

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2010

Henna-Mari Kuronen
Aija Lammi
Jasmiini Meriluoto

RAKENTEISEN KIRJAAMISEN KEHITTYMINEN KOTIHOIDOS- SA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Aija Lammi

Henna-Mari Kuronen

Jasmiini Meriluoto

RAKENTEISEN KIRJAAMISEN KEHITTYMINEN KOTIHOIDOSSA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella miten rakenteinen kirjaaminen on toteutunut Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa. Tarkoituksena oli myös selvittää minkälaisia ongelmakohtia ja kehittämistarpeita kotihoidon kirjaamisessa ilmenee sekä onko siinä tapahtunut kehitystä verrattuna aiempiin tutkimuksiin.

Tutkimus oli kvantitatiivinen ja menetelmänä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimusaineistona käytettiin kotihoidon 40 asiakkaan hoitokertomuksia lokakuun 2009 ajalta. Kirjaukset analysoitiin valmiin, myös aiemmissa tutkimuksissa käytetyn, analyysirungon avulla ja syötettiin SPSS Statistics 17.0 -ohjelmaan.

Tutkimus osoitti, että Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidon kirjaamisessa ei ole tapahtunut merkittävää kehitystä verrattuna edellisiin tutkimuksiin, jotka toteutettiin vuonna 2008 ja keväällä 2009. Asiakkaan aikaisempi terveydentila oli kirjattu harvemmin ja aikaisempia kokemuksia hoidosta ei ollut kirjattu juuri lainkaan. Hoidon tarpeita sekä tavoitteita oli myös kirjattu vähemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta vastasi hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja kaikissa tutkimuksissa. Tavoitteiden oikeamuotoisuudessa oli menty parempaan suuntaan ja merkittävää muutosta oli tapahtunut asiakkaan konkreettisen voinnin ja käyttäytymisen muutoksen kirjaamisessa.

Tutkimustuloksiin on saattanut osittain vaikuttaa Turun sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen ja sen tuomat muutokset. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että rakenteisesta kirjaamisesta tarvitaan vielä lisää koulutusta. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidon kirjaamisen kehittämisessä ja laadun parantamisessa.

ASIASANAT:

kirjaaminen, hoitotyö, kotihoito

BACHELORS'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Degree Programme in Nursing | Registered Nurse
April 2010 | Number of pages: 39 pages + 6 appendices

Henna-Mari Kuronen

Aija Lammi

Jasmiini Meriluoto

DEVELOPMENT OF STRUCTURED DOCUMENTATION IN HOME HEALTH CARE

The aim of this study was to examine how structured documentation is realized in the health and social services in Turku. The purpose of this study was also to find out what kinds of problems and developing needs manifest in home care documentation and is there happened any kind of improvement comparing to the earlier studies.

The study was quantitative and the method which was used was the deductive content analysis. The material used in the research was 40 management reports which were collected in October 2009. The data was analyzed by standard basics of the analysis that had been used also in former studies. The material was analyzed by using the SPSS Statistics 17.0 -programme.

The study showed that there hasn't been much development in the documentation in the home-based treatment in the social and health services in Turku compared to previous studies which accomplished during 2008 and spring 2009. The clients' previous condition of health was documented more seldom and the previous experiences of the treatment weren't documented fairly at all. The needs and aims of the nursing practice were also documented less than in previous researches. In all researches the nursing action in implementation corresponded likewise in earlier studies. The right form of the aims had become better and some significant change had happened in the documentation of the concrete change of health and behavior.

The merger and its changes brought about by Turku's social and health services has might partly effect to the results of the study. According to the findings there is a need for more education about structured documentation. The results of the study can be used in developing documentation and its quality in Turku's social and health services of home based caring.

KEY WORDS:

nursing documentation, nursing practice, home health care

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	HOITOTYÖN SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN	7
2.1	Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke	7
2.2	Hoitotyön prosessinmukainen kirjaaminen	10
2.3	Hoitotyön kirjaaminen ja sen merkitys	11
2.4	Systemaattinen kirjaaminen	14
3	KOTIHOITO	16
3.1	Kotihoidon ominaispiirteitä	16
3.2	Hoito- ja palvelusuunnitelma	17
3.3	Kotihoito ja kirjaaminen	18
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	20
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	20
5.1	Tutkimusmenetelmä- ja aineisto	20
5.2	Aineiston analysointi	21
6	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	22
7	TULOKSET	24
7.1	Analysoitujen hoitokertomusten taustatiedot	24
7.2	Hoidon tarve	25
7.3	Hoitotyön tavoitteet	27
7.4	Hoitotyön toiminnot ja arviointi	28
7.5	Asiakkaan oman näkemyksen kirjaaminen	30
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
	LÄHTEET	37

LIITTEET

LIITE 1: Sisällönanalyysirunko

KUVAT

Kuva 1. Hoidon tarve- ja toimintoluokituksen komponentit. 9

KUVIOT

Kuvio 1. Asiakkaan aikaisemmasta terveydentilasta on kirjattu 25

Kuvio 2. Tarpeet ja ongelmat eriteltyinä. 26

Kuvio 3. Tavoitteiden oikeamuotoisuus 28

TAULUKOT

Taulukko 1. Hoitotyön kirjaamisten kokonaismäärä ja asiakkaiden
iän vaihteluväli 24

Taulukko 2. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa tai
toteutuksessa. 28

Taulukko 3. Opetuksen/ohjaamisen kirjaaminen 29

Taulukko 4. Omaisen osallistuminen asiakkaan hoitoon. 30

Taulukko 5. Asiakkaan oman näkemyksen kirjaaminen. 32

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella miten rakenteinen kirjaaminen on toteutunut Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa. Tutkimus pohjautuu vuosina 2005–2007 käynnissä olleeseen valtakunnalliseen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeeseen. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää yhtenäinen kirjaamismalli, joka perustuu hoitotyön ydintietoihin, sekä implementoida se käytännön hoitotyöhön.

Turun sosiaali- ja terveystoimessa on keväällä 2008 laadittu yhteinen hoitonäkemyksen, jonka sisältämien asioiden olisi tarkoitus näkyä myös hoitotyön kirjaamisessa. Lisäksi on luotu kirjaamisen laatuvaatimukset ja -kriteerit, joita tulisi noudattaa kaikissa hoitoyksiköissä. Projektiin on otettu mukaan asiantuntijasairaanhoitajia ja kirjaamisvastaavia, joiden tehtävänä on huolehtia muun henkilökunnan kouluttamisesta ja sitouttamisesta uuteen kirjaamismalliin sekä seurata kirjaamisen tilaa omassa työyksikössään.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää minkälaisia ongelmakohtia ja kehittämistarpeita kotihoidon kirjaamisessa ilmenee, sekä onko siinä tapahtunut kehitystä verrattuna aiempaan Turun ammattikorkeakoulussa tehtyyn tutkimukseen, joka perustuu alkuvuodesta 2009 kerättyyn aineistoon. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää kotihoidon kirjaamisen kehittämisessä.

Tutkimus on tarpeellinen ja ajankohtainen, sillä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159) velvoittaa, että rakenteiseen kirjaamiseen tulee siirtyä viimeistään vuoteen 2011 mennessä. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrää, että hoitohenkilökunnan on päivittäin kirjattava selkeästi ja ymmärrettävästi potilasasiakirjoihin kaikki potilaan hoidon kannalta tarpeelliset tiedot.

2 HOITOTYÖN SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN

2.1 Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke

Alunperin suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta ja hoidon tarveluokitusta eli hoitotyön diagnooseja on kehitelty yhdysvaltalaisen Home Health Care Classification -luokittelun pohjalta. Luokituksen kehittämisen tarkoituksena on alkujaan ollut luoda lääketieteellisestä diagnoosiluokittelusta riippumaton mittari kuvaamaan hoitotyön tarvetta sekä kehittää kotisairaanhoidon potilaille arvioiva kirjaamisen malli, jossa saavutetut hoidon tulokset toimivat lähtökohtana hoidon jatkumiselle. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 102.)

Kansalliseen terveyshankkeeseen kuuluva valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke on käynnistynyt vuonna 2005 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallinnoimalla HoiDok-hankkeella. Hankkeen tavoitteena oli luoda hoitotyön kirjaamisesta yhtenäinen malli vuoden 2007 loppuun mennessä. (Hägg ym. 2007, 101–102; Tantt 2008.) Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (HoiData) aloitettiin syyskuussa 2007 ja se päättyi loka-kuussa 2009. Tämän hankkeen päätarkoituksena oli juurruttaa käytäntöön HoiDok -hankkeessa kehitettyä kansallisiin ydintietoihin perustuvaa systemaattista kirjaamismallia. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 5.)

Valtakunnallisen sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen tuloksena on kehitetty valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen kirjaamistapa sekä hoitotyön kirjaamisen perusmalli. Malli perustuu hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus, sekä hoitotyön yhteenveto. (Tantt 2008.)

