvion mukaan vaihtelevasti tai vähän.

*”Kyllä se potilaan oma näkemys tulee kirjattua, jos hän ei halua tehdä tai onko sitten motivoitunut kuntoutukseen vai eikö ole?” (H1)*

*”No ehkä joskus kirjaan, mutta ite oon ainakin sellainen, että ei tuu aina merkattua potilaan näkemystä – – itellä ainakin unohtuu kirjoittaa.” (H2)*

Neljä hoitajaa viidestä kertoi, että työyksikön kirjaamiskäytännöt ovat vaihtelevia eikä yhtenäisistä kirjaamiskäytännöistä ollut sovittu yhteisesti.

*”Niinku näissä kirjaamisissakin on ollut hajontaa, että kuka kirjoittaa mitenkä. Niin aina on palattu niihin asioihin, että kirjataan näin – – ja kun niitä on muistuteltu, niin kyllä siinä on aina joskus, että joku aina kirjoittaa jostakin syystä vielä eri tavalla.” (H5)*

*”Ois kiva, jos ois yhtenäinen se kirjaamiskäytäntö, – – että tulisi se yhtenäinen kirjoittaminen, että mitä myö laitettais ja mitä ei laitettais, että mitkä ne on meillä ne tärkeimmät mitä kirjataan.” (H4)*

Haastatteluissa tuli esiin, että potilastietojärjestelmä Mediatri mahdollistaa kuntouttavan työotteen mukaisen kirjaamisen myös muualle kuin Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalle. Kuntouttavan työotteen mukaisia merkintöjä ja potilaan toimintakykyä kuvaavia asioita kirjattiin yleisesti päiväseurannan toimintakyky-riville. Päiväseurannan toimintakyky-rivi ei kuitenkaan mahdollista rakenteista FinnCC-luokituksen mukaista ja hoitotyön prosessin mukaan etenevää kirjaamista. Kaikki hoitajat toivat haastatteluissa esille, että potilaan toimintakykyä ja kuntouttavia hoitotyön toimintoja kirjattiin toimintakyky-riville Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustan lisäksi tai sijaan. Neljä hoitajaa viidestä painottivat päiväseurannan toimintakyky-rivin kirjaamisen merkitystä.

*”Ja sitten tietysti päiväseurantahan se on, johonka merkkeen siihen – – tosi tärkeä on se toimintakyky sarake.” (H5)*

*”Pyritään sinne päiväseurantaan laittamana ne tärkeimmät jutut ja sitten että ainakin näkkee sitten ja nopeemmin löytää – – että mitä sitten kirjataan esimerkiksi siihen päiväseurantaan, että sit ei tarvihe välttämättä hoitotyön merkintöihin, että ei tuu sitä tuplakirjausta. Että on vähän yritetty säästää sitä aikaakin niissä sitten, että ei mänis siihen niin hirveesti.” (H2)*

## 6.2.2 Kuntouttavan työotteen esiintyminen hoitotyön dokumenteissa

Kuntouttavan työotteen esiintymistä tarkasteltiin tämän opinnäytetyön toisen tutkimusaineiston, kirjallisten dokumenttien, osalta kuntouttavan työotteen näkökulmasta. Kuntouttavan työotteen esiintyvyyttä tarkasteltiin komponentti-, pää- ja alaluokatasolla sekä niiden alla esiintyvän vapaan tekstin sisältöä ja laajuutta arvioitiin. Hoitotyön prosessin vaiheiden mukaista kirjaamista tarkasteltiin potilaskohtaisesti ja prosessin vaiheiden mukaan.

Hoitajien dokumentointi Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalla kuntouttavan työotteen ja potilaan toimintakyvyn merkintöjen osalta oli kirjattu useimmiten komponentilla *Aktiviteetti*. *Aktiviteetti*-komponentti esiintyi kaikkien potilaiden kirjauksissa, mutta sitä ei käytetty kuitenkaan prosessin kaikissa vaiheissa. *Aktiviteetti*-komponenttia oli täsmennetty yleisimmin alaluokalla *Virikkeiden järjestäminen* sekä pääluokalla *Aktiviteetin seuranta*. Toiseksi eniten oli käytetty

komponenttia *Päivittäiset toiminnot*. *Päivittäiset toiminnot*-komponentti esiintyi kaikkien potilaiden kirjauksissa, mutta sitä ei käytetty kuitenkaan prosessin kaikissa vaiheissa. *Päivittäiset toiminnot*-komponenttia oli täsmennetty eniten alaluokilla *Peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen* sekä *Istumaharjoituksista huolehtiminen*. Kolmanneksi eniten oli käytetty *Selviytyminen*- (9 potilaalla 10:stä) ja *Ravitsemus*-komponentteja (8 potilaalla 10:stä), joita oli täsmennetty pääluokilla *länmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen* ja *Potilaan heikentynyt selviytymiskyky*.

Psyykkistä toimintakykyä kuvattiin komponentilla *Psyykinen tasapaino* (9 potilaalla 10:stä). Kyseistä komponenttia oli täsmennetty pääluokilla *Psyykkisen tilan seuranta*, *Psyykinen tuki* ja *Mielialan muutos*. Sosiaaliseseen toimintakykyyn liittyviä asioita oli kuvattu *Kanssakäyminen*-komponentin mukaisissa kirjauksissa (5 potilaalla 10:stä). Kyseistä komponenttia oli tarkennettu pääluokilla *Sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen* sekä *Yhdessäolon mahdollistaminen*.

Apuvälineisiin liittyviä asioita ja toimintoja oli kuvattu yleisimmin komponenteilla *Päivittäiset toiminnot* (8 potilaalla 10:stä), *Turvallisuus* (5 potilaalla 10:stä) sekä *Aktiviteetti* (3 potilaalla 10:stä). Päivittäisten toimintojen alla olevista pää- ja alaluokista oli käytetty alaluokkia *Istumaharjoituksista huolehtiminen*, *Liikkumisessa avustaminen*, *Kävelyharjoituksista huolehtiminen*, *Wc-toiminnoissa avustaminen* sekä pääluokkaa *Apuvälineiden järjestäminen päivittäisten toimintojen tueksi*.

Kaikkien dokumenttien tarkastelun osalta selvisi, että osa potilaiden (6 potilaalla 10:stä) kuntouttavan työotteen mukaisista kirjauksista oli tehty pelkällä komponenttitasolla. Kirjauksissa käytettyjen eri komponenttien lukumäärä vaihteli potilaskohtaisissa kirjauksissa kuudesta yhdeksään komponenttiin. Tästä voidaan päätellä, että komponenttitasolla kirjauksissa ei ole suuria eroja. Merkittävimmät erot kirjaamisen laajuudessa ja asiasisällössä tulevat esille pää- tai alaluokkien käytössä, vapaan tekstin määrässä ja asiasisällössä sekä epäjohdonmukaisesti etenevässä prosessin vaiheiden mukaisessa kirjaamisessa.

Kirjallisten dokumenttien tarkastelu kuntouttavan työotteen esiintyvyydestä kohdistui erityisesti hoitajien tekemiin merkintöihin vapaan tekstin osuudessa. Kuntouttavan työotteen mukaisen vapaan tekstiosuuden kirjaamisen sisältöä ja tarkkuutta arvioitiin kaikkien potilaiden kohdalla. Liitteen 8 mukaisessa taulukossa on havainnollistettu yhden potilaan osalta ja 16 työvuoron ajalta hoitotyön prosessin mukaisesti luokiteltu vapaan tekstiosuuden asiasisältö sekä kirjausten määrä eri työvuoroissa. Taulukko havainnollistaa muun muassa sitä, millä tarkkuudella kuntouttavaa hoitotyötä kirjataan, millainen on kirjauksen sisältö ja tyyli sekä samansisältöisten merkintöjen määrällinen toistuvuus sekä kirjausten mahdollinen luettelomaisuus.

Vapaan tekstiosuuden kirjauksissa korostuivat potilaan fyysisen toimintakyvyn, liikkumisen, avuntarpeen, avustamismenetelmien sekä apuvälineisiin ja päivittäisiin toimintoihin liittyvien aktiviteettien mukaiset merkinnät. Erityisesti fyysiseen toimintakykyyn liittyviä kuntouttavan työotteen mukaisia merkintöjä oli kuvattu kahdeksalla potilaalla kymmenestä. Kirjaamisen arvioinnin perusteella voidaan todeta näiltä osin, että hoitajat ovat käytännössä toimineet kuntouttavan työotteen mukaisesti ja tuoneet kirjaamisessa esiin potilaan toimintakyvyn ulottuvuuksia monipuolisesti. Tämän tarkastelun perusteella voi päätellä, että kuntouttava työote toteutuu käytännössä kyseisellä vuodeosastolla.

Kirjausten vapaan tekstiosuuden tarkastelu osoitti, että kirjaaminen oli useammin hoitaja- kuin potilaslähtöistä. Potilaan tai omaisen mielipidettä ja näkemystä kirjattiin vähän. Kahdella potilaalla kymmenestä oli kirjattu yksittäisessä merkinnässä potilaan oma mielipide näkyviin. Yhdellä potilaalla kymmenestä tuli kirjaamisessa esiin omaisen mielipide yksittäisen merkinnän osalta. Kuntouttavan työotteen mukaiset kirjaukset olivat pääsääntöisesti rutiininomaisia, yleisluonteisia ja joiltakin osin luettelomaisia. Pohdintaa aiheutti myös slangisanojen käytön esiintyvyys kirjauksissa. Tällaisia slangisanoja olivat esimerkiksi rolla, telkka ja gerituoli. Työvuorokohtaisten merkintöjen vertailussa huomioitiin, että muun muassa iltavuoroissa tehdyt kuntouttavaa työotetta kuvaavat kirjaukset olivat niukempia ja asiasisällöltään suppeampia kuin esimerkiksi aamuvuoroissa tehdyt vastaavat merkinnät.

### 6.3 Kuntouttava työote hoitotyön prosessin mukaisessa kirjaamisessa

#### 6.3.1 Kuntouttavan työotteen kirjaamisen toteutuminen hoitotyön prosessissa haastateltavien arvioimana

Haastatteluista kävi ilmi, että hoitajat arvioivat hallitsevansa hoitotyön prosessin vaiheiden mukaista kirjaamiskäytäntöä vaihtelevasti. Kaksi hoitajaa viidestä oli sitä mieltä, että he hallitsevat hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen hyvin. Loput kolme hoitajaa olivat sitä mieltä, että eivät hallitse hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista tai eivät kirjaa hoitotyön prosessin kaikkia vaiheita. Kaikki viisi haastateltavaa olivat sitä mieltä, että eniten kirjataan hoidon toteutusta.

Hoitajat arvioivat kuntouttavan työotteen esiintyvyyttä hoitotyön prosessin eri vaiheissa. Hoitajat arvioivat suunnitelmavaiheen merkitystä kirjaamisessa. Suunnitelmavaiheen kirjaamista ja suunnitelman päivittämistä pidettiin tärkeänä kuntouttavan työotteen mukaisissa merkinnöissä. Potilaslähtöistä tarpeen kirjaamista dokumentoinnissa korostettiin myös.

*”Riippuen siitä asiakkaan, minkä takia se tulee. Että, jos se tulee jonkun muun asian takia, niin ei se välttämättä näy siinä, kun sen ongelma on joku toinen ku liikkuminen. Suunnitelmavaihe korostuu. Suunnitelmaan pitäisi merkitä tarkkaan.” (H1)*

*”Ois mahdollisimman sillä tavalla tarkasti jo selvitetty tai ois siinä suunnitelmassa jo niitä, miten niinku liikkuu, montako avustajaa tarvii, liikkuko itsenäisesti ja näitä.” (H2)*

*”Jos hoitosuunnitelmaan tulee jotain, niin sitten niitä muutoksia, niin pitäshän sitä ajan tasalla olla. Voi olla, että jotain päivitetään ihan usein.” (H4)*

Hoitajat arvioivat kirjaavansa kuntouttavan työotteen mukaisia merkintöjä hoitotyön toteutusvaiheessa tarkasti, yksityiskohtaisesti sekä kuvaavasti.

*”Kirjaan, jos mie vaikka jonkun asukkaan kanssa oon käyny ulkona tai mie oon kävelyttäny tai mitäpä kaikkia jumppajuttuja on tehty tai tämmöistä. Nykyään paremmin se kyllä näkyy siinä kirjaamisessa.” (H5)*

*”On kirjattu niin, että näkyy ihan mitä siellä on tehty. No esimerkiksi silleen, että on kävelytetty kahden hoitajan avustamana tai yhden hoitajan avustamana tai on kävelly rollaattorin avulla tai niinku itsenäisesti.” (H2)*

Neljä hoitajaa viidestä on sitä mieltä, että hoidon tuloksia ja arviointia kirjataan liian vähän tai huonosti. Yksittäisen arvion mukaan hoitotyön arviointia kirjataan hyvin. Kaksi hoitajaa viidestä kertoo tekevänsä hoitotyön yhteenvedon jokaisen potilaan kohdalla. Yksittäisen arvion mukaan hoitotyön yhteenvedo laaditaan kolmen kuukauden välein.

### **6.3.2 Kuntouttavan työotteen kirjaaminen hoitotyön prosessissa kirjallisten dokumenttien tulosten mukaan**

Kirjallisissa dokumenteissa arvioitiin kuntouttavan työotteen mukaisten merkintöjen esiintyvyyttä hoitotyön prosessin eri vaiheissa. Kuntouttavan työotteen esiintyvyyden tarkastelu hoitotyön prosessin eri vaiheissa tukeutui joiltakin osin Kailan ja Kuivalaisen hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin arviointiohjeeseen (Kaila & Kuivalainen 2014, 172–174).

Merkintöjä tarkasteltiin muun muassa komponentteittain sekä pää- ja alaluokittain. Dokumenteista selvisi, että hoitotyön prosessin eri vaiheita kirjataan vaihtelevasti tai joitakin prosessin vaiheita ei kirjata lainkaan kuntouttavan työotteen mukaisissa merkinnöissä. Kirjausten laajuus ja sisältö vaihtelivat, eikä niissä ollut hoitotyön prosessin etenemisen suhteen välttämättä johdonmukaisuutta. Tarkasteltavana olivat kaikkiaan 10 potilaan 16 työvuoron kirjaukset eli yhteensä tarkasteltiin 160 työvuoron kirjaamisen sisältöä. Alla oleva taulukko 2 selvittää hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen toteutumista sekä kirjaamisen laajuutta komponenttitasolla tarkasteltuna kuntouttavan työotteen mukaisissa merkinnöissä.

Taulukko 2. Kuntouttavan työotteen kirjaamisen toteutuminen prosessin vaiheiden mukaan sekä potilaskohtaisesti (16 työvuoroa, viisi työpäivää). Laaja = > kolme komponenttia, suppea = ≤ kolme komponenttia.

POTILAS	SUUNNITTELU			TOTEUTUS	ARVIOINTI
	Hoidon tarve	Hoidon ta- voitteet	Suunnitellut toiminnot		
Potilas 1	x (laaja)	x (suppea)	<b>x (laaja)</b>	x (suppea)	-
Potilas 2	x (suppea)	-	x (laaja)	x (suppea)	
Potilas 3	x (suppea)	x (suppea)	x (laaja)	x (laaja)	-
Potilas 4	x (suppea)	x (suppea)	x (laaja)	x (laaja)	-
Potilas 5	x (suppea)	x (suppea)	x (laaja)	x (laaja)	-
Potilas 6	x (laaja)	x (laaja)	x (laaja)	x (laaja)	-
Potilas 7	x (suppea)	x (suppea)	x (laaja)	x (laaja)	-
Potilas 8	x (suppea)	x (suppea)	x (laaja)	x (laaja)	-
Potilas 9	x (suppea)	-	x (laaja)	x (laaja)	-
Potilas 10	x (suppea)	-	x (laaja)	x (laaja)	-

Hoidon suunnitteluvaiheessa kaikille 10 potilaalle oli laadittu vähintään yksi hoidon tarve. Kuntouttavan työotteen mukaisia merkintöjä hoidon tarpeissa oli kuvattu eniten (9 potilaalla 10:stä) komponentilla *Selviytyminen*. *Selviytyminen*-komponenttia hoidon tarpeissa oli täsmennetty (8 potilaalla 10:stä) pääluokalla *Potilaan heikentynyt selviytymiskyky*. Hoidon tarpeen *Selviytyminen*-komponentin vapaan tekstin merkinnät kuvasivat yleisimmin avun tarvetta päivittäisissä toimissa.

*”Tarvitsee tukea ja ohjausta kaikissa päivittäisissä toiminnoissa.”* (Potilas 7)

Seuraavaksi eniten (4 potilaalla 10:stä) hoidon tarpeissa oli käytetty komponenttia *Aktiviteetti*. *Aktiviteetti*-komponenttia oli täsmennetty alaluokilla *Aktiviteetin heikkeneminen* sekä *Liikkumisen rajoittuminen*. *Aktiviteetti*-komponentin alaiset vapaat tekstiosuudet olivat ainakin jossakin määrin potilaan terveydentilaa ja ongelmia kuvaavia.

*”Yleisvointi laskenut. Liikkuminen huonontunut.”* (Potilas 3)

*”Lonkkaproteesi. Liikkuminen rajoittunut, työstä ja kipua tuottavaa.”* (Potilas 6)

Yleisesti hoidon tarpeita oli kuvattu suppeasti, vain muutamalla komponentilla. Kolmella potilaalla kymmenestä komponentteja oli käytetty enemmän, 4–6 komponenttia. Osalla potilaista (4 potilaalla 10:stä) hoidon tarpeita oli kirjattu pelkästään komponenttitasolla ilman täsmentäviä pää- tai alaluokkia tai vapaata

tekstiä. Tarpeiden osalta vapaan tekstin osuus oli yleensä niukkaa, rutiininomaista kirjaamista, josta puuttui potilaan yksilöllinen näkökulma.

Hoidon tavoitteita ei ollut kirjattu kaikille potilaille. Tavoitteet puuttuivat kokonaan kolmelta potilaalta kymmenestä. Kuntouttavan työotteen mukaisia merkintöjä hoidon tavoitteissa oli kuvattu eniten (5 potilaalla 10:stä) komponentilla *Selviytyminen*. Toiseksi eniten (2 potilaalla 10:stä) oli käytetty komponenttia *Aktiviteetti*. Hoidon tavoitteiden kirjauksissa komponentteja oli täsmennetty (5 potilaalla 10:stä) vapaalla tekstillä. Kahdella potilaalla kymmenestä tavoite oli kirjattu komponenttitasolla ilman vapaata tekstiä. Vapaa teksti oli pääsääntöisesti yleisluonteista ja rutiininomaista, eikä siinä ollut huomioitu potilaan yksilöllistä näkökulmaa. Kahdella potilaalla kymmenestä tavoite oli suhteessa määriteltyn hoidon tarpeeseen ainakin joiltain osin. Pääsääntöisesti tavoite ei kuitenkaan ollut suhteessa määriteltyn hoidon tarpeeseen, vaikka eniten käytetyt komponentit olivat samoja sekä tarpeissa että tavoitteissa. Yhdessäkään kirjatussa hoidon tavoitteessa ei ilmennyt, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan tai mitä potilas itse odottaa tai haluaa tapahtuvan. Yhdessäkään kirjatussa tavoitteessa ei esiintynyt ajanmääreitä tai niissä ei ilmennyt, millaisilla hoitotyön keinoilla tavoitteet olisivat kenties saavutettavissa.

*”Pystyy selviytymään päivittäisistä toiminnoista pienin avun turvin.” (Potilas 3)*

*”Pystyy liikkumaan mahdollisimman kivuttomasti. Pystyy omatoimisesti liikkumaan pyörätuolilla. Mahdollisimman omatoimisesti pystyy suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista hoitajan tukemana.” (Potilas 6)*

Hoitotyön prosessin suunnitteluvaiheeseen kuuluu tarpeiden ja tavoitteiden lisäksi suunnitellut toiminnot, jotka kuvaavat hoitotyön toimintoja ja auttamismenetelmiä. Dokumenteissa ilmeni, että suunniteltuja toimintoja oli kirjattu kaikilla 10 potilaalla. Kirjaaminen oli kaikilta osa-alueiltaan laajaa, ja jokaisella potilaalla oli käytetty useita kuntouttavaa hoitotyötä kuvaavia komponentteja sekä niiden alaisia pää- ja alaluokkia. Myös vapaa tekstiosuus oli runsasta ja pääsääntöisesti hyvin kuntouttavan hoitotyön menetelmiä kuvaavaa niiden potilaiden osalta, joilla sitä oli kirjattu. Kaikilla 10 potilaalla oli suunniteltujen toimintojen kirjauksissa käytetty komponentteja *Aktiviteetti* sekä *Päivittäiset toiminnot*. Akti-



*viteetti*-komponenttia oli täsmennetty yleisimmin (7 potilaalla 10:stä) alaluokalla *Virikkeiden järjestäminen*. *Päivittäiset toiminnot*-komponenttia oli täsmennetty yleisimmin (7 potilaalla 10:stä) alaluokalla *Peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen*. Toiseksi yleisimmin (5 potilaalla 10:stä) tarkentavina alaluokkina olivat *Liikkumisessa avustaminen* ja *Istumaharjoituksista huolehtiminen*.

Suunniteltujen toimintojen kuntouttavan työotteen mukaisissa merkinnöissä oli kirjattu muun muassa potilaan toimintakykyä, avuntarvetta, auttamismenetelmiä sekä käytössä olevia apuvälineitä. Osa kirjauksista oli hyvin kuvailevaa, potilaslähtöistä ja tarkkaa. Joissakin kirjauksissa (3 potilaalla 10:stä) tuli esiin sekä potilaan tai hänen omaisensa näkemys ja mielipide. Toisaalta, osa suunniteltujen toimintojen kirjauksista (2 potilaalla 10:stä) oli tehty pelkällä komponenttitasolla.

*”Tasofordin avulla siirrot sänkyyn ja tuoliin.” (Potilas 5)*

*”Tuetaan itsenäistä pyörätuolilla liikkumista, tarvittaessa avustetaan. Avustetaan wc:hen siirtofordin ja/tai kääntölevyn turvin tarpeen mukaan. Motivoidaan osallistumaan päivittäisiin toimintoihin.” (Potilas 6)*

*”Wc-avut yhden auttamana, ajoittain pääsee itse wc:hen. Tytär toivoi, että äitinsä istuisi välillä kiikussa.” (Potilas 3)*

Suunniteltujen toimintojen kuntouttavan työotteen mukaisilla merkinnöillä oli pääsääntöisesti asiayhteys määriteltyyn hoidon tarpeeseen ja osalla kirjauksista löytyi asiayhteys myös hoidon tavoitteeseen, jos se oli määritelty. Kuntouttavan työotteen mukaisista merkinnöistä ilmeni, että hoitotyön toiminnot valittiin yleensä niin, että niiden avulla pyrittiin vaikuttamaan potilaan toimintakykyyn tai terveydentilaan.