Hoidon tarve on kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, joihin voidaan vaikuttaa hoitotoimintojen avulla. Suhteessa hoidon tarpeisiin asetetaan hoidon tavoitteet. Hoitotyön toiminnot käsittävät potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen. Potilaskertomukseen kirjataan ne hoitotyön toiminnot, jotka

ovat tavoitteiden saavuttamiseksi hoidon kannalta merkittäviä. (Hyvärinen & Väätäinen 2008.)

Hoidon tulokset kertovat potilaan tilassa tapahtuneista muutoksista. Potilaan vointia ja selviytymistä arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon. Arvioinnissa käytetään asteikkoa parantunut, ennallaan ja huonontunut. (Hyvärinen & Väätäinen 2008; Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008.)

Hoitotyön yhteenveto koostuu hoitojakson kannalta keskeisistä ydintiedoista, joita voidaan tarvittaessa täydentää hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien avulla ja vapaamuotoisella tekstillä. Muualta potilaskertomuksesta yhteenvetoon siirtyvät automaattisesti tarvittavat moniammatillisesti yhteiset tiedot, kuten potilaan henkilötiedot, osasto / yksikötiedot, hoidon aloitus, hoitojakso ja tulotilanne. (Liljamo ym. 2008.)

Hoitoisuudella tarkoitetaan potilaan tarvitseman hoidon määrän ja vaativuuden määrittelyä. Sitä voidaan käyttää apuna muun muassa hoidon laadun arvioinnissa, hoidon kustannusten selvittämisessä sekä optimaalisen henkilöstömäärän mitoittamisessa. Hoitoisuusluokan määrittämisessä toimivat pohjana hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusten avulla kirjattu hoitotyön suunnittelu ja toteutus. Hoitoisuus ilmaistaan numeerisesti ja sanallisesti. (Liljamo ym. 2008; Saajanto 2008.)

Hoitotyöhön on hankkeen seurauksena kehitetty myös hoitotyön luokituskokonaisuus FinCC, joka sisältää suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL versio 2.0.1), hoidon toimintoluokituksen (SHToL 2.0.1) (Kuva 1.) ja suomalaisen hoidon tuloluokituksen (SHTuL versio 1.0) (Tanttu 2008). Tarve- ja toimintoluokitusta käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen. Niitä voidaan käyttää erikseen, mutta suurin hyöty saavutetaan niiden rinnakkaisella käytöllä. Molemmat luokitukset koostuvat 19 samannimisestä asiakkaan terveydentilaa, toimintakykyä, selviytymistä ja käyttäytymistä kuvaavista kom-

ponentista eli hoitotyön sisältöalueesta. Lisäksi kukin komponentti sisältää pää- ja alaluokkia. (Ensio & Saranto 2004, 46; Liljamo ym. 2008, 4.) Komponenttitaso kokoaa alleen konkreettisemmat pääluokat ja alaluokat, sekä toimii yhteisotsikkona aihealueelle. Komponenttitasoa ei käytetä kirjatessa, vaan käyttäjä kirjaa valitsemalla mahdollisimman kuvaavan termin pää- tai alaluokkatasolta. (Liljamo ym. 2008, 6.)

Hoidon tarve- (SHTaL 2.01) ja toimintoluokitus (SHToL 2.01)	
Aineenvaihdunta	Nestetasapaino
Aistitoiminta	Psyykinen tasapaino
Aktiviteetti	Päivittäiset toiminnot
Elämänkaari	Selviytyminen
Erittäminen	Ravitsemus
Hengitys	Terveyskäyttäytyminen
Jatkohoito	Terveyspalvelujen käyttö
Kanssakäyminen	Turvallisuus
Kudoseheys	Verenkierto
Lääkehoito	

Kuva 1. Hoidon tarve- ja toimintoluokituksen komponentit (Tanttu 2008).

Nimikkeistöjen ja luokitusten avulla pyritään saamaan käsitteellistä selkeyttä hoitotyön kirjaamiseen, jotta voidaan turvata potilaan hoidon jatkuvuus erityisesti hoitovastuun siirtyessä organisaatiosta toiseen. Yhtenäisellä ajattelutavalla termien ja käsitteiden merkityksestä tavoitellaan yhteistä hoitotyön ammattikieltä. (Ensio & Saranto 2004, 45.)

2.2 Hoitotyön prosessinmukainen kirjaaminen

Luokituksia hyödynnetään hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisessa kirjaamisessa. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen käsittää hoidon tarpeen määrittelyn, tavoitteiden asettamisen, hoitotyön toimintojen suunnittelun ja toteuttamisen sekä arvioinnin. (Ensio & Saranto 2004, 41–42.) Kotihoidon asiakkaan hoitoprosessin kirjaamista voidaan jäsentää prosessimallin avulla (Ikonen & Julkunen 2007, 119).

Hoidon tarpeen arvioinnissa hyödynnetään tulohaastattelun, havainnoinnin ja erilaisten mittausten avulla saatuja tietoja sekä oireita ja merkkejä asiakkaan tilasta. Arviointi- tai diagnosointiprosessissa koottujen tietojen analyysin seurauksena muotoutuu hoidon tarpeita eli hoitotyön diagnooseja. Diagnooseilla tarkoitetaan hoitohenkilöstön laatimaa kuvausta potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, joita voidaan poistaa tai lieventää hoitotoimintojen avulla. (Ensio & Saranto 2004, 41–42.)

Suunnitteluvaiheessa määritellään tavoitteet ja odotetut tulokset hoidolle. Tavoitteet tulee laatia asiakaslähtöisesti, realistisesti ja niiden tulee kattaa kaikki hoidon tarpeet sekä olla suhteutettavissa jäljellä ja saavutettavissa olevaan toimintakykyyn. Tavoitteiden olisi myös hyvä sisältää aikaulottuvuus ja kuvata jatkuvuutta sekä olla mitattavissa esimerkiksi arviointiasteikolla parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Ensio & Saranto 2004, 42–43; Ikonen & Julkunen 2007, 108.)

Hoidon toteuttamisvaiheessa kirjataan tavoitteiden saavuttamiseksi valitut hoitotoiminnot, jotka vaihtelevat asiakkaan voimavarojen, terveydentilan, toimintakyvyn, elämäntilanteen ja ympäristön mukaan. Arviointivaiheessa asiakkaan hoidon tarvetta verrataan nykyiseen tilaan. Arvioinnin jäsentämisessä voidaan käyttää apuna toteutusvaiheen tarpeita ja tavoitteita sekä otsikointia ja luokituksia sekä niiden avulla kuvata potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. (Ensio & Saranto 2004, 43; Ikonen & Julkunen 2007, 108.)

2.3 Hoitotyön kirjaaminen ja sen merkitys

Erilaisissa kokeiluissa on saatu näyttöä sähköisen kirjaamisen eduista ja puutteista. Selvityksessä vanhusten hoitotyön kirjaamisesta kotisairaanhoidossa kävi ilmi, että kotihoidon toimistoissa tai taukutiloissa toteutettava sähköinen kirjaaminen vähensi turhia puhelinsoittoja ja paperisten asiakirjojen odottamista. (Hägg ym. 2007, 102.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että elektroniset dokumentointimenetelmät tuovat myös uutta tietoa hoitajien käyttöön ja parantavat hoitotyön laatua helpottamalla tiedonsaantia (Stricklin, Bierer & Struk 2003, 109; Lee 2005, 1380).

Hoitohenkilökunta koki sähköisessä kirjaamisessa olevan monia vahvuuksia. Erityisesti tiedon helppoa ja nopeaa saatavuutta, sekä tiedon sujuvaa siirrettävyyttä eri organisaatioiden välillä pidettiin tärkeänä. Sähköisen kirjaamisen uskottiin myös parantavan hoidon laatua nopeuttamalla työtä, kun potilaasta kirjatun tieto, esimerkiksi laboraatiotulokset, ovat käytettävissä välittömästi. (Honkamaa-Salmi 2006, 35–37; Lento 2006, 38–41.) Kirjaamisen laatua parantavana tekijänä pidettiin lisäksi hoitokertomuksen rakenteisuutta otsikoiden käytön avulla. Otsikoiden kattavuus koettiin hyödyksi ja otsikoinnin toimivan samalla työn ohjaajana. Otsikoiden koettiin vastaavan hyvin tarvetta. (Lento 2006, 41.)

Sähköisellä kirjaamisella nähtiin myös potilaan tietosuojan kannalta positiivisia vaikutuksia, sillä dokumenttien katsomisesta jää merkintä tiedostoihin eikä niitä näin ollen tutkita vain uteliaisuudesta (Honkamaa-Salmi 2006, 35–37). Moodyn, Slocumbin, Bergin & Jacksonin (2004, 337) tutkimuksesta käy ilmi, että hoitajista 76 % uskoo elektronisen kirjaamisen parantavan potilasturvallisuutta ja hoitoa.

Hoitajilla ei yleensä hoitotilanteessa ole tietokonetta käytössään ja siksi kirjaaminen toteutetaankin jälkikäteen. Tämä johtaa yhtenä haittana mainittuun reaaliaikaisuuden puutteeseen. Kirjaamistilojen ja laitteiden tulisi myös olla asianmukaisia. Hoitajat kokivat kirjaamista haittaavina tekijöinä ahtaat kansliatilat,

joissa kirjaamisrauha häiriintyy ja sen, että samaa tietokonetta käyttää useampi hoitaja. (Lento 2006, 47.) Tutkimuksen mukaan 54 % hoitajista raportoikin keskeytyksistä kirjaamisen aikana (Moody ym. 2004, 342).

Tutkimuksen mukaan merkittävänä elektronisen potilaskertomuksen käyttöä haittaavana tekijänä kuvattiin myös erilaisia ja usein toistuvia teknisiä ongelmia. Heikkouksina nähtiin yleinen käytön hitaus sekä tietokoneiden ja tietojärjestelmien tekniset ongelmat. (Honkimaa & Salmi 2006, 44–45; Lento 2006, 45.)

Hoitohenkilökunta toi myös esiin koulutuksen ja ohjauksen puutteellisuuden sekä sen, että aina mahdollinen koulutus ja järjestelmän käyttö eivät kohtaa. Koulutuksessa kritisoitiin sitä, että se annetaan liian aikaisin, jolloin opittu asia unohdetaan ennen kuin sitä pääsee käytännössä toteuttamaan. Ne joilla ei ollut kokemusta sähköisestä kirjaamisesta toivat esiin kokeneempia enemmän huolta muun muassa kirjaamisen ajankäytön ja vaatimusten lisääntymisestä. Kuitenkin kokemuksesta riippumatta sähköisissä järjestelmissä nähtiin mahdollisuuksia ja vahvuuksia sekä yleisesti ottaen uskottiin, että ajan myötä järjestelmien käytön oppii ja ne tulevat osaltaan helpottamaan työtä. (Honkimaa-Salmi 2006, 35, 42, 44.)

Kärkkäisen, Bondasin ja Erikssonin (2005, 130) tutkimuksen mukaan hoitotyön kirjausten sisältö ei ole riittävän kattavaa ja potilaskeskeistä. Kirjauksissa tulee yleensä esiin hoitajien toiminta, mutta ei hoidon yksilöllisyys tai potilaan omat kokemukset hoidosta. Tavallista on myös se, että määritellyt ongelmat eivät vastaa potilaan todellisia sen hetkisiä tarpeita. Kirjaukset eivät myöskään anna tarkkaa ja yksityiskohtaista kuvaa hoidosta. Tästä syystä jopa potilaiden oikeus hyvään hoitoon saattaa kärsiä.

Ranteen (2002, 8, 10–11) pro gradu -tutkielman mukaan tiedon siirtäminen on parantunut elektronisen kirjaamisen ansiosta ja se tuo sekä aika- että kustannussäästöjä. Elektroninen kirjaaminen on manuaalista kirjaamista laadukkaampaa ja se vaikuttaa myös terveydenhuollon hallintoon mahdollistamalla erilais-

ten tilastotietojen keräämisen, kuten tiedot sairaalassaoloajoista, ikäryhmistä, toimenpiteistä ja diagnooseista.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009/298) määrää, että terveydenhuollossa toimivan ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin kaikki tarpeelliset tiedot liittyen potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurannan turvaamiseen. Tietoihin tulee kirjata muun muassa tulosyy, nykytila, havainnot, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta. Sairauden kulku, sekä loppulausunto hoidosta tulee myös aina kirjata potilastietoihin. Jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta tulee tehdä kirjaus potilaskertomukseen. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata, miten hoitoa on toteutettu, minkälaisia ratkaisuja on tehty, sekä onko hoitojen aikana ilmennyt jotakin erikoista. Potilaasta tulee kirjata päivittäin huomioita, jotka liittyvät hänen tilaansa. Kirjausten tulee olla helposti ymmärrettäviä ja selkeitä. Niistä tulee myös ilmetä tietojen lähde, jos potilasasiakirjoihin kirjataan jotakin muuta kuin potilaasta koskevia tietoja, tai jos tieto ei perustu ammattihenkilön tutkimushavaintoihin.

Hoitotyön kirjaamisen tulee olla näyttöön perustuvaa. Kirjaamisessa pitää näkyä, mitä hoitotyön keinoilla on saatu aikaan ja mihin tietoon päätökset perustuvat. Teksti on kirjoitettava niin, että myös potilas edustajineen ymmärtää, mitä on kirjoitettu. (Hägg ym. 2007, 102–103.)

Potilasasiakirjojen huolellinen laadinta palvelee potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta sekä seurantaa, ja niiden avulla voidaan toteuttaa jatkuvuuden periaatetta myös potilaan hoidon siirtyessä toiseen toimintayksikköön. Toisaalta potilasasiakirjoilla on suuri merkitys sekä potilaan että hoitohenkilöstön oikeusturvan kannalta. Niihin tehtyjen merkintöjen perusteella voidaan myöhemmin selvittää potilaan hoitoon liittyviä asioita esimerkiksi potilasvahinkotapauksissa. Lisäksi potilasasiakirjoja voidaan käyttää myös yhteiskunnallisessa merkityksessä terveydenhuollon suunnitteluun, hallintoon, sekä opetus- ja tutkimustarkeiksi. (Hallila 1999, 26–27.)

Rakenteistamisella hoitotyön kirjaamisessa tarkoitetaan kirjaamisen rakenteen ja sisällön kehittämistä. Rakenteinen kirjaaminen tukee potilaan hoitotyön toteuttamista ja työn organisointia, sekä tuottaa uutta tietoa hoitotyön kehittämiseen ja johtamiseen. Potilaan hoidon jatkuvuus ja sujuvuus sekä organisaatioiden sisällä että organisaatioiden välillä paranee. Kirjaaminen muuttuu potilaslähtöisemmäksi, tavoitteellisemmaksi ja kokonaisvaltaisemmaksi rakenteinen kirjaamisen myötä. Se myös yhdistää hoitotyössä käytettäviä käsitteitä, tukee kirjaamiseen perehdytystä ja ohjausta, sekä parantaa kirjaamisen ja hoidon laatua. Potilaan hoidon tarpeet, toteutus ja arviointi löytyvät helpommin rakenteen avulla kirjatusta tiedosta, kuin aikaisemmin peräkkäin kirjoitetusta tekstistä. Hoitotiedoista voidaan koota erilaisia tietokokonaisuuksia, joita voidaan hyödyntää muun muassa läheteissä, tiivistelmissä, hoitopalautteissa ja yhteenvedoissa. (Tanttu & Rusi 2007, 116–117; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.)

Tietojen yhtenäisyys rakenteisessa kirjaamisessa helpottaa potilasta koskevien tietojen hakua potilaskertomusjärjestelmästä ja takaa yhtenäisen tiedon saatavuuden. Haku voidaan toteuttaa esimerkiksi yhtenäisten luokitusten, koodistojen ja otsikoiden avulla tai ne voidaan yhdistää hoitoprosessin eri vaiheeseen, erikoisalaan, ammattiryhmään ja aikaan. Rakenteisesti kirjatusta tiedosta voidaan saada myös raportteja ja tilastoja hoitotyön luokitusten käytöstä, hoitotyön prosessin vaiheista, sekä hoitoisuudesta. (Tanttu & Rusi 2007, 116–117.)

2.4 Systemaattinen kirjaaminen

Potilaan hoitotietojen systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä ja niitä täydentävistä kertovista teksteistä. Systemaattinen kirjaaminen korostuu varsinkin käytettäessä sähköistä potilasasiakirjaa eli potilaan hoitoa kuvaavaa asiakirjakokonaisuutta. Sitä käyttävät useat ammattiryhmät, joten olennaisen tiedon löytäminen tietomassasta on erittäin tärkeää. Sähköisen kirjaamisen lähtökohtana on myös tarve vähentää päällekkäistä kirjaamista ja siten myös turhaa työtä. (Saranto & Sonninen 2007, 14.) Tutkimusten mukaan systemaattinen

sähköinen kirjaaminen ja tiedon varastointi lisäävät mahdollisuutta hoitotyön tutkimiselle ja sille olennaisen tiedon kehittämiseksi sekä hoitotyön kirjaamisen laadun parantamiselle. (Kärkkäinen & Eriksson 2003, 198; Mahler, Ammenwerth, Wagner, Tautz, Happek, Hoppe & Eichstädter 2007, 281.)