Hoitotyön prosessin mukaista hoitotyön toteutusta oli kirjattu kaikilla potilailla. Hoitotyön toteutusta oli kirjattu osalla potilaista (8 potilaalla 10:stä) komponenttitasolla tarkasteltuna laajasti. Kirjauksissa oli käytetty useita eri komponentteja, jotka olivat kuntouttavaa hoitotyötä kuvaavia. Kaikilla 10 potilaalla kuntouttavaa hoitotyötä oli kuvattu komponentilla *Päivittäiset toiminnot*. Kyseistä komponenttia oli täsmennetty yleisimmin (9 potilaalla 10:stä) alaluokalla *Peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen*. Toiseksi yleisimmin (4 potilaalla 10:stä) täsmen-

tävänä alaluokkana oli *Liikkumisessa avustaminen* sekä *Istumaharjoituksista huolehtiminen*.

*”Liikkunut omatoimisesti pyörätuolilla” (Potilas 6)*

*”Omassa huoneessa ja aulassa istunut.” (Potilas 3)*

*”Rollaattorin avulla liikkui.” (Potilas 7)*

Toiseksi yleisimmin hoitotyön toteutuksessa (9 potilaalla 10:stä) oli käytetty komponenttia *Aktiviteetti* kuvaamaan kuntouttavaa hoitotyötä. Kyseistä komponenttia oli yleisimmin (9 potilaalla 10:stä) täsmennetty alaluokalla *Virikkeiden järjestäminen* ja toiseksi eniten (4 potilaalla 10:stä) pääluokalla *Aktiviteetin seuranta*.

*”Huoneessa viihtynyt ja radiota kuunnellut. Aulassa oli ruokailemassa.” (Potilas 3)*

*”Huoneessa telkkaa katsoi ja aulassa oli ruokailemassa.” (Potilas 4)*

Hoitotyön toteutuksessa kuntouttavan työotteen mukaiset merkinnät vapaan tekstin osalta olivat pääsääntöisesti lyhyitä, hoitajalähtöisiä, toteavia, luettelomaisia ja toistuvia. Potilaan avun tarvetta, avustamismenetelmää tai muuta potilaan voimavaroja tukevaa toimintaa ei tuotu yleensä esiin hoitotyön toteutuksen kirjauksissa, vaikka niitä oli kuvattu hoitotyön suunnitelmavaiheessa. Merkinnät olivat harvoin arvioivia tai potilaan toimintakykyä kuvaavia. Useimpien potilaiden kirjauksissa (7 potilaalla 10:stä) oli käytetty ajan ja paikan määreitä tarkentamaan suunniteltua tai toteutunutta toimintaa. Osassa kirjauksissa oli nähtävissä asiayhteys määriteltyn hoidon tarpeeseen tai tavoitteeseen, mutta pääsääntöisesti tältä osin johdonmukaisuus hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta puuttui.

Hoidon tulosta eli hoitotyön arviointia ei ollut kirjattu lainkaan missään dokumenteissa kenenkään potilaan kohdalla tai yhdessäkään työvuorossa. Yhdellä potilaalla oli merkitty hoidon tuloksien kohdalla pelkät komponentit, mutta niihin ei ollut tehty mitään merkintöjä yhdessäkään työvuorossa. Hoidon alussa määritel-

tyjä hoidon tarpeita tai tavoitteita ei arvioitu lainkaan. Hoidon tuloksellisuutta ei pystytä tällöin määrittelemään eikä sitä, millainen muutos potilaan tilassa on tapahtunut.

Alla olevassa taulukossa 3 on selvitetty kuntouttavaa työotetta kuvaavien komponenttien käyttöä rakenteisessa kirjaamisessa hoitotyön prosessin eri vaiheissa potilasmäärin ilmaistuna.

Taulukko 3. Kuntouttavaa työotetta kuvaavien komponenttien käyttö hoitotyön prosessin eri vaiheissa potilasmäärin ilmaistuna.

Komponentti	HOITOTYÖN SUUNNITTELU			HOITOTYÖN TOTEUTUS	HOITOTYÖN ARVIOINTI
	Tarve	Tavoite	Suunnitellut toiminnot	Hoitotyön toteutus	Hoidon tulokset
Aktiviteetti	4	2	10	9	-
Päivittäiset toiminnot	1	1	10	10	-
Psyykkinen tasepaine	1	1	8	8	-
Selviytyminen	9	5	1	-	-
Ravitsemus	-	-	7	8	-
Kudoseheys	1	1	5	4	-
Kanssakäyminen	-	-	2	5	-
Turvallisuus	-	-	5	-	-
Aisti- ja neurologiset muutokset	2	1	1	-	-
Erittäminen	-	-	-	3	-
Jatkohoito	1	-	-	-	-

#### 6.4 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt kuntouttavaan hoitotyöhön

Kolmannen tutkimuskysymyksen tehtävänä oli selvittää miten rakenteinen kirjaaminen tukee kuntouttavaa hoitotyötä käytännössä. Tätä kysymystä tarkasteltiin haastatteluaineiston avulla. Kaikki hoitajat kokivat, että rakenteisen kirjaamisen kuntouttavan työotteen mukaisista merkinnöistä oli hyötyä käytännön hoitotyöhön. Neljä hoitajaa viidestä arvioi, että kuntouttavan työotteen mukaiset merkinnät tukivat yhtenäisten hoitokäytäntöjen toteutumista käytännössä ja lisäksi niillä oli potilasturvallisuutta lisäävä vaikutus.

*”No kyllähän siinä on tärkeitä nää, että näkyy, mitä on sovittu, että jokin ei tee oman tyyliensä mukaan – – niin kyllä mie ainakin sitä aina katon ja kyllä miun mielestä ne raportoinnissa tulee. Ja silleen, että nyt ollaan tän kanssa tälleensä ja tehään kaikki näin.” (H2)*

*”No esimerkiksi sellaisia, että kirjataan miltä puolelta tää asiakas nousee ylös jostakin sängystä. Kirjataan se niin tarkkaan, että se tulee jatkossa se tieto elikkä, jos sitä ei kirjaa, niin eihän se toinen hoitaja ennee tiedäkään, että pitikin tehdä tuolla tavalla.” (H1)*

*”Ja onko sitten sellaisia sairauksia, että vaikka huimaako kesken kaiken ja niin – – ” (H2)*

Hoitajat kuvasivat yksittäisiä hoitotilanteita, joissa he arvionsa mukaan hyötyvät kuntouttavan työotteen mukaisista merkinnöistä. Tällaisia hoitotilanteita ovat muun muassa siirtymisiin ja avustamistekniikkoihin liittyvät hoitotilanteet.

*”Eli just semmosissa siirroissa, no esimerkiksi vaikka on lonkkaleikattu ja sitten on sovittu tietyllä tavalla miten käännyttään, siirrytään tai nousetaan tai tällaiset on niinku aika tärkeimmästä päästä – – ” (H5)*

*”No just se, että siellä ois se, että näkyy ylipäättänsä se, montako hoitaja tarvitaan siihen kaveriksi, ja onko semmoista taipumusta, että käskyttää hoitajia vaikka. Ja, että mitä apuvälineitä tarvitaan, kun asiakas siirretään vaikka johonkin pyörätuoliin tai tämmöseen.” (H3)*

Kaksi hoitajaa viidestä arvioi kuntouttavan hoitotyön merkintöjen parantavan hoidon jatkuvuutta uuden työntekijän tai työvuoron näkökulmasta tarkasteltuna.

*”Kun, sitten joku uusi työntekijä tulee, niin heitä ajatellen, sitten ois heidän helpompi toimia.” (H4)*

*”Koska sitten se muuten ois vaikea tietää, jos oot ollu vapaalla – – niin siitä voi aina välistä pudota sitten, jos sitä ei kirjata sinne.” (H5)*

Kaikki hoitajat arvioivat rakenteisen kirjaamisen kuntouttavan työotteen mukais-  
ten merkintöjen hyödyntävän moniammatillista yhteistyötä.

*”Kyllä lääkäriä varmasti hyödyntää se, niin ja sitten varmastikin, että jos näitä kuntohoitajat ja fysioterapeutit näkkee sieltä, että mikä potilaan nykytilanne on. No onhan siinä varmaankin se, että jos jotakin sattuu, ja lääkäri vaikka kahtoo arvioinnin – – että mitä siellä on tapahtunut?” (H2)*

Haastatteluissa tuli esiin hoitajien näkemyksiä hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kehittämistarpeista omassa työyhteisössä. Hoitajat kokivat ongelmaksi muun muassa epäyhtenäiset kirjaamiskäytännöt. Hoitajat toivoivat saavansa yksikkökohtaista lisäkoulutusta hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen sekä kollegan ja esimiehen tukea asiassa. Hoitajat toivat esiin muun muassa seuraavia kehittämisehdotuksia.

*”Se vois olla, että pidetään palaveria, ihan noihin tiimipalavereihin otettais kirjaamista aina välillä, että kuinka se menee. Siihen pitäisi sitten jonkun paneutua. – – mutta kyllähän siihen aina välillä puututaan, että ei oo kyllä ajan tasalla asiat.” (H1)*

*”Siinä pitäis olla niinku sellainen tukihenkilö, joka ois vieressä ja näyttäis miten teet, jos teet jonkun virheen, niin näyttäisi miten sie niinku korjaat sen. – – silloin joskus aikanaan meillä oli pienryhmiä, että koulutettiin tälleen, että jokainen pääsi niinku koneella kokeilemaan ja tehtiin niitä harjoituksia, niin olipa hyvä. Se oli silleen paljon mieleenjäävämpi.” (H2)*

*”Että silleen, kun ois siihen meidän omaan työhön joku, joka kouluttaisi silleen, että tulisi se yhtenäinen kirjottaminen, että mitä myö laitettaisi ja mitä ei laitettaisi, että mitkä ne meillä on ne tärkeimmät mitä kirjataan. Siitä on varmaan monet kerrat ollu silleen puhetta, mutta sitten ne aina muuttuu. Esimiehenkin kanssa on ollu aina puhetta, että mitä myös nyt sinne laitetaan ja tarvitaan kirjata, mutta – – ” (H4)*

Hoitajat ovat koulutusmyönteisiä ja he näkevät muun muassa yhtenäisen kirjaamiskäytännön erittäin merkittävänä tekijänä hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa. Hoitajien esittämät kehittämistarpeet ja niiden ratkaisuehdotukset ovat konkreettisia ja toteutettavissa olevia menetelmiä, jolla hoitotyön rakenteista kirjaamista voitaisiin kohdeorganisaatiossa edistää.

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa hoitotyön prosessin eri vaiheissa ja miten kir-

jaaminen tukee kuntouttavan hoitotyön käytäntöä Polvijärven terveyskeskuksen pitkäaikaispotilaiden vuodeosastolla.

Opinnäytetyön haastattelun tulosten mukaan hoitajat olivat sisäistäneet kuntouttavan työotteen merkityksen ja heidän määritelmänsä olivat hyvin kuntouttavaa työtettä kuvaavia. Samankaltaisia kuntouttavan työotteen määritelmiä ovat kuvanneet aiemmin Holma ym. (2002, 43,45), Järvikoski ja Härkäpää (2011, 23), Vähäkangas (2010, 82,84) sekä Vähäkangas ym. (2006, 33–34). Edelleen opinnäytetyön mukaan hoitajat arvioivat, että kuntouttava työote toteutuu käytännössä heidän omalla osastolla hyvin ja he ovat näkemyksensä mukaan sitoutuneet toimimaan kuntouttavan työotteen mukaisesti. Kukkosen (2007, 28–30) tutkimuksessa on saatu samankaltaisia tuloksia kuntouttavan työotteen toteutumisesta perusterveydenhuollossa hoitajien arvioimana. Hallilan (2005, 33, 116) mukaan hoitotyön kirjaamisessa näkyy, kuinka osaston hoitotyön filosofia tai toimintaideologia elää käytännössä. Toisaalta Hallilla myös muistuttaa, että kirjaamisen pohjalta ei voida tehdä johtopäätöksiä hoitotyöntekijöiden ammattitaidosta kuin rajoitetusti.

Opinnäytetyön haastattelun tulosten mukaan hoitajien näkemys oli, että kuntouttava työote näkyy kirjausten vapaissa teksteissä ainakin jossain määrin. Hoitajat kokivat, että kirjaamistapa ja -tyyli oli riippuvainen siitä, kuka tiedon kirjaa. Hyppönen ym. (2014, 105) ovat myös todenneet, että sillä kuka tiedon kirjaa, on merkitystä. Opinnäytetyön mukaan hoitajat kertoivat kuvaavansa kuntouttavan työotteen mukaisissa kirjauksissa erityisesti potilaan fyysistä toimintakykyä, liikkumista, avuntarvetta sekä apuvälineisiin, avustamismenetelmiin ja päivittäisiin toimintoihin liittyviä asioita. Hoitajat arvioivat kirjaavansa potilaan omaa näkemystä terveydentilasta, toteutuneesta hoidosta tai sen tuloksista vaihtelevasti tai vähän. Lisäksi hoitajat kokivat ongelmallisena sen, ettei yhtenäisistä kirjaamiskäytännöistä ollut sovittu yhteisesti työyhteisössä. Hyppönen ym. (2014, 32) ja Laine (2008, 25, 36) ovat myös todenneet, että kirjaamiskäytännöt ovat Suomessa vaihtelevia ja ettei yhteisistä sopimuksista pidetä kiinni.

Opinnäytetyön kirjallisten dokumenttien mukaan kuntouttava työote näkyy ainakin jossakin määrin kirjaamisessa. Kirjaamisen vapaan tekstiosuuden tarkastelu vahvisti hoitajien omaa näkemystä kuntouttavan työotteen mukaisesta kirjaamisesta. Dokumenttien tulosten mukaan kuntouttavan työotteen kirjaamisessa korostuivat fyysiseen toimintakykyyn, liikkumiseen ja avuntarpeeseen liittyvät merkinnät samankaltaisina kuin hoitajat itsekin olivat arvioineet. Kirjallisista dokumenteista selvisi, että kuntouttavaa työotetta ja potilaiden fyysistä toimintakykyä, liikkumista sekä apuvälineisiin liittyviä asioita oli kuvattu yleisimmin komponenteilla *Aktiviteetti*, *Päivittäiset toiminnot* sekä *Selviytyminen*. Häyrisen (2011, 47, 48, 60) tutkimuksessa on saatu samankaltaisia tuloksia hoitajien käyttämistä komponenteista potilaan toimintakyvyn kuvaamisessa. Myös dokumenttien tulosten mukaan potilaan omaa tai omaisen mielipidettä ja näkemystä kirjattiin vähäisessä määrässä. Kuntouttavan työotteen mukaiset kirjaukset olivat enemmän hoitaja- kuin potilaslähtöisiä. Laitinen ym. (2010, 493–496) sekä Virolainen (2006, 64–65, 79–80) ovat myös selvittäneet, että potilaan omaa kokemusta hoidosta ei kirjata riittävästi ja kirjaamisessa potilaan ääni jää kuulumatta. Edelleen Laitinen ym. sekä Kärkkäinen ym. (2005, 130–131) toteavat, että kirjaaminen on hoitajalähtöistä ja siinä on kuvattu enemmän hoitajien tekemiä hoitotyön toimintoja kuin potilaan omaa kokemusta hoidosta.

Opinnäytetyön haastatteluiden tulokset paljastivat, että kuntouttavaa työotetta ja potilaan toimintakykyyn liittyviä asioita kirjattiin Mediatri-potilastietojärjestelmässä myös muualle kuin Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalle. Opinnäytetyön tekijä pohti tätä Mediatriin mahdollistamaa vaihtoehtoisen kirjaamistavan merkitystä tutkimustuloksen kannalta lähinnä kirjallisten dokumenttien osalta. Vaihtoehtoinen kirjaamispaikka ja -tapa Mediatri-potilastietojärjestelmässä voi osaltaan selittää kuntouttavan työotteen näkyvyyttä Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalla. Tämän opinnäytetyön kirjallisten dokumenttien tarkastelu kohdistui ainoastaan Hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustan kuntouttavan työotteen mukaisiin merkintöihin.

Opinnäytetyön mukaan haastateltavien näkemys oli, että kuntouttavan työotteen kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaan toteutui vaihtelevasti, vaikka hoitajat tiedostivat kuntouttavan työotteen mukaisen kirjaamisen merkityksen ja

sen tärkeyden hoitotyön kannalta. Hoitajat arvioivat, että he eivät aina kirjaa hoitotyön prosessin kaikkia vaiheita ja hoitajien kokemus oli, että eniten kirjataan hoidon toteutusta. Häyrinen (2011, 47), Kärkkäinen (2005, 130–131) ja Laitinen ym. (2010, 493–496) ovat myös raportoineet, että eniten kirjataan hoitotyön toimintoja eli sitä, mitä on tehty. Opinnäytetyön haastattelun tulosten mukaan suunnitelmavaihe ja yksilöllinen, potilaslähtöinen hoidon tarpeen kirjaaminen koettiin tärkeäksi samoin kuin tietojen päivittäminen. Enemmistö hoitajista arvioi, että hoidon tuloksia ja arviointia kirjataan liian vähän tai huonosti.

Opinnäytetyön kirjallisten dokumenttien tulokset tukivat vain osittain hoitajien käsityksiä hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen toteutumisesta. Kirjallisten dokumenttien tulosten mukaan hoitotyön prosessin eri vaiheita kirjataan vaihtelevasti tai joitakin prosessin vaiheita ei kirjata lainkaan kuntouttavan työotteen mukaisissa merkinnöissä. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen ei ollut aina loogista. Puutteellisesta prosessin mukaisesta kirjaamisesta ja siitä, että hoitajat eivät kirjaa jokaisen potilaan kohdalla kaikkia hoitoprosessin vaiheita, ovat aikaisemmin raportoineet Häyrinen (2011, 47–48, 60) ja Liljamo ym. (2012, 55). Edelleen Häyrinen, Laine (2008,36) ja Hyppönen (2014,32) toteavat, että hoitajat eivät käytä luokituksia johdonmukaisesti hoitotyön prosessissa.

Opinnäytetyön kirjallisten dokumenttien tuloksissa ja haastateltavien kokemusten välillä oli eroja. Hoitotyön prosessin suunnitteluvaiheessa hoidon tarvetta oli kuvattu, toisin kuin hoitajat itse olivat arvioineet, suppeasti ja osittain pelkällä komponenttitasolla. Hoitotyön toteutuksen kirjaamisessa, vapaassa tekstissä, merkinnät olivat myös pääsääntöisesti lyhyitä, hoitajalähtöisiä, luettelomaisia, toteavia sekä toistuvia. Merkinnät olivat harvoin arvioivia tai potilaan toimintakykyä kuvaavia. Kärkkäinen ym. (2005, 128) ovat myös raportoineet hoitajien kirjaamistavasta, joka on luettelomaista ja stereotyyppistä.

Holma ym. (2002, 44–45) mukaan kuntouttavan työotteen toteutumisesta tulee arvioida säännöllisesti, tällöin esimerkiksi tavoitteiden saavuttamisen arviointi edellyttää jatkuvaa sekä järjestelmällistä kirjaamista. Myös Hallila (2005, 12) kirjoittaa, että kirjaamisen yksi tavoite on arvioida hoidon vaikuttavuutta. Laitinen ym. (2010, 493–496) sekä Laine (2008, 36) ovat tutkimuksissaan todenneet, et-



tä arvioinnin kirjaaminen on vähäistä. Opinnäytetyön kirjallisten dokumenttien tulos hoitotyön arvioinnin osalta oli samankaltainen. Opinnäytetyön dokumenttien tulosten mukaan merkittävää oli se, että hoitotyön prosessissa ei kirjattu lainkaan hoitotyön tulosta tai arviointia missään vaiheessa tai yhdenkään potilaan osalta. Hoidon tuloksellisuutta ei pystytty tällöin määrittelemään lainkaan, eikä sitä, millainen muutos potilaan tilassa on tapahtunut. Päinvastaisiin tuloksiin kirjaamisen arvioinnista ovat tutkimuksissaan päätyneet Virolainen (2006, 64–65, 79–80) sekä Routasalo ym. (2004, 224–227). Routasalo ym. toteavat, että kuntouttavan hoitotyön edistymistä arvioidaan päivittäin ja 63–82 % hoitajista ilmoittaa kirjaavansa arviointia potilastietoihin ja se koetaan vastuullisena ja tärkeänä tehtävänä.

Opinnäytetyön haastattelun tuloksista selvisi, että hoitajien kokemus kirjaamisen merkityksestä kuntouttavan työotteen käytäntöön oli tiedostettu. Hoitajat arvioivat kuntouttavan työotteen kirjaamisen tukevan yhtenäisten hoitokäytäntöjen toteutumista hoitotyössä ja he kuvasivat esimerkiksi potilaan siirtymisiin ja avustamismenetelmiin liittyviä hoitotilanteita, joissa erityisesti kokivat hyötynensä kuntouttavan työotteen mukaisesta kirjaamisesta. Hoitajien näkemysten mukaan kuntouttavan työotteen mukaisilla merkinnöillä koettiin olevan potilasturvallisuutta lisäävä vaikutus ja sen arvioitiin parantavan hoidon jatkuvuutta uuden työntekijän ja/ tai työvuoron näkökulmasta tarkasteltuna. Samansuuntaisia merkityksiä kirjaamisen hyödyistä ovat kuvanneet Laine (2008, 26) sekä Hyppönen (2014, 28).

Opinnäytetyön haastattelun tulosten mukaan henkilökunnan koulutusmyönteisyys sekä kollegan ja esimiehen tuen tarve kirjaamisessa näyttäytyivät samankaltaisena kuin Virolaisen (2006, 64–65, 79–80, Volotisen (2008, 64–71) sekä Hyppösen ym. (2014, 60) aiemmissa tutkimuksissa.