Systemaattisella kirjaamisella on merkityksensä potilaan hoitoa koskevien tietojen ajantasaisella saatavuudella ja moniammatillisen käytön ohella myös toimintaprosessien, laadun, vaikuttavuuden ja kustannuksien seurannan kehittämisessä. Hoitotyötä johtavat henkilöt tarvitsevat tätä tietoa päivittäiseen päätöksentekoon, toiminnan suunnitteluun sekä arviointiin. Systemaattinen kirjaaminen mahdollistaa myös hoitojen tuloksellisuuden seurannan. Rakenteisesti kirjattu tieto paljastaa itse hoidon laadun ja kertoo mitä hoidon aikana on tapahtunut. (Saranto 2007, 178.)

Nykyisellään sähköisten potilasasiakirjojen tuottamista hyödyistä merkittävimpiä ovat organisaation toimintaa ja voimavarojen käyttöä suunniteltaessa kliininen päätöksenteki ja prosessiohjaus yksittäisten potilaidenhoidossa sekä hallinnollinen päätöksenteki. Tällä hetkellä kuitenkin näkyvin ja haasteellisin prosessi on terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteentoimivuuden kehittäminen. (Tanttu 2007, 209.)

HoiData -hankkeen yhteydessä toteutetun kyselyn avulla selvitettiin hoitotyön systemaattisen kirjaamisen ja käyttöönoton vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia osastonhoitajien näkökulmasta. Erityisenä vahvuutena pidettiin sitä, että kirjaaminen tulee potilaslähtöisemmäksi, suunnitelmallisemmaksi ja loogisemmaksi. Tietoa myös löytyy helposti ja sen hakemiseksi on erilaisia mahdollisuuksia. Lisäksi kirjaamiskäytännöt yhtenäistyvät ja hoitotyön kirjaaminen selkeytyy. Heikkoutena pidettiin kehitysvaiheessa olevan luokituskokonaisuuden komponenttien ja luokitusten liian yksityiskohtaisia ja epäselviä käsitteitä. Käyttö vaatii myös paljon koulutusta ja perehdytystä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 12.)

Kyselyn mukaan positiivisena koettiin myös se, että yhtenäistyvän kirjaamisen myötä hoitotyön kirjaamisen laatu paranee ja tietojen vertailtavuus mahdollistuu. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen myös mahdollistaa laadun arvioinnin sekä erilaisten tilastojen hyödyntämisen toiminnan kehittämisessä. Lisäksi moniammatillinen yhteistyö tulee näkyväksi ja aikaa säästyy potilaiden hoitamiseen, kun kirjaaminen on rutiinia. Uhkana koettiin se mahdollisuus, että kirjaaminen vähenee ajanpuutteen takia tai ettei koulutusta ja perehdytystä saada riittävästi resurssipulan vuoksi. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 12–13.)

3 KOTIHOITO

3.1 Kotihoidon ominaispiirteitä

Kotihoidon hallintokokeilua koskevat lait ovat tulleet voimaan 1.1.2005, mikä mahdollistaa kokeilun, jossa vanhusten sosiaali- ja terveystalvueluista voisi huolehtia kunnan yksi monitoiminen elin. Täten kotipalvelu ja kotisairaanhoito voidaan yhdistää uudeksi tehtäväalueeksi, kotihoidoksi. Turussa kotihoito on jo jaettu 21 alueelliseen lähipalvelualueeseen, joista vastaa palveluesimies. (Kuntatiedon keskus 2008; Sosiaali- ja terveystoimi 2009.)

Kotihoidolla tarkoitetaan vanhuksille, vammaisille ja pitkäaikaissairaille suunnattuja kotipalveluja, kotisairaanhoitoja sekä erilaisia tukipalveluja. Kotipalvelu pitää sisällään avustamista henkilökohtaisessa huolenpidossa ja jokapäiväiseen elämään kuuluvissa asioissa. Kotisairaanhoito puolestaan on kotona tapahtuvaa terveyskeskuksen säännöllisessä valvonnassa tapahtuvaa sairaanhoitoa. Päivittäistä toimintaa tukevat tukipalvelut voidaan viedä kotiin tai järjestää keskitetysti esimerkiksi palvelukeskuksessa. Kotihoidon tarve arvioidaan aina yksilöllisesti ja siitä tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotihoito on joko säännöllistä tai tilapäistä ja siitä peritään maksu asiakasmaksuasetuksen mukaisesti. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava &

Finne-Soveri 2002, 100; Kuntatiedon keskus 2006; Sosiaali- ja terveystoimi 2009.)

Kotihoidon palvelujen tarve tulee lisääntymään entisestään tulevaisuudessa. Ennusteiden mukaan yli 75-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2035 mennessä. Tällöin väestöstä 15 % tulisi olemaan 75 vuotta täyttäneitä ja 5 % yli 85-vuotiaita. Yleisesti ottaen koko väestön toimintakyky on parantunut, mutta tämä muutos ei ole nähtävillä kaikkein iäkkäimpien keskuudessa eikä iäkkäiden hoidon tarve näytä myöskään myöhentyneen. Kotihoidon tulevaisuuden haasteisiin kuuluu erityisesti dementoituneiden ihmisten määrän nousu, sekä erilaiset psyykkiset ongelmat ja lisääntynyt alkoholinkäyttö. (Heinola 2007, 9.)

Valtaosa ikääntyneistä haluaa asua kotonaan niin pitkään kuin se on mahdollista. Kotona asuminen antaa mahdollisuuden itsenäiseen elämään, omaan rauhaan ja vapauteen sekä tuo kokemuksen itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Monipuolinen kotihoidon palvelujärjestelmä ylläpitää hyvää elämänlaatua tukemalla kotona asumista ja mahdollistamalla melko huonokuntoistenkin asiakkaiden hoidon heidän omassa kodissaan. (Voutilainen ym. 2002, 100.)

Kotona tapahtuvan hoidon tulee perustua asiakkaan tapoihin ja tottumuksiin, sekä kunnioitukseen ja itsemääräämisoikeuteen. Asiakkaan kotiin meneminen on aina astumista toisen ihmisen yksityiselle alueelle, johon liittyy monia henkilökohtaisia asiakkaan persoonaan ja elämään liittyviä tietoja ja asioita. Luottamuksellisen suhteen syntyminen on tärkeää, joten hienotunteisuus, toista kunnioittava käytös ja vaitiolovelvollisuuden rajat on hyvä tiedostaa. (Voutilainen ym. 2002, 100; Työturvallisuuskeskus 2008, 26.)

3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma on tiivistelmä asiakkaan tilanteesta sekä hänen tarvitsemistaan palveluista. Se on asiakirja tai asiakirjakokonaisuus, johon

kirjataan yhdessä asiakkaan kanssa hänen tarvitsemansa hoito ja palvelut. (Päivärinta & Haverinen 2002, 3.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on edistää ja tukea ikäihmisen kotona asumista, asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä, sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5.)

Laadittaessa hoito- ja palvelusuunnitelmaa lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet, tottumukset ja tavat, sekä jokapäiväiset merkittävät ja tärkeät asiat. Hyvällä suunnitelman valmistelulla, hoidolla, ohjauksella, palveluilla ja toteutuksella voidaan ehkäistä asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä. Suunnitelman hyvään toteutukseen kuuluu aina asiakkaan tilanteen seuranta, kokemusten kirjaaminen ja toiminnan vaikutusten jatkuva kirjallinen arviointi. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5.)

3.3 Kotihoito ja kirjaaminen

Turun kotisairaanhoidon piirit tulivat mukaan Pegasoksen käyttäjiksi 1998 kevään ja 2000 syksyn välisenä aikana. Käyttöön otettaessa järjestelmässä ei ollut toiminnallisesti tyydyttävää kotisairaanhoidon osiota, ja näin ollen Turun terveystoimi päätti soveltaa järjestelmään sisältynyttä osastohoidon osiota kotisairaanhoidon tarpeisiin. Alunperin osastohoidon osio oli suunniteltu sairaaloiden osastoille, eikä siis vastaa kaikilta osin kotisairaanhoidon työkäytäntöjä. Osastohoitoon sisältyvä ajatus työn hahmottamisesta hoitajaksoittain aiheutti jonkin verran ongelmia. Potilaan, osaston ja sairaalan välisellä hoitosuhteella on aina alku ja loppu. Potilas tulee osastolle, hänelle suunnitellaan hoito, jota lähdetään toteuttamaan, ja tilan parannuttua hänet kirjataan ulos osastolta. Kotisairaanhoidon potilas puolestaan kirjataan sairaalaan lähtiessä ulos ja kotiutuessa uudelleen sisään. Hoitosuhteet kotisairaanhoidossa voivat olla hyvinkin pitkiä ja hoitosuhde jatkuu keskeytyksien, kuten sairaalajaksojen jälkeen uudelleen. (Koivisto, Aaltonen, Nurminen & Reijonen 2004, 22.)