## **7.2 Opinnäytetyön luotettavuus**

Laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen ym. 2013, 197). Uskotta-

vuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija esittää tulokset niin selkeästi, että lukija käsittää miten analyysi on muodostettu. Tärkeänä luotettavuuskysymyksenä nähdään aineiston ja tulosten suhteen kuvaus. Tämä edellyttää tutkijalta tarkkaa analyysin kuvausta, jossa on hyvä käyttää taulukoita ja liitteitä, joista ilmenee analyysin eteneminen alkuperäistekstistä alkaen. (Kankkunen ym. 2013, 198.) Opinnäytetyön aineistonkeruu- ja analysointiprosessit pyrittiin kuvaamaan yksityiskohtaisesti ja eri analysointivaiheita kuvattiin taulukoiden, prosessikaavioiden sekä liitteiden avulla. Tulososiossa esitettiin suoria lainauksia haastatteluilta ja kirjallisista dokumenteista, jolloin tutkittavien omat kokemukset ja alkuperäiset kirjaukset tulivat lukijalle näkyviksi. Opinnäytetyöntekijä uskoi, että edellä mainitut tekijät helpottivat analyysin etenemisen seuraamista ja lisäsivät opinnäytetyön uskottavuutta ja siirrettävyyttä.

Tutkimuskohteena olevan ilmiön ymmärryksen lisäämiseksi ja tulosten varmistamiseksi voidaan käyttää triangulaatiota, joka on monimenetelmäinen strategia. Triangulaatiossa voidaan käyttää useita menetelmiä ratkaisun löytämiseksi, näitä voivat olla muun muassa haastattelut, dokumentit ja havainnointi. Tästä on apua myös tuloksen luotettavuuden varmistamisessa. Jos eri lähteistä saadaan samanlaisia tuloksia tai tukea ratkaisulle, voidaan ratkaisua pitää luotettavana. Aineistotriangulaatiosta puhutaan, kun viitataan erilaisten aineistojen käyttöön tutkimuksen ratkaisua etsittäessä. (Kananen 2014, 120–121.) Opinnäytetyön tekijä uskoo, että opinnäytetyössä käytetyn kahden eri tutkimusaineiston hyödyntäminen ja niistä saatujen tulosten vertaileminen, vahvistaa tutkimuskysymyksiin saatujen vastausten uskottavuutta. Hirsijärvi & Hurme (2010, 38–39) esittää, että tärkeintä on kuitenkin valita menetelmä, joka sopii tutkimuksen kohteena olevaan ongelman ratkaisemiseen. Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät osoittautuivat sopiviksi tutkimusongelmien ratkaisemisessa ja niiden avulla saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Lisäksi haastatteluihin valikoituneilla henkilöillä oli paras mahdollinen näkemys tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimusmateriaalia kerätään niin paljon kuin sitä tarvitaan totuuden paljastamiseksi. Laadullisessa tutkimuksessa tiedon hankinta ja analyysi kulkevat käsi kädessä ja tiedon keräämisen lopettamispiste on aina harkinnanvarainen. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston laatu on määrää tärkeämpi. Tutkimusaineistoa

on silloin riittävästi, kun uudet tapaukset eivät enää muuta tulkintaa eli tällöin puhutaan saturaatiosta eli kylläntymisestä. (Kananen 2014, 95, 98.) Opinnäytetyön aineistot saavuttivat kylläntymisen eli saturaation. Opinnäytetyöntekijä uskoo, ettei uusilla osallistujilla tai lisädokumenteilla todennäköisesti olisi tuotettu enää uusia näkökantoja tutkittavaan ilmiöön.

Haastatteluaineiston laatuun ja luotettavuuteen voidaan vaikuttaa etukäteen tekemällä hyvä haastattelurunko, miettimällä ennalta miten teemoja voidaan syventää sekä pohditaan vaihtoehtoisia lisäkysymysten muotoja (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184). Opinnäytetyön haastattelurungossa esiintyvät termit osoittautuivat osalle haastateltavista joiltakin osin vieraksi, mutta opinnäytetyöntekijä täsmensi haastattelutilanteessa tarkentavien lisäkysymysten avulla asiat, jotka olivat haastateltavalle entuudestaan vieraita. Tällä varmistettiin, että käsiteltävä asia oli ymmärretty samalla tavalla.

Kirjallisten dokumenttien osalta tutkijan on hyvä pohtia sitä, kuka on kirjoittanut dokumentin, miksi teksti on tuotettu ja kenelle se on tarkoitettu? Usein se, mitä dokumentista puuttuu, saattaa olla tärkeämpää havaita kuin se, mitä dokumentti antaa ymmärtää. Dokumenttien osalta on hyvä pohtia sitä, kuinka totuudenmukaisesti asiat on viety dokumentteihin. Dokumenttien tarkoitusperä vaihtelee, sellaiset asiat dokumentoidaan, jotka on pakko. Tällaisia ovat esimerkiksi lakisääteiset dokumentit, joiden määrämuodosta on tarkat ohjeet. (Kananen 2014, 91- 92.) Saranto ja Ensio (2007, 130–131) ovat todenneet, että kirjaamisessa asioiden esiintyvyyttä voidaan tarkastella komponentti- tai pää- ja alaluokkatasolla.

Koska opinnäytetyön dokumenteissa kyseessä oli potilastietojärjestelmään kirjattuja hoitotyön merkintöjä, opinnäytetyön tekijä uskoo, että merkinnät kuvaavat todellisuutta ja ovat uskottavia tutkittavan ilmiön kannalta. Hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta on olemassa selkeät ohjeet ja rakenne, jotka luovat tarkasteluun objektiivisuutta. Opinnäytetyössä hyödynnettiin kirjaamisen tarkastelussa joiltakin osin Kailan ja Kuivalaisen hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin arviointiohjetta objektiivisuuden vahvistamiseksi. Dokumenttien raportin ajankohta oli menneisyydessä ajalta, jolloin toimintaorganisaatio ja tutkittavat henkilöt eivät

vielä tienneet tutkimuksesta. Kirjaukset ovat tältä osin neutraaleja, eikä niihin ole voitu tutkimuksen kannalta tietoisesti vaikuttaa, joten tämä lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta.

### 7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Suomessa tutkimusetiikan laadun määrittelee muun muassa tutkimuseettinen neuvottelukunta, lainsäädäntö ja sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittely ei saa loukata, eikä väheksyä potilasta tai ihmisryhmiä. Tietolähteiden valinnassa on huomioitava, että tutkimuksesta ei aiheudu haittaa tutkittavalle. Tutkimussuhde voi olla välitön kuten haastattelu tai välillinen, jolloin kyseessä on esimerkiksi dokumenttien käyttö. Tutkimuksen lähtökohtana on tutkittavien ihmisten rehellinen ja kunnioittava kohtelu. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen ja heitä informoidaan etukäteen monipuolisesti. Oleellista on, että tutkittava voi myös kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää sen missä vaiheessa tahansa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 362–363, 365–367.) Opinnäytetyöntekijä varmistui saatekirjeen ja tutkittavan kirjallisen suostumuksen myötä, että tutkittava oli tietoinen mihin tarkoitukseen hän tulee tietoja antamaan, miten tutkimusaineistoa säilytetään ja kuinka se hävitetään. Tutkittava oli tietoinen myös siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Osa haastateltavista oli entuudestaan tuttuja opinnäytetyöntekijälle. Tällä voi olla osaltaan merkitystä haastattelutilanteeseen ja se voi lisätä esimerkiksi avoimuutta asian käsittelyssä. Tutkija tiedosti asian merkityksen sekä huomioi sen muun muassa korostamalla omaa ammatillisuutta ja neutraalia asennetta koko haastattelutilanteen ajan.

Tutkimusaiheen valintaa pidetään jo eettisenä kysymyksenä. Aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selvittää kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi kyseiseen tutkimukseen ryhdytään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Tut-

kimustuloksia voidaan toisinaan hyödyntää vasta tulevaisuudessa uusiin potilaisiin tai asiakkaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–221, 223.) Opinnäytetyön aihe valikoitui opinnäytetyöntekijän kiinnostuksen ja toimeksiantajan tarpeen pohjalta. Opinnäytetyön tekijä uskoo, että tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kohdeorganisaation kirjaamisen ja kuntouttavan työotteiden kehittämisessä. Toivottavaa on, että opinnäytetyön tutkimustuloksesta hyötyvät jatkossa myös kohdeorganisaation potilaat kirjaamisen kehittymisen sekä kuntouttavan työotteen tehostumisen myötävaikutuksella.

Sähköinen kirjaaminen ja tilastointi ovat edesauttaneet, että viime aikoina hoitotieteessä on alettu hyödyntää tutkimusaineistona erilaisia potilasdokumentteja, hoitotyön asiakirjoja ja rekistereitä. Tutkimuseettisesti haaste kohdistuu siihen, etteivät asiakkaat ja potilaat ole tienneet hoitosuhteensa aikana, että heidän tietonsa tulevat myöhemmässä vaiheessa tutkimuskohteeksi. Tällöin tietojen luovuttamisen arviointi jää tutkimusluvan myöntäjälle, yleensä organisaation esimiehelle. Käytännössä tärkeintä on huolehtia, että ennen aineiston luovuttamista tutkijalle, kaikki identifiointitiedot poistetaan dokumenteista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2013, 218, 220–221, 223.) Opinnäytetyöntekijä selvitti etukäteen kohdeorganisaation lupamenettelyt ja toimi ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tutkimusluvan myönsi sosiaali- ja terveystoimen johtaja, johtava lääkäri. Tutkimusluvan myöntäjä oli tietoinen tarvittavasta tutkimusaineistosta luvan myöntäessään. Kirjallisten dokumenttien kaikki identifiointitiedot poistettiin sekä potilaiden että hoitajien osalta, eikä kenenkään henkilöllisyys paljastunut tutkimuksen missään vaiheessa.

Tutkimuksen yhtenä eettisenä kysymyksenä pidetään plagiointia, jolla tarkoitetaan esimerkiksi toisen henkilön kirjoittaman tekstin suoraa lainaamista ilman asianmukaista lähdeviitettä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224). Opinnäytetyön raportoinnissa on pyritty kiinnittämään huomiota siihen, että kaikki viittaukset ja lähdemerkinnät ovat ajan tasalla ja asianmukaisesti tehty. Toisten tekstejä ei ole esitetty omana ja tekstiä lainatessa on tekstiin tehty asialliset merkinnät.

## 7.4 Oppimisprosessi

Opinnäytetyön aihe valikoitui opinnäytetyön tekijän kiinnostuksen ja aikaisempaan ammattiin liittyvän kokemuksen herättämänä. Toimeksiantajan tarve ja opinnäytetyön tekijän kiinnostus aiheeseen kohtasivat työelämässä. Opinnäytetyöntekijä pitää tärkeänä sitä, että opinnäytetyöllä on merkitystä käytännön työelämän kannalta. Toimeksiantaja voi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia haluamallaan tavalla työelämän tarkoituksiin, kuten esimerkiksi hoitotyön kirjaamisen ja kuntouttavan työotteen kehittämiseen sekä hoitotyön laadun parantamiseen.

Tutkimusaiheen käsittely edisti opinnäytetyöntekijän ammatillista kasvua. Aiheeseen syvempi paneutuminen antaa hyvät valmiudet ja tuo varmuutta toimia hoitotyön ammattilaisena hoitotyön kirjaamisen sekä kuntouttavan työotteen mukaisen toiminnan näkökulmasta. Opinnäytetyön prosessin aikana vahvistui käsitys kirjaamisen ja sen kehittämisen merkityksestä muun muassa hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden kannalta.

Opinnäytetyön laadullinen tutkimusprosessi vei ajallisesti paljon aikaa, erityisesti tiedon hankinnan ja kahden eri tutkimusaineiston analysoinnin osalta. Opinnäytetyöntekijä koki kuitenkin, että työskentelyn pitkä aikaväli antoi tilaa omien ajatusten täsmentymiselle sekä tekstin muokkautumiselle ja jalostumiselle. Opinnäytetyöntekijän näkemyksen mukaan ajankäyttö lisäsi opinnäytetyöntekijän asian syvällisempää ymmärrystä sekä osaltaan tulkinnan huolellisuutta ja luotettavuutta. Tutkijan ymmärryksen kehittymistä ei voi ajallisesti nopeuttaa (Vilkkä 2015, 121).

Opinnäytetyöntekijän näkemys yksintyöskentelystä oli kaksijakoinen. Toisaalta yksintyöskentelyn aikataulutus ei asettanut ehtoja, mutta opinnäytetyöntekijä kaipasi ajoittain tukea valintoihin sekä itse prosessin eri vaiheiden läpiviemiin. Opinnäytetyöryhmän ja ohjaajan tuki korostuivat koko prosessin ajan. Yksintyöskentely oli erityisen opettavaista päätöksenteon, tiedonhankinnan ja aineiston analysoinnin kannalta. Lähdekriittisyys, tiedon luotettavuuden arviointi ja tiedon rajaamisen taito kehittivät tiedonhakuprosessin ja raportoinnin aikana. Teemahaastattelun tekeminen ensimmäistä kertaa opetti arvioimaan kriittisesti

haastattelurungossa esiintyviä teemoja ja termejä. Tulevaisuudessa haastattelututkimuksen tekeminen olisi helpompaa. Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan säilytti mielenkiintonsa, ja motivaatio sen tekemiseen säilyi loppuun saakka, vaikka yksintyöskentely aiheutti ajoittain työväsymystä.

## **7.5 Jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyön jatkotutkimuksena voitaisiin tehdä samasta aiheesta toimintatutkimus, johon sisältyy kirjaamiseen liittyvä koulutus ja sen jälkeen arviointia koulutuksen vaikutuksesta kirjaamisen toteutumiseen ja kuntouttavan työotteen näkyvyyteen kirjaamisessa sekä käytännön vaikutukset hoitotyöhön. Toisena jatkotutkimuskohteena ja mielenkiinnon aiheena voisi olla selvitys potilaiden näkemyksestä kuntouttavan työotteen toteutumisesta käytännössä ja heidän toivonsa toiminnan kehittämisestä sekä hoidon tarpeista kuntouttavan työotteen näkökulmasta.

## Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Crown, J. 1988. Potilaan hoitotyön tarpeen määrittäminen. Teoksessa Kratz, C R (toim.). Hoitotyön prosessi. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö, 31–63.
- FinCC. Finnish Care Classification. 2016. Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus. SHToL versio 2.01.  
[https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438202/SHToL\\_ver+2.01.pdf/5e65b71c-f49a-4728-9c21-8a3cfc78ea3f](https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438202/SHToL_ver+2.01.pdf/5e65b71c-f49a-4728-9c21-8a3cfc78ea3f). 14.2.2016.
- Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu – nursing audit. Teoksessa Hallilla, L (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 111–119.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holma, T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. (toim.). 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Raportti 31/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN\\_ISBN\\_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1). 11.3.2015.
- Härkönen, A. 2016. FinnCC-luokituksen versio – Polvijärvi. kai- ja.i.piiironen@edu.karelia.fi. 25.1.2016.
- Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0535-2/urn\\_isbn\\_978-952-61-0535-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf). 31.10.2015.
- Jokinen, T. 2005. Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu -tutkielma.
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei. – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen Lääkärilehti 70 (14–15), 977–983.  
<http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL142015-977.pdf>. 1.2.2016.
- Järviöskoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2014. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja tulokset. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaali-



- palvelujen kuntayhtymä.  
[http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen\\_kirjasto/isbn9789529793686.pdf](http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793686.pdf).  
 12.1.2016.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2006. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämättömä. Toimintarajoitteisten määrä uhkaa kasvaa lähes kaksinkertaiseksi 30 vuodessa. *Duodecim* 122 (3), 255–257.  
<http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo95517.pdf>. 13.4.2015.
- Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2007. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B24/2007.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78119/2007b24.pdf?sequence=1>. 13.4.2015.
- Kukkonen, L. 2007. Hoitotyöntekijöiden kuvaus kuntouttavasta hoitotyöstä perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Preventiivinen hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.
- Kuula, A. 2014. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. 2005. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics* 12 (2), 123–132.  
<http://web.b.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=03586a4b-16cf-44ef-bd16-76cc702184ec%40sessionmgr102&hid=106>. 16.1.2016.
- Laine, E. -L. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. 31.10.2015.
- Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Issues for the nursing workforce. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing* 19 (3–4), 489–497.  
<http://web.a.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=3cc28c00-1657-4dd1-8458-c79643c35a15%40sessionmgr4002&hid=4214>. 16.1.2016.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, päivitys 2010.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994.

- Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 2014. Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN\\_ISBN\\_978-952-302-108-2vanha.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2vanha.pdf?sequence=3). 13.4.2015.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1). 16.4.2015.
- Mediconsult. 2015. Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen.  
<https://www.mediconsult.fi/tuotteet-ja-palvelut/mediatri/rakenteinen-hoitoty%C3%B6n-kirjaaminen>. 29.8.2015.
- Pikkarainen, A. 2005. Monialainen ja innovatiivinen gerontologinen kuntoutus osana uudistuvia vanhuspalveluja. Kuntoutus (1), 43–56.  
[www.kuntoutusportti.fi/data/attachments/kuntoutus-lehden\\_artikkelit/2005/monialainen\\_ja\\_innovatiivinen.pdf](http://www.kuntoutusportti.fi/data/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2005/monialainen_ja_innovatiivinen.pdf). 11.4.2015.
- Pohjolainen, T. & Saltychev, M. 2015. Toimintakyky. Fysiatría. Duodecim.  
[http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/tyt/koti?p\\_artikkeli=fys00002&p\\_haku=Toimintakyky%20Timo%20Pohjolainen%20ja%20Mikhail%20Saltychev](http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00002&p_haku=Toimintakyky%20Timo%20Pohjolainen%20ja%20Mikhail%20Saltychev). 10.2.2016.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 86–93.
- Routasalo, P., Wagner, L. & Virtanen, H. 2004. Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation. Scandinavian Journal of Caring Sciences nursing in three Scandinavian countries 18 (2), 220–228.  
<http://web.a.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=3651ed75-9863-40f2-9718-1a9734eba39f%40sessionmgr4002&hid=4107>. 27.1.2016.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - 7.3.4. Teemoittelu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html). 12.4.2015.
- Saranto, K. 2008. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L (toim.). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy, 18–32.
- Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 123–138.
- Saranto, K. & Sonninen, A L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L (toim.). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy, 12–16.
- Socketow, P., Liao, C., Chittams, J. & Bowles, K. 2012. Evaluating the Impact of Electronic Health Records on Nurse Clinical Process at Two Com-

- munity Health Sites. *Nursing Informatics* 381, 1–14.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799128/>. 16.1.2016.
- Sonninen, A L., Ensio, A. & Ikonen, H. 2008. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L (toim.). *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy, 80–87.
- Sonninen, A L. & Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L (toim.). *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy, 75–79.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia*. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1550874#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1550874#fi). 6.4.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015*.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM\\_2012\\_%20KASTE\\_FI\\_uusi.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3). 8.4.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. *Potilasasiakirjaopas. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle*. STM:n julkaisu 4/2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf). 8.4.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi*.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1). 11.4.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.
- Tanttu, K. & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L (toim.). *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy, 112–127.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. *Toimintakyky*.  
<http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/toimintakyky>. 21.1.2015.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkkä, H. 2015. *Tutki ja kehitä*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Virolainen, M. 2006. *Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. *Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen*. Pro gradu -tutkielma. 31.10.2015.
- Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2015. *Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-479-3>. 6.1.2016.
- Volotinen, L. 2008. *Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. *Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotyön johtaminen*. Pro gradu -tutkielma.
- Vähäkangas, P. 2010. *Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa*. Oulun yliopisto. *Terveystieteiden*

- laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Väitöskirja.  
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514262319.pdf>. 15.9.2015.
- Vähäkangas, P., Noro, A. & Björkgren, M. 2006. Issues and innovations in nursing practice. Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 55 (1), 29–35.  
<http://web.a.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4ec6cbf2-e4c5-481d-87f8-d9a632475535%40sessionmgr4003&hid=4209>. 24.1.2016.
- World Health Organization 2002. Active Ageing. A Policy Framework.  
[http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fhq%2F2002%2Fwho\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf&ei=DOkoVY3-DoTjywPI9IDoAg&usq=AFQjCNGklumXC9ERJwxqRd5j61dry\\_HAaw&sig2=6UPPM3JHvXIWb6HeZ\\_mIQQ&bvm=bv.90491159,d.bGQ](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fhq%2F2002%2Fwho_nmh_nph_02.8.pdf&ei=DOkoVY3-DoTjywPI9IDoAg&usq=AFQjCNGklumXC9ERJwxqRd5j61dry_HAaw&sig2=6UPPM3JHvXIWb6HeZ_mIQQ&bvm=bv.90491159,d.bGQ). 11.4.2015.

## Toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

<b>Toimeksiantaja</b>	
Organisaation nimi:	Polvijärven sosiaali- ja terveystoimi
Toimeksiantajan edustaja:	Raija Laine, vanhustyön johtaja
Osoite:	
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	

<b>Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot</b>	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1400928 Kaija Piironen
Puhelinnumero:	0105000155
Sähköposti:	

<b>Toimeksiannon kuvaus</b>	
Aihe	Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa? Miten rakenteinen kirjaaminen tukee kuntouttavaa hoitotyötä?
Toteutusmuoto	Tutkimuksellinen opinnäytetyö
Aikataulu	Aiheen valinta ja tutkimukseen liittyvä taustatyö on aloitettu syksyllä 2014. Teorian työstäminen on alkanut loppuvuodesta 2014 ja jatkuu kevään 2015 aikana. Aineiston keruu toimintaorganisaatiossa toteutetaan kevään 2015 (huhti-toukokuu) aikana ja saadun materiaalin analysointi tapahtuu kesällä 2015. Opinnäytetyön on määrä valmistua syksyn 2015 aikana niin, että opinnäytetyön esittely on syys-lokakuun seminaarissa. Valmis opinnäytetyö ja tutkimustulokset esitetään työyhteisölle ja toimintaorganisaation edustajille erikseen sovituna ajan-kohtana.
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	-

<b>Toimeksiantajan sitoumukset</b>	
Toimeksiantaja sitoutuu tukemaan opinnäytetyön tekijää ja mahdollistaa opinnäytetyön tekijän toimimisen työyhteisössä yhteisesti sovitulla tavalla. Tämä sisältää muun muassa tarvittavan aineiston keruun Mediatri-tietojärjestelmästä sekä hoitajien haastattelut, tarvittavan tiedottamisen työyhteisössä sekä yhteistyön hoitajien kanssa heidän työajallaan. Tutkimuksen aineiston keruuseen liittyvät kustannukset kentällä, joita voivat olla esimerkiksi tulostukseen liittyvät kulut, kustantaa toimeksiantaja. Toimeksiantaja mahdollistaa myös hoitajien työaikaresurssit, jotka aiheutuvat tutkimukseen osallistumisesta työajalla. Tekijänoikeudet ovat työn tekijällä. Toimeksiantajalla on oikeus hyödyntää työn tuloksia omassa toiminnassaan.	