Kotihoito on laaja-alainen ja organisaatioltaan monimutkainen kokonaisuus. Keskeistä on moniammatillinen yhteistyö. Hoidon toimivuuden kannalta tiedonkulun tulee olla toimivaa ja saumatonta. Hoitotyö tapahtuu asiakkaan kotona, jolloin saatavilla ei ole eri organisaatioiden tietolähteitä. (Lapveteläinen, Grönroos, Turunen & Perälä 2006, 12.)

Kotihoidossa tiedonkulku on suuri haaste. Tiedonkululle asettuu paljon vaatimuksia, kun hoitaja toimii yksin asiakkaan kotona. Päivittäinen asiakastyö ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa edellyttävät myös toimivaa tiedonvälitystä. Kotihoidossa tietojen kirjaamisen merkitys on erityisen tärkeää, koska asiakkaan hoitoon osallistuu myös useita muita tiimin työntekijöitä, sekä muita toimijoita. (Haapakorpi & Haapola 2008, 43, 70.)

Tutkimuksen mukaan kotikäynneillä 82 prosentilla työntekijöistä on käytössään asiakkaan reseptit ja lääkelistat, sekä 70 prosentilla kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma, josta on nähtävissä asiakkaille sovitut käynnit ja tehtävät toimenpiteet. Yli 50 prosenttia käyttää hoidon toimivuuden parantamiseksi apuna viestivihkoa. Eniten asiakkaan hoitotyössä tarvittavia asiakirjoja kotikäynneillä käytti yhdistetyn kotihoidon henkilökunta, kun taas vähiten niitä hyödynsivät kotipalvelun toimipisteen työntekijät. (Lapveteläinen ym. 2006, 12.)

Kotisairaanhoidajien mukaan yhteinen potilastietojärjestelmä on parantanut tiedonkulkua kotisairaanhoidon, terveysasemien ja päivystyksen välillä (Koivisto ym. 2004, 22). Turun terveystoimessa toteutetun henkilökuntakyselyn tuloksista selviää, että kotisairaanhoidon työntekijöistä 55 % piti tärkeänä potilaiden hoidon tarpeiden ja ongelmien tarkistamista ja sitä tulisi toteuttaa päivittäin. Kyselyn mukaan kuitenkin vain 33 % hoitajista tarkistaa potilaan hoidon tavoitteet joka päivä. (Ylönen & Salmela 2008.)

Yleisellä tasolla hoidon kirjaaminen toteutuu kotisairaanhoidossa melko hyvin, noin 97 % työntekijöistä kirjaa toteutetusta hoidosta ja 90 % kirjaa potilaan tilan seuraamisesta käyntikertakohtaisesti. Kyselystä kävi ilmi, että yleinen potilaan

voinnin ja tehdyn työn kirjaaminen on aktiivisempaa kuin hoitosuunnitelman tai tavoitteiden arvioinnin kirjaaminen. (Ylönen & Salmela 2008.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten sähköisesti toteutettava rakenteinen kirjaaminen on toteutunut ja kehittynyt Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa. Tutkimus pohjautuu vuosina 2005–2007 käynnissä olleeseen valtakunnalliseen kirjaamisen kehityshankkeeseen.

Tutkimusongelmina ovat:

- 1) Millaista kirjaaminen Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa tällä hetkellä on?
- 2) Miten rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt verrattuna keväällä 2009 tehtyyn tutkimukseen?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä- ja aineisto

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen ja siinä käytettävä menetelmä antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista sekä vastaa kysymyksiin kuinka paljon ja miten usein. Tutkimusmenetelmässä tietoja tarkastellaan numeerisesti mittarin avulla. Mittarin avulla määrällinen tieto saadaan muutettua sanalliseen muotoon tutkittavasta asiasta. (Vilka 2007, 13–14.)

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi, tai saada selkeästi esille tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. Kvantitatiivisesti analysoitava materiaali voi olla mitattavia muuttujia. Sisällönanalyysissä on tärkeää erottaa tutkimusaineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.) Sisällönanalyysin avulla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 105, Kyngäksen & Vanhasen 1999 mukaan).

Deduktiivinen sisällönanalyysiprosessi perustuu loogisiin sääntöihin tarkasteltavasta asiasta. Lähtökohtana deduktiivisessa päättelyssä on teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24.) Deduktiivisen tutkimuksen lähtökohtana on aiemmin tutkittu tieto, jonka todenperäisyys halutaan varmistaa joko samanlaisessa tai uudessa erilaisessa tilanteessa. Deduktiiviseen päättelyyn perustuva tutkimus ei tuota uutta tietoa vaan varmentaa ja täsmentää aiemmin tutkittua tietoa tai osoittaa tutkimusten antaneen puutteellisia tai vääriä tietoja. (Lauri & Elomaa 1999, 77.)

Tutkimusmenetelmämme on deduktiivinen sisällönanalyysi, sillä käytössämme on valmiiksi kerätty aineisto, sekä mittari (ks. liite 1), jota käytämme apuna aineiston analysoinnissa. Sama mittari on ollut käytössä myös aiemmassa tutkimuksessa, mikä takaa vertailukelpoisuuden. Taustalla on aiempaan tietoon perustuva teoreettinen oletus asiasta. Mittarissa selvitettiin asiakkaiden taustatietoja sekä sitä miten potilaan tarpeet, tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja arviointi on kirjattu hoitokertomuksiin. Kysymyksiä oli myös omaisten osallistumisesta hoitoon sekä potilaan omista näkemyksistä hoitoon liittyen.

Tutkimusaineistoon kuuluu 40 potilaan kirjaukset lokakuun 2009 ajalta ja jokaisesta lähipalvelualueesta kirjaamisia käsitellään suunnilleen sama määrä. Aineisto on kerätty systemaattisella satunnaisotannalla ja sen ovat koonneet Pegasos -ohjelman pää- tai vastuukäyttäjät.

5.2 Aineiston analysointi

Analysoimme tässä tutkimuksessa 40 kotihoidon asiakkaan kirjauksia lokakuun 2009 ajalta. Aluksi jaoin hoitokertomukset ryhmän kesken, luimme ne useaan kertaan läpi lause lauseelta ja analysoimme jokaisen hoitosuunnitelman erikseen käsin paperille analysointirungon mukaisesti. Tämän jälkeen syötimme tiedot tietokoneelle käyttäen apuna samaa SPSS Statistics 17.0 -tilasto-ohjelmaa, kuin aikaisemminkin tehdyissä tutkimuksissa. Analyysiyksikkönä käytimme lauseita sekä sanoja. Yleensä analyysiyksikkö onkin sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Tilastollisista menetelmistä käytimme muun muassa frekvenssiä ja ristiintaulukointia, sekä laskimme prosentteja, keskiarvoja ja keskihajontoja. Teimme myös joistakin taulukoista Mann Whitney U-testejä ja Chi-Square-testejä selvittääksemme onko merkittävää muutosta tapahtunut verrattuna edelliseen tutkimukseen.

Tutkimustulokset esitämme sekä sanallisesti että taulukkomuodossa. Tuloksia verrattiin joiltakin osin edellisiin, vuoden 2008 ja kevään 2009, tutkimuksiin saadaksemme tietoa kirjaamisesta tapahtuneista muutoksista sekä kirjaamisen tämän hetkisestä tilasta Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Se luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulisi noudattaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Vehviläinen-Julkunen (2006, 27) tuo esille kirjoituksessaan Hoitotieteen tutkimuksen etiikka, että tutkimuksella ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. Tutkimuksen hyötyjä ja haittoja pitää verrata keskenään, joten tutkimuksesta saatavan hyödyn pitäisi olla merkittävästi suurempi kuin haitan.

Tässä tutkimuksessa aineiston käyttöön hoitotyönosasto on saanut luvan terveysviraston hallintopäälliköltä. Kirjauksista on potilaiden yksityisyyden varmistamiseksi poistettu potilaiden identifiointitiedot ja tutkimuksen valmistuttua kirjaukset palautetaan hoitotyönosastolle, jossa ne hävitetään asianmukaisesti. (Salmela 2009.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida sekä mittaamisen ja aineistojen keruun että tulosten luotettavuutena. Mittarin luotettavuus on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita, toisin sanoen tutkimuksen tulokset ovat yhtä luotettavia kuin siinä käytetyt mittaritkin. Mittarin tulee olla myös täsmällinen eli kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 206; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Mittarin luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan muun muassa mittaako mittari sitä ilmiötä, jota sen on tarkoitus mitata, onko tutkimusilmiö tarpeeksi selvärajainen luotettavaan mittaukseen, sekä onko mittari riittävän kattava (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–153).

Tämän tutkimuksen luotettavuutta tukee se, että saamme käyttöömmme myös aiemmin käytössä olleen mittarin. Mittari sisälsi oleellisia ja täsmällisiä kysymyksiä kotihoidon kirjaamisesta. Olemme myös neuvotelleet henkilön kanssa, joka on ollut mukana myös kahdessa aiemmassa, vuoden 2008 ja kevään 2009 tutkimuksessa. Näin olemme varmistaneet sen, että analysoimme hoitokertomuksia mahdollisimman yhdenmukaisesti.