<b>Opiskelijan sitoumukset</b>	
Opinnäytetyön tekijä sitoutuu tekemään työn valmiiksi toimeksiantajan kanssa sovitun aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyöntekijä sitoutuu noudattamaan opinnäytetyön tekemisessä hyvää tieteellistä käytäntöä sekä Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaan eettisiä periaatteita noudattaen. Opiskelija sitoutuu noudattamaan vaitiolovelvollisuutta sekä pitämään salassa tutkimuksen aikana saatuja tutkimusaineistoja. Opinnäytetyön tekijä hakee ennen tutkimusta tarvittavat tutkimusluvut toimintaorganisaatiolta. Tuloksena syntyy selvitys kuntouttavan hoitotyön rakenteisen kirjaamisen sisällöstä sekä sen merkityksestä	

## Toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

kuntouttavaan hoitotyöhön käytännössä.

**Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa**

Ohjaaja(t): Helena Ikonen,  
tuntiopettaja

Tikkarinne 9  
80200 Joensuu

**Opinnäytetyön julkisuus**

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.

**Allekirjoitukset**

Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
16.4.2015	 Kaija Piironen
16.4.2015	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys  Raija Laihe
16.4.2015	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys  Helena Ikonen

## Tutkimuslupahakemus



### TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haen lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvää tutkimusta

**Opinnäytetyön aihe:** Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa? Miten rakenteinen kirjaaminen tukee hoitotyön käytäntöä?

**Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:** Polvijärven sosiaali- ja terveystoimi, vanhuspalvelut

**Tutkimuksen:**

a) kohde/kohdejoukko: Polvijärven terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunta. Mediatripotilastietojärjestelmän sähköiset dokumentit.

b) aineiston keruumenetelmä: : Hoitajien teemahaastattelu. Sähköiset dokumentit hoitotyön kirjauksista.

c) aineiston keruun ajankohta: Touko-kesäkuu 2015.

**Opinnäytetyön tekijä:** Kaija Piironen 1400928

**Opinnäytetyön ohjaaja:** Helena Ikonen, tuntiopettaja Karelia-ammattikorkeakoulu

**Työelämäohjaaja:**

---

Polvijärvi 13.5.2015 Tutkimuslupa myönnetty.

*Raili Mönntinen*

Raili Mönntinen joht.lääk.

RAILI MÖNNTINEN  
Keskilääketieteen erikoislääkäri  
SV 224451

LIITTEET: - tutkimussuunnitelma  
- toimeksiantosopimus

## Saatekirje

Hyvä työntekijä,

Opiskelen Karelia-ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa terveydenhoitajaksi. Terveystyöntekijän tutkintoon kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyöni aihe on: **Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa? Miten rakenteinen kirjaaminen tukee kuntouttavaa hoitotyötä?**

Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Polvijärven sosiaali- ja terveystoimen vanhustyön johtaja, Raija Laine. Tutkimusaineisto saadaan anonymisti Mediatripotilastietojärjestelmästä hoitotyön merkinnät -kirjaamisalustalta. Saaduista dokumenteista tehdään sisällön analyysi. Tutkimukseen sisältyy myös hoitajien teemahaastattelu. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siitä voi kieltäytyä tai sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastattelu on luottamuksellinen ja se nauhoitetaan aineiston analyysin helpottumiseksi. Tutkimus ei henkilöidy yksittäisiin ihmisiin eikä tutkimuksen missään vaiheessa tule ilmi kenenkään henkilöllisyyttä. Tutkimusaineistoa käytetään vain tässä tutkimuksessa ja se hävitetään asianmukaisesti, kun tutkimus on valmis ja hyväksytty.

Pyydän ystävällisesti apuasi ja toivon yhteistyötäsi opinnäytetyöni toteutukseen.

Yhteistyöterveisin,

Kaija Piironen  
Karelia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja  
1400928  
STTNS14  
kaija.piironen@edu.karelia.fi



## Suostumuslomake

### Tutkittavan suostumus

Tutkittava aihe: Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa? Miten rakenteinen kirjaaminen tukee kuntouttavaa hoitotyötä?

Osallistun haastattelututkimukseen tällä suostumuksella ja annan luvan haastatteluaineiston käyttöön Karelia ammattikorkeakoulussa tehtävään opinnäytetyöhön ” Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa? Miten rakenteinen kirjaaminen tukee kuntouttavaa hoitotyötä?”. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja olen tietoinen siitä, että voin perua antamani suostumuksen missä vaiheessa tahansa.

Haastattelusta saatua aineistoa käytetään ainoastaan kyseisessä opinnäytetyössä siten, ettei henkilöllisyyteni ole tiedossa. Haastattelusta saatua aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja aineisto hävitetään asianmukaisesti, kun työ on valmistunut.

Suostun haastateltavaksi opinnäytetyöhön.

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ 2015.

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennys

\_\_\_\_\_  
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennys

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Haastattelurunko

TEEMA	KYSYMYS
<b>Taustatiedot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ammattinimike?</li> <li>- ikä?</li> <li>- sukupuoli?</li> <li>- hoitoalan työkokemus?</li> <li>- työskentelyaika nykyisessä työpaikassa?</li> <li>- kuinka kauan olet käyttänyt hoitotyön sähköistä rakenteista kirjaamista?</li> </ul>
<b>Kuntouttavan työotteen näkyvyys rakenteisessa kirjaamisessa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- miten ymmärrät käsitteen kuntouttava työote? (mitä se sisältää sinun mielestäsi?)</li> <li>- miten kuntouttava työote näkyy kirjaamisessa? (miten siihen liittyviä asioita kirjataan)</li> <li>- käytätkö kirjaamisessa FinCC-luokitusta? (FinCC muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta, SHTaL 3.0, Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta, SHToL 3.0 ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta, SHTuL 1.0)</li> <li>- minkä komponenttien (= hoitotyön sisältöalue) alle kirjaat pääsääntöisesti kuntouttavan työotteen mukaisia merkintöjä?</li> <li>- kuinka usein käytät kirjaamisessa myös vapaata tekstiä (komponenttien alla olevien pää- ja alaluokkien lisäksi)?</li> <li>- mistä näkymästä (esim. HOI-PTH, YLE, hoitotyön merkinnät jne.) löydät kuntouttavaan hoitotyöhön liittyvän tiedon mielestäsi parhaiten?</li> <li>- miten potilaan toimintakyky näkyy kuntouttavan työotteen mukaisissa kirjauksissa? (millä tarkkuudella sitä kirjataan)</li> <li>- miten potilaan oma näkemys hänen toimintakyvystään ja selviytymisestään tulee kirjaamisessa esiin?</li> </ul>
<b>Kuntouttavan työotteen esiintyvyys hoitotyön prosessissa; kirjaamisen suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheessa?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kirjaatko hoitotyön merkinnöissä hoitoprosessin kaikkia vaiheita (jos et, niin minkä luulisit olevan tähän syynä?)</li> <li>- miten hoidon tarpeissa näkyy/ on kirjattu potilaan toimintakykyä ja selviytymistä?</li> <li>- miten hoidon tavoitteissa näkyy/ on kirjattu kuntouttavaa työotetta ja esim. siinä käytettäviä</li> </ul>

## Haastattelurunko

	<p>menetelmiä?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- miten hoidon suunnitelluissa toiminnoissa näkyy/ on kirjattu kuntouttavaa työtettä ja esim. siinä käytettäviä menetelmiä?</li> <li>- miten hoidon toteutuksessa näkyy/ on kirjattu kuntouttavaa työtettä ja esim. siinä käytettäviä menetelmiä?</li> <li>- miten hoidon arvioinnoissa näkyy/ on kirjattu potilaan toimintakykyä ja kuntouttavaa työtettä?</li> </ul>
<p><b>Miten kirjaaminen tukee kuntouttavan hoitotyön toteutumista?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- minkälaisista hoitomerkinnoista tai potilastiedoista on mielestäsi eniten hyötyä kuntouttavaan hoitotyöhön käytännössä?</li> <li>- millaisissa tilanteissa erityisesti koet kirjaamisesta olevan hyötyä kuntouttavaan hoitotyöhön käytännössä?</li> <li>- miten hoitotyön rakenteinen kirjaaminen tukee moniammatillista yhteistyötä juuri kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta?</li> <li>- arvioisitko, toteutuuko omalla osastollasi kuntouttava hoitotyö (jos ei toteudu, niin osaisitko arvioida, mistä tämä johtuu?)</li> </ul>
<p><b>Kirjaamisen kehittämiseen liittyvät kysymykset</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onko osastollasi sovittu yhtenäisestä kirjaamiskäytännöstä eli siitä miten kirjataan rakenteisen kirjaamisen osalta?</li> <li>- miten omasta mielestäsi hallitset hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen?</li> <li>- seurataanko työyksikössäsi kirjaamista ja sen kehittämistä systemaattisesti?</li> <li>- onko sinulla ehdotuksia/ideoita, jonka avulla kirjaamista voitaisiin kehittää juuri sinun työyksikössäsi tai yleisesti hoitotyössä?</li> </ul>

## Esimerkki teemoittelusta

TEEMA	ALATEEMA	SITAATIT
<b>T 2.1 Kuntouttava työotteen näkyvyys hoitotyön suunnitteluvaiheessa</b>	<b>Potilaslähtöinen tarve</b>	"Riippuen siitä asiakkaan, että minkä takia se tulee. Että jos se tulee jonkun muun asian takia, vaikka niinku sydämen vajaatoiminnan takia, niin ei se välttämättä näy siinä, kun se ongelma on joku toinen ku liikkuminen." (H1)
	<b>Suunnitelmavaiheen merkitys korostuu</b>	"Suunnitelmavaihe korostuu. Suunnitelmaan pitäisi merkitä tarkkaan" (H1)  "Ois mahdollisimman, sillä tavalla tarkasti jo selvitetty tai ois siinä suunnitelmassa jo niitä, miten niinku liikkuu, montako avustajaa tarvii, liikkuko itsenäisesti ja näitä."(H2)
	<b>Suunnitelman päivitys</b>	"Jos hoitosuunnitelmaan jotain tulee, niin sitten niitä muutoksia, niin pitäshän sitä ajan tasalla olla. Voi olla, että jotain päivitetään ihan useinkin."(H4)
<b>T 2.2 Kuntouttavan työotteen näkyvyys hoitotyön toteutusvaiheessa</b>	<b>Toteutuksen merkinnät kuvaavia, tarkkoja ja yksityiskohtaisia</b>	"On kirjattu, niin että näkyy ihan mitä siellä on tehty." (H2)  "No esimerkiksi silleen, että on kävelytetty kahden hoitajan avustamana tai yhden hoitajan avustamana tai on kävelly rollaattorin avulla tai niinku itsenäisesti." (H2)  "Kirjaan, jos mie vaikka jonkun asukkaan kanssa oon käyny ulkona tai mie oon kävelyttäny tai mitäpä kaikkia jumppajuttuja tehty tai tämmöistä... miun mielestä ehkä nykyään paremmin se kyllä näkyy siinä kirjaamisessa." (H5)

## Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje

### HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

- arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitojakso/yhteenveto tai pkl-käynti)

Minimilaatuso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1  Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerimukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
1 <i>Tarve: onko hoitotyön tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä  Ei	Hoitotyön tarve on kirjattu sille varattuun kohtaan  Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tarve (esim. on lääketieteellinen ongelma, dg, toimenpide, tulosy kuten astman seuranta tai suunniteltu toiminto esim. tarvitsee silmällä pitoa vrt. karkaille)
2 <i>Tavoite: onko hoitotyön tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä  Ei	Hoitotyön tavoite on kirjattu sille varattuun kohtaan  Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tavoite (esim. leikkaus onnistuu) tai on suunniteltu toiminto (esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa, motivointi, saa tietoa leikkauksesta, sairaudesta vrt. potilas oppii, osaa, ymmärtää...)
3 <i>Toteutus: onko hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä  Ei	Hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) on kirjattu sille varattuun kohtaan tai päiväseurantaan  Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön toteutusta (esim. on arviointia)
4 <i>Tuloksen arviointi: onko hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä  Ei	Hoitotyön tulos on kirjattu sille varattuun kohtaan: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset  Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tulos (esim. on toteutusta kuten ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty tai on tarpeen määrittelyä)
5 <i>Yhteenveto: onko hoitotyön yhteenveto kirjattu hoitojaksoista, pitkäaikaispotilaasta &gt; 3 kk tai sarjakäynnistä? Yksittäinen pkl-käynti arvioidaan kyllä=1</i>	Kyllä  Ei	Hoitotyön yhteenveto on tehty TAI on yksittäinen pkl-käynti, josta ei tarvitsekaan tehdä yhteenvetoa  Ei ole tehty päätyneestä hoitojaksosta, pitkäaikaispotilaasta (3 kk välein) tai sarjahoitokäynnistä
6 <i>Onko valitut auttamismenetelmät (suunnitellut toiminnot) kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?</i>	Kyllä  Ei	Suunnitellut toiminnot on kirjattu sille varattuun kohtaan TAI lyhyeltä pkl-käynniltä riittää pelkkä komponentti ja alaluokka ilman vapaata tekstiä  Ei ole kirjattu tai eivät ole hoitotyön toimintoja
7 <i>Onko suunnitteluvaiheessa valitun auttamismenetelmän tulos kirjattu?</i>	Kyllä  Ei	On kirjattu vähintään yhden suunnitellun toiminnon/ auttamismenetelmän vaikutus sille varatussa kohdassa: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko)  Ei kirjattu suunniteltu toiminto/ auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa arviointikohdassa sen tuloksesta (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30 tai keskusteltu ravitsemuksesta)
8 <i>Onko kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?</i>	Kyllä  Ei	Kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys)  Ei ole yhtään
9 <i>Onko kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?</i>	Kyllä  Ei	Kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys)  Ei ole yhtään
10 <i>Onko kirjatun tavoitteen ja tuloksen/ arvioinnin välillä yhteys?</i>	Kyllä  Ei	Kirjatun tavoitteen ja arvioinnin välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys)  Ei ole yhtään

## Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje

## HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

- arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso/yhteenvedo tai pkl-käynti)

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1 Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
11 <i>Onko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti?</i>	Kyllä	Tarve on ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmiutena (esim. muutokseen tai suhteessa ikään) sisältäen vapaata tekstiä (esim. kiinnostunut tietämään, missä mennään tai onko kunnossa, reipas, itsenäinen, yksin asuva, väliaikainen, vähäinen, ajoittainen, toistuva, jatkuva vaiva) TAI vähintään 4 eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tarve on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiinimaisella vapaalla tekstillä (esim. potilaan tiedon tarve kontrollajasta)
12 <i>Onko hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tavoite on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja se on ilmaistu potilaan konkreettisenä tekemisenä (esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, tilanne pysyy ennallaan) sisältäen vapaata tekstiä (esim. selviytyy ensin autettuna ruokailusta ja viikon kuluttua itsenäisesti) TAI vähintään 4 eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tavoite ei ole yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen tai se on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiinimaisella vapaalla yleisluonteisella tekstillä (esim. vointi säilyy hyvänä, motivoituu omahoitoon)
13 <i>Onko hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla (esim. vähäinen, toistuva, jatkuva avustaminen; helppo, melko tai erittäin vaativa ohjaus; väliaikainen, hetkittäinen, toistuva, yhtäjaksoinen seuranta)
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai hoitajan toiminta on kirjattu rutiinimaisena tekemisen luettelemisena (esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta, muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään) tai on kuvattu potilaan toiminta irrallisena toteutuksena (esim. nukkunut, syönyt iltapalan, vieraita käymässä, potilas kertonut pahasta olostaan, ilman tarkempaa yksilöllistä sisältöä tai yhteyttä tarpeeseen ja tavoitteeseen)
14 <i>Onko tulos/ arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tulos on vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioiva
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai tulos on irrallista toteavaa kuvausta hoitajan tekemisestä/ toteutuksesta
15 <i>Kun kaikki edelliset osiot 1-14 ovat kyllä → Onko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti?</i>	Kyllä	Osiot 1-14 ovat kyllä ja sen lisäksi on kirjattu hoitotyön kannalta olennaiset yksilölliset asiat myös loogisesti >1 yhteinen tekijä (sama komponentti JA asiayhteys) TAI yksittäiseltä lyhyeltä pkl-käynniltä riittää 1 yhteinen tekijä
	Ei	Osiot 1-14 eivät kaikki ole kyllä TAI osiot 1-14 ovat kyllä, mutta kirjaaminen on rönsyilevää ja/ tai joitain osin niukkaa, jolloin on vaikea löytää olennaisia asioita

**Esimerkki vapaan tekstin sisällöstä kuntouttavan työtteen kirjaamisessa potilaskohtaisesti ja hoitotyön prosessin vaiheiden mukaan (yhden potilaan osalta 16 työvuoroa, viisi työpäivää)**

Potilas	Hoidon tarve	Hoidon tavoitteet	Suunnitellut toiminnot	Hoitotyön toteutus	Hoidon tulokset
Pot. 6.	"Lonkkaproteesi. Liikkuminen rajoittunut, työlästä ja kipua tuottavaa." "Fyysinen kunto."	"Pystyy liikkumaan mahdollisimman kivuttomasti. Pystyy omatoimisesti liikkumaan pyörätuolilla." "Mahdollisimman omatoimisesti pystyy suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista hoitajan tukemana." "Pystyy pitämään yhteyttä omaisiinsa." "Pystyy elämään mahdollisimman kivuttomasti." "Iho pysyy ehjänä ja kantapäihin ei tule painehaavaumia."	"Viedään päivittäin sanomalehdet luettavaksi. Ulkoilua kerran viikossa vähintään. Lounasruokailu päivittäin ruokasalissa." "Kannustetaan liikkumaan omatoimisesti pyörätuolilla. Kannustetaan osallistumaan ulkoiluhetkiin." "Tuetaan itsenäistä pyörätuolilla liikkumista, tarvittaessa avustetaan." "Avustetaan wc:hen siirtofordin ja/tai kääntölevyn turvin tarpeen mukaan." "Motivoidaan osallistumaan päivittäisiin toimintoihin." "Pesee kädet, kasvot, kainalot ja rinnanalustat itse. Alapesuissa ja suihkussa avustetaan." "Siirtoford, pyörätuoli, kääntölevy, jolla siirtymiset hoituu." "Mobilat-voidetta niskäsärkyyn tarvittaessa. Seurataan kipujen voimakkuutta ja ajankohtaa." "Säännöllinen ihon rasvaus ja geelityyny kantapäiden alla." "Päivällä housuvaippa ja yöksi lila Flex xl."	"Nostot tasofordilla, liikkunut omatoimisesti pyörätuolilla."x2 "Wc:ssä käytetty."x5 "Aulassa ruokaillut, hyvin maistunut."x3 "Hyväntuulinen."x3 "Pyörätuolilla kelaili."x2 "Wc:ssä käytetty tarvittaessa."x2 "Iltapesut tehty." "Hyvin ruoka maistui."x6 "Pojat kävivät."x2 "Portatiivilla käytetty."x2 "Vessapesut tehty aamulla." "Pyörätuolilla liikkeellä."x5 "Alapesut tehty." "Vessaan virtsanut."x7 "Telkkaa katsoi."x2 "Portatiivilla käynyt avustettuna." "Suihkussa käytetty." "Illasta ja aamusta portatiivilla avustettuna käynyt." "Istunut iltaan asti." "Vessassa pikkupesut tehty." "Telkkaa katsoi ja lehteä luki." "Pyörätuolissa istumassa." "Omatoimisesti ruokaili."	–

**Esimerkki potilaskohtaisesti valituista komponenteista ja pää- ja alaluokista kuntouttavan työtteen kirjaamisessa prosessin vaiheittain (yhden potilaan osalta)**

POTILAS	HOIDON TARVE	HOIDON TAVOITTEET	SUUNNITELLUT TOIMINNOT	HOITOTYÖN TOTEUTUS	HOIDON TULOKSET
Potilas 6	<p><a href="#">Aktiviteetti/</a> liikkumisen rajoittuminen</p> <p><a href="#">Päivittäiset toiminnot/</a> apuvälineiden tarve, peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve, pukeutumiseen liittyvä avun tarve, wc-toimintoihin liittyvä avun tarve</p> <p><a href="#">Aisti- ja neurologiset toiminnot/</a> krooninen kipu</p> <p><a href="#">Kudoseheys/</a> ihon rikkoutumisen riski</p>	<p><a href="#">Aktiviteetti</a></p> <p><a href="#">Päivittäiset toiminnot</a></p> <p><a href="#">Kanssakäyminen</a></p> <p><a href="#">Aisti- ja neurologiset toiminnot</a></p> <p><a href="#">Kudoseheys</a></p>	<p><a href="#">Aktiviteetti/</a> liikeharjoituksista huolehtiminen, virikkeiden järjestäminen, aktiviteettiin liittyvä ohjaus</p> <p><a href="#">Päivittäiset toiminnot/</a> liikkumisessa avustaminen, wc-toiminnoissa avustaminen, päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus, peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen, apuvälineiden järjestäminen päivittäisten toimintojen tueksi, istumaharjoituksista huolehtiminen</p> <p><a href="#">Kanssakäyminen/</a> sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen</p> <p><a href="#">Aisti- ja neurologiset toiminnot/</a> kivun seuranta</p> <p><a href="#">Kudoseheys/</a> ihon perushoito</p> <p><a href="#">Psyykinen tapano/</a> psyykkisen tilan seuranta</p>	<p><a href="#">Aktiviteetti/</a> aktiviteetin seuranta</p> <p><a href="#">Päivittäiset toiminnot/</a> liikkumisessa avustaminen, wc-toiminnoissa avustaminen, peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen</p> <p><a href="#">Kanssakäyminen/</a> sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen</p> <p><a href="#">Psyykinen tapano/</a> psyykkisen tilan seuranta</p> <p><a href="#">Erittäminen/</a> virtsaamisen seuranta</p> <p><a href="#">Ravitsemus/</a> ravitsemustilan seuranta</p>	-