Yhtenä luotettavuusongelmana voidaan pitää itse mittaria ja sen käyttöä, sillä eri lukijoiden on vaikea tulkita kirjauksia samalla tavalla. Tämän takia sovimme ryhmän kanssa yhteiset kirjalliset säännöt mittarin käyttötavasta. Aineistona oli 40 hoitokertomusta, joka on suhteellisen pieni määrä, mutta edellisessä tutkimuksessa aineiston määrä oli vain 20. Hoitokertomusten määrän kaksinkertaistuminen vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta.

7 TULOKSET

7.1 Analysoitujen hoitokertomusten taustatiedot

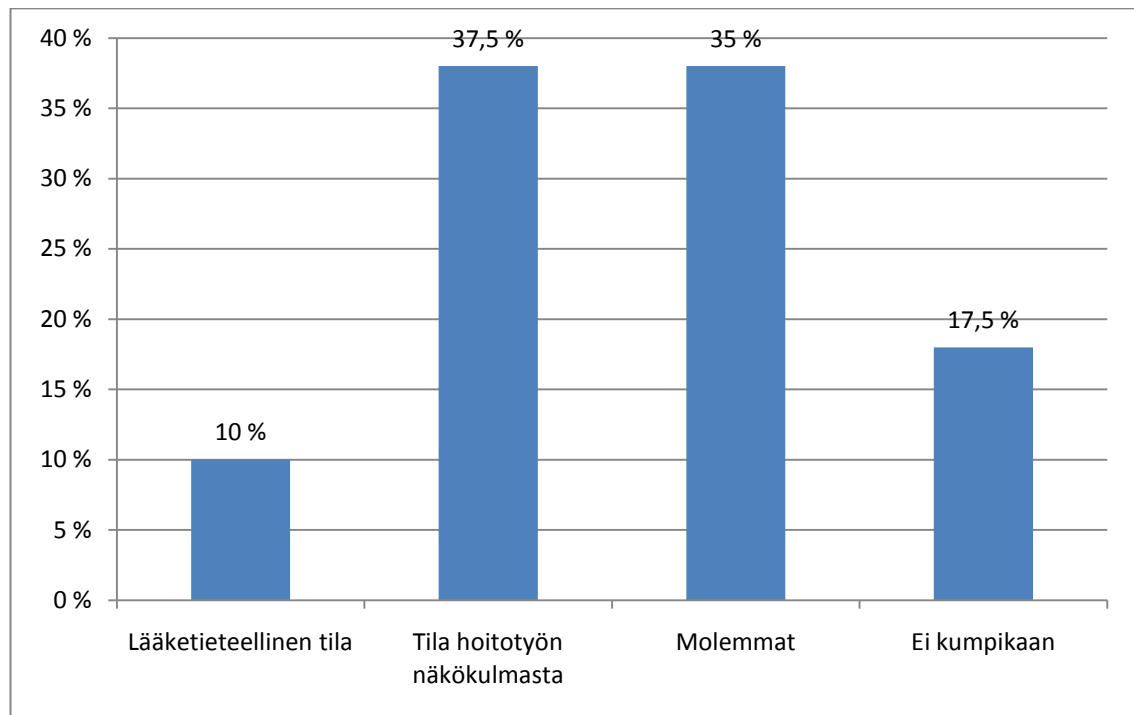
Tutkimuksessa oli mukana 40 asiakkaan hoitokertomukset. Heistä 30 oli naisia ja 10 miehiä. Asiakkaat olivat iältään 51–97-vuotiaita. (Taulukko 1.) Heidän keski-ikäseen laskettiin 81 vuotta, kuten kevään 2009 tutkimuksessa.

Taulukko 1. Hoitotyön kirjaamisten kokonaismäärä ja asiakkaiden iän vaihteluväli.

	2008	Kevät 2009	Syksy 2009
Hoitokertomusten määrä	11	20	40
Asiakkaiden ikä	53 - 91	62 - 93	51 - 97

Tulotilanteessa kevään 2009 tutkimuksessa aikaisempi terveydentila oli kirjattu 75 prosentilla. Syksyllä 2009 aikaisempi terveydentila oli kirjattu hieman alle puolella (47,5 %). Terveydentilasta oli kirjattu lääketieteellinen tila 10 prosentilla, tila hoitotyön näkökulmasta 37,5 prosentilla ja molemmat 35 prosentilla. Kumpaakaan näistä tiloista ei ollut kirjattu 17,5 prosentilla. (Kuvio 1.) Lääketieteelliseksi tilaksi tulkittiin muun muassa asiakkaan diagnoosit ja anamneesit. Asiakkaan tilan kuvaaminen hoitotyön näkökulmasta puolestaan käsitti taudin vaikutukset ja potilaan psykososiaalisen tilan.

Kuvio 1. Asiakkaan aikaisemmasta terveydentilasta on kirjattu (n=40).



Asiakkaan aikaisemmat kokemukset hoidosta oli kirjattu 10 prosentilla asiakkaista. Keväällä 2009 potilaan aikaisempia kokemuksia hoidosta ei ollut kirjattu kertaakaan. Hoitosuunnitelma oli laadittu kaikille asiakkaille molemmissa tutkimuksissa.

7.2 Hoidon tarve

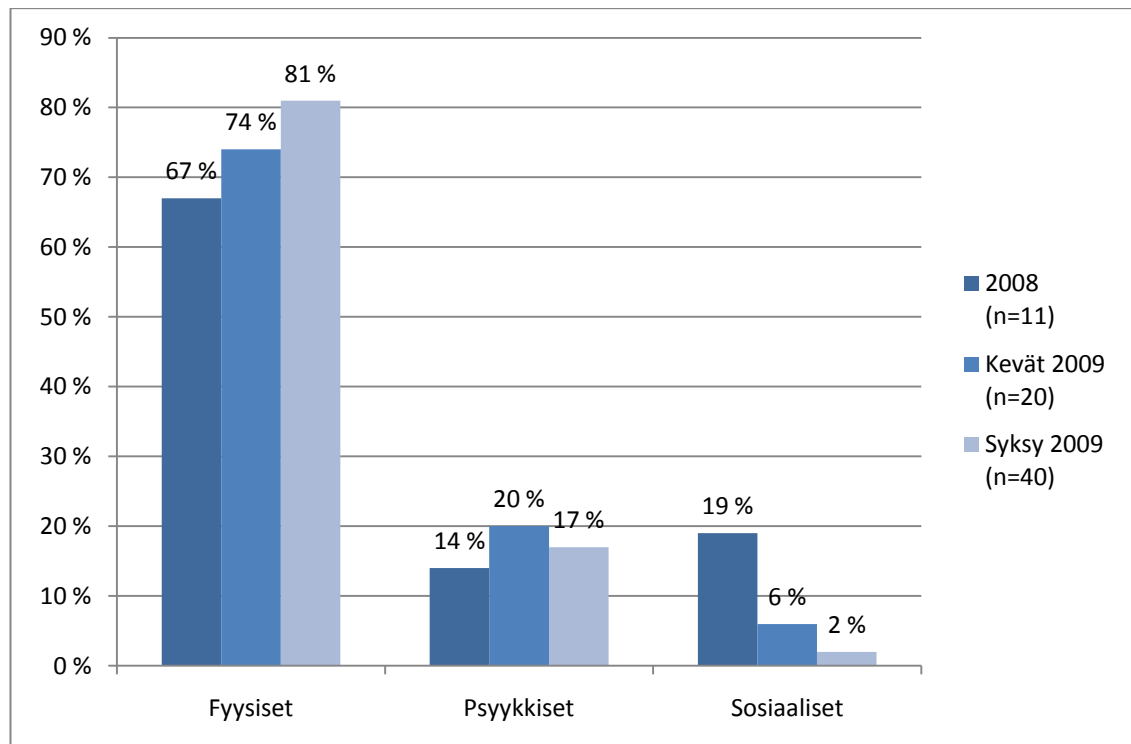
Syksyllä 2009 tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa sekä toteutuksessa yhteensä oli 60 ja niiden määrä vaihteli 1-4 välillä asiakasta kohden. Keväällä 2009 puolestaan tarpeita/ongelmia oli yhteensä 56, minkä määrä vaihteli 1-7 välillä. Verrattuna aiempiin tutkimustuloksiin, keskiarvo on laskenut. Aiemmin se on ollut 2,8 ja tällä hetkellä 1,5.

Tulovaiheessa ja hoitosuunnitelmassa eniten oli lääkehoitoon (35 %) ja verenkiertoon (20 %) liittyviä tarpeita. Ainoastaan kudoseheyteen liittyvät tarpeet/ongelmat ovat lisääntyneet seitsemästä prosentista kahdeksaan prosent-

tiin ja aineenvaihduntaan liittyvät tarpeet/ongelmat kahdesta prosentista viiteen prosenttiin. Eniten laskua on tapahtunut terveystalveluiden käyttöön, psyykkiseen tasapainoon ja aistitoimintoihin liittyvissä tarpeissa/ongelmissa. Keväällä 2009 terveystalveluiden käyttöön liittyviä tarpeita oli 20 prosenttia kaikista tarpeista, kun taas syksyllä 2009 niitä ei ollut lainkaan. Psyykkisten tarpeiden määrä on laskenut 18 prosentista kahteen prosenttiin ja aistitoimintoihin liittyvät tarpeet 14 prosentista nollaan prosenttiin.

Eniten asiakkailla oli fyysisiä tarpeita (81 %), sitten psyykkisiä tarpeita (17 %) ja vähiten sosiaalisia tarpeita (2 %) (Kuvio 2.). Verrattuna kahteen aiempaan tutkimukseen, ainoastaan fyysisten tarpeiden määrä on noussut. Vuonna 2008 fyysisiä tarpeita on ollut 67 % ja keväällä 2009 jo 74 %. Psyykkisten tarpeiden määrä on pysynyt suhteellisen tasaisena jokaisen tutkimuksen aikana. Sosiaalisten tarpeiden määrässä puolestaan on tapahtunut merkittävää laskua 19 prosentista kahteen prosenttiin.

Kuvio 2. Tarpeet ja ongelmat eriteltyinä.



Hoidon tarpeen määrittelyssä mittareita oli käytetty edellisessä tutkimuksessa 20 prosentin eli neljän asiakkaan kohdalla. Syksyllä 2009 mittareiden käyttö näkyi heikommin, vain 5 prosentilla eli kahden asiakkaan kirjauksissa. Käytössä olleita mittareita olivat MMSE sekä kellotesti.

Kirjauksista tuli esille asiakkaiden voimavaroja melko vähän.

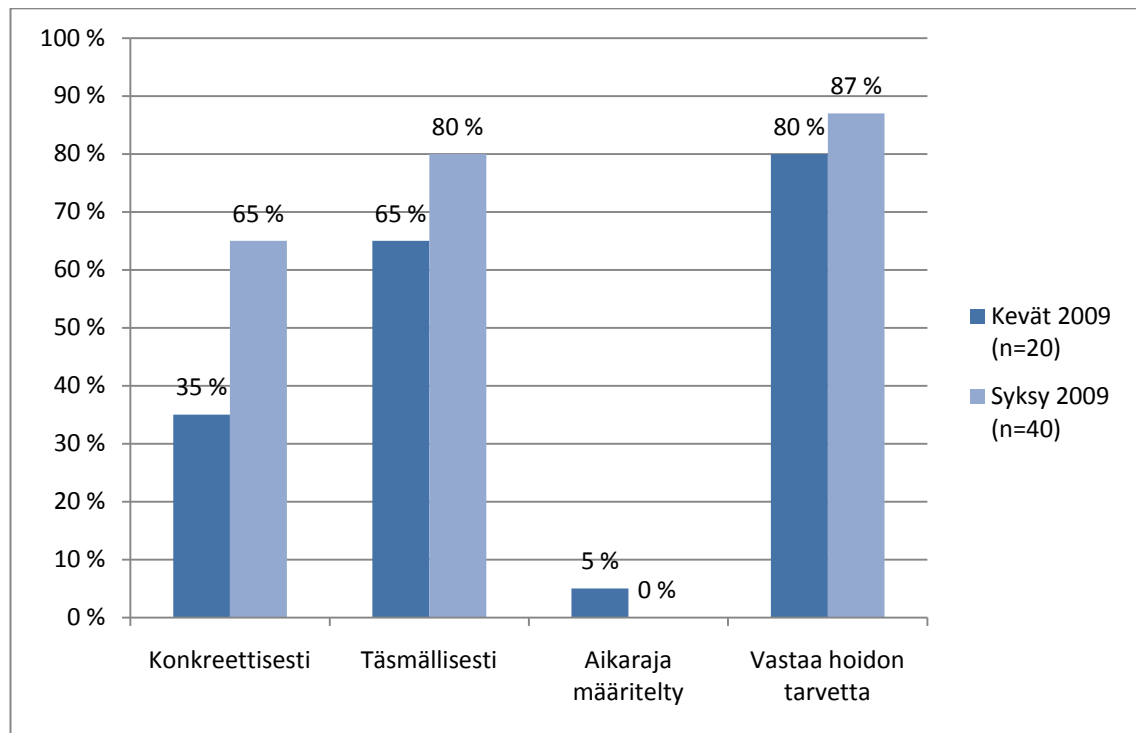
Esim. *Asiakas käy neljä kertaa viikossa dementiakerhossa*
 Asiakas on itse hyvin motivoitunut liikkumaan
 Asiakas ottaa itse lääkkeet dosetista

7.3 Hoitotyön tavoitteet

Hoitotyön tavoitteet oli laadittu noin 93 prosenttiin hoitosuunnitelmista, kun edellisessä tutkimuksessa ne oli laadittu kaikille asiakkaille. Syksyllä 2009 tavoitteita oli yhteensä 70 ja keskimäärin 1,75 tavoitetta asiakasta kohden. Keväällä 2009 hoitosuunnitelmissa oli yhteensä 55 tavoitetta, joiden keskiarvo oli 2,75 / asiakas.

Keväällä 2009 tavoitteista 35 % oli laadittu konkreettisenä asiakkaan voinnin tai käyttäytymisen muutoksena. Syksyllä 2009 määrä oli noussut 65 prosenttiin. Täsmällisesti aiemmassa tutkimuksessa oli kirjattu 65 % tavoitteista, kun syksyllä 2009 näin oli kirjattu 80 % tavoitteista. Aikaraja oli määritelty kevään tutkimuksessa yhden (5 %) asiakkaan tavoitteiden kohdalla ja syksyllä aikarajaa ei ollut määritelty kertaakaan. Keväällä tavoitteista 80 % vastasi hoidon tarvetta ja syksyllä määrä oli noussut 87 prosenttiin. Mann-Whitney U-testin (p-arvo 0.031) mukaan merkittävää muutosta oli tapahtunut ainoastaan tavoitteiden konkreettisen kirjaamisen kohdalla. (Kuvio 3.)

Kuvio 3. Tavoitteiden oikeamuotoisuus.



7.4 Hoitotyön toiminnot ja arviointi

Syksyllä 2009 hoitotyön suunniteltujen toimintojen/keinojen määrä kirjauksissa vaihteli 1-10 välillä ja keskiarvo oli 3,9, kun keväällä 2009 vaihteluväli oli 1-14 ja keskiarvo 4,1. (Taulukko 2.) Toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta vastasi hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja 98 prosentissa hoitokertomuksista. Aiemmassa tutkimuksessa kaikki hoitotyön toiminnot vastasivat hoitokeinoja.

Taulukko 2. Hoitotyön toiminnot / keinot hoitosuunnitelmassa tai toteutuksessa.

	Kevät 2009 (n=20)	Syky 2009 (n=40)
Hoitotyön keinot yhteensä	81	156
Vaihteluväli	1-14	1-10
Keskiarvo / asiakas	4,1	3,9

Opetus/ohjaus mainittiin hoitotyön kirjauksissa ainakin kerran 50 prosentilla eli 20 asiakkaalla, yhteensä 39 kertaa. Ohjauskertojen määrä vaihteli yhdestä viiteen kertaan ja keskimäärin oli kirjattu noin yksi ohjauskerta / asiakas. Keväällä 2009 tulokset olivat samansuuntaisia. Opetus/ohjaus mainittiin 11 (55 %) asiakkaalla vähintään kerran, yhteensä 28 kertaa. Keskiarvo oli 1,4 ohjauskertaa / asiakas. (Taulukko 3.)

Opetuksen/ohjauksen aihe mainittiin 15 kertaa (38 %), kun keväällä 2009 se mainittiin 11 kertaa (39 %). Asiakkaista neljän (10 %) ymmärtämistä opetuksen ja ohjauksen suhteen oli arvioitu. Parannusta oli tapahtunut kolmen prosentin verran edelliseen tutkimukseen verrattuna.

Taulukko 3. Opetuksen/ohjaamisen kirjaaminen.

	Kevät 2009 (n=20)	Syky 2009 (n=40)
Opetuksen/ohjauksen maininta asiakkaan kohdalla	55 %	50 %
Aihe mainittu kirjausten kokonaismäärästä	39 %	38 %
Asiakkaan ymmärtämisen arviointi kirjausten kokonaismäärästä	7 %	10 %

Kirjausten mukaan omainen oli osallistunut seitsemän (18 %) asiakkaan hoitoon.

Esim. *Mies hakenut lääkkeit apteekista*
Poika osallistunut vaippa-asian huolehtimiseen
Vaimo hoitanut potilaan haavaa

Edellisissä tutkimuksissa tulokset olivat paremmat: vuonna 2008 omainen oli osallistunut seitsemän (64 %) ja keväällä 2009 yhdeksän (45 %) asiakkaan hoi-

toon. Vuonna 2008 keskiarvo oli 1,2 osallistumiskertaa/asiakas, keväällä 2009 se oli 0,6 ja syksyllä 2009 vain 0,23. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Omaisen osallistuminen asiakkaan hoitoon.

	2008 (n=11)	Kevät 2009 (n=20)	Syksy 2009 (n=40)
Omaisten osallistuminen	64 %	45 %	18 %
Keskiarvo/asiakas	1,2	0,6	0,23

Omaisat olivat antaneet myös jonkin verran asiakkaita koskevia tietoja.

Esim. *Tytär tuonut esille asiakkaan alkoholiongelman*
Poika soittanut ja ilmoittanut äidin sairaalassaolosta

Arvioivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa/muussa toteutuksen kirjaamisessa oli keväällä 2009 kaikilla asiakkailla. Syksyllä 2009 arvioivaa kirjaamista oli 60 prosentilla. Chi-Square-testin (p-arvo 0,001) mukaan tässä on tapahtunut merkittävää laskua.

Hoitotyön loppuarvioinnin kirjaamisessa ei ole tapahtunut muutosta. Loppuarviointia ei ole kirjattu lainkaan keväällä eikä syksyllä 2009.

7.5 Asiakkaan oman näkemyksen kirjaaminen

Hoidon tarpeesta asiakkaan oma näkemys oli kirjattu 50 prosentilla asiakkaista ainakin kerran. Muutosta kevään 2009 tutkimukseen ei ollut juurikaan tapahtunut, sillä keväällä asiakkaan näkemys hoidon tarpeesta oli kirjattu 45 prosentilla. Vuonna 2008 asiakkaan oma näkemys hoidon tarpeesta oli kuitenkin kirjattu jopa 82 prosentilla. (Taulukko 5.)

Esim. *Asiakas ei tarvitse tällä viikolla kotihoidon käyntiä*
Asiakas ja omaiset haluavat lopettaa iltakäynnit
Potilaalla omien sanojensa mukaan hengenahdistusta

Hoidon tavoitteesta asiakkaan oma näkemys oli kirjattu viiden (13 %) asiakkaan kohdalla ainakin kerran. Kevään 2009 tutkimuksessa se oli kirjattu kuudella (30 %) asiakkaalla. Verrattuna vuoden 2008 tutkimukseen parannusta on tapahtunut, sillä silloin asiakkaan omaa näkemystä hoidon tavoitteesta ei ollut kirjattu kenellekään. (Taulukko 5.)

Esim. *Wc-reissut itsenäisesti rollaattorin avulla*

Hoitokeinoista asiakkaan oma näkemys oli kirjattu 11 (28 %) asiakkaan hoitokertomukseen ainakin kerran. Vuoden 2008 ja kevään 2009 tutkimusten välillä muutosta ei ole juurikaan tapahtunut. Vuonna 2008 asiakkaan oma näkemys hoitokeinoista oli kirjattu 54 prosentilla ja kevään 2009 tutkimuksessa 50 prosentilla. (Taulukko 5.)

Esim. *Asiakas ei suostu lähtemään sairaalaan*
Asiakas ei jaksakaan lähteä ruokalaan
Ei halunnut tälläkään viikolla suihkuun selän takia

Hoidon toteutuksesta asiakkaan oma näkemys oli kirjattu 10 (25 %) asiakkaan kohdalla ainakin kerran. Aiemmissä tutkimuksissa se oli kirjattu 55 % kohdalla. (Taulukko 5.)

Esim. *Asiakas oli itse ostanut influenssarokotteen*
Asiakas suihkuttaa jalat itse
Oli itse laittanut tukisukat jalkaan

Hoidon arvioinnista asiakkaan oma näkemys oli kirjattu yhdeksän (23 %) asiakkaan hoitokertomukseen ainakin kerran. Merkittävää muutosta aikaisempiin tut-

kimuksiin ei ole tapahtunut. Vuonna 2008 asiakkaan näkemys hoidon arvioinnista oli kirjattu 27 prosentilla ja kevään 2009 tutkimuksessa 30 prosentilla. (Taulukko 5.)

Esim. *Kertoo olevansa tyytyväinen, kun jalat nyt tuntuu kevyiltä*
Rouva kertoo, että yskä on parantunut
Kokee liikkumisen vähentyneen särkyjen vuoksi

Taulukko 5. Asiakkaan oman näkemyksen kirjaaminen.

	2008 (n=11)	Kevät 2009 (n=20)	Syksy 2009 (n=40)
Hoidon tarpeista	82 %	45 %	50 %
Hoidon tavoitteista	0 %	30 %	13 %
Hoitokeinoista	54 %	50 %	28 %
Hoidon toteutuksesta	55 %	55 %	25 %
Hoidon arvioinnista	27 %	30 %	23 %

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kotihoidon kirjaamisessa ilmeneviä ongelmakohtia ja kehittämistarpeita, sekä mahdollisia muutoksia verrattuna keväällä 2009 tehtyyn tutkimukseen. Tulosten mukaan kotihoidon kirjaaminen ei ole juurikaan kehittynyt tutkimusaikana, vaan pysynyt suhteellisen samanlaisena, sekä osittain jopa huonontunut. Hoitosuunnitelmien puutteellisuus voi osittain vaikuttaa päivittäisiin kirjauksiin, mikä ilmeni myös kahdessa edellisessä tutkimuksessa.

Yhtenä syynä tämänkaltaisiin tuloksiin voidaan pitää myös Turun sosiaali- ja terveystoimen yhdistymistä, ja sen tuomia muutoksia kirjaamiseen. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun erilaisten toimintakulttuurien eli työn tavoitteiden, ajattelutapojen ja käytäntöjen yhteensovittaminen vie aikaa. Kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla on ollut erilaiset tarpeet, käytännöt ja velvoitteet dokumentoida työtään. Kotisairaanhoidossa hoidon kirjaaminen on aina ollut olennaista, kun taas kotipalvelussa palvelujen dokumentoinnin tavoitteet ovat olleet hieman erilaiset. Tärkeänä kotipalvelussa on pidetty erityisesti kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ja sen säännöllistä päivittämistä. Lisäksi on kirjattu toteutuneet asiakaskäynnit laskutusta ja tilastointia varten. (Ikonen & Julkunen 2007, 114; Haapakorpi & Haapola 2008, 118.)

Potilaan terveydentilan kirjaaminen tulotilanteessa on todella merkityksellistä. Puutteellisten tietojen johdosta erityisesti hoidon vaikutuksia on mahdoton osoittaa, jos emme tiedä potilaan tilannetta hoitoprosessin alussa (Ensio & Saranto 2004, 37). Tutkimuksen tulokset osoittavat, että verrattuna kevään 2009 tutkimukseen potilaan aikaisempi terveydentila tulotilanteessa on nyt kirjattu huomattavasti harvemmin. Eniten puutteita oli asiakkaan aikaisemman lääketieteellisen tilan kirjaamisessa.

Asiakkaiden aikaisemmat kokemukset hoidosta oli myös kirjattu vain harvoin. Keväällä 2009 niitä ei ollut huomioitu lainkaan ja syksyllä 2009 aikaisempia kokemuksia oli kirjattu ainoastaan 10 prosentilla asiakkaista. Selvää syytä asiakkaan kokemusten tai aiemman terveydentilan kirjaamisen puutteellisuudelle ei löydy, mutta osittain tähän on saattanut vaikuttaa muun muassa hoitajien tiedonpuute näiden asioiden kirjaamisen tärkeydestä.

Tulovaiheessa/hoitosuunnitelmassa asiakkaiden tarpeista eniten oli vähentynyt terveystalvaiden käyttöön, psyykkiseen tasapainoon ja aistitoimintoihin liittyvät tarpeet. Erityisesti psyykkisen tasapainon ja aistitoimintojen kohdalla sattumalla on saattanut olla vaikutusta tuloksiin. Terveystalvaiden käyttöön sen sijaan voi liittyä myös tulkinnanvaraisuutta. Fyysisten tarpeiden osuus oli nous-

sut edellisiin tutkimuksiin verrattuna, kun taas sosiaalisten tarpeiden määrä oli selvästi laskenut. Psykkisten tarpeiden määrä oli pysynyt melko tasaisena. Tuloksiin on voinut vaikuttaa otannan sattumanvaraisuus sekä se, että psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet ovat melko lähellä toisiaan, jolloin voi syntyä tulkinnallisia eroja. Syksyn 2009 tutkimuksessa psyykkisten ongelmien katsottiin liittyvän tunteisiin tai kognitioon, kun taas sosiaaliset ongelmat koskivat ihmissuhteita.

Vuoden 2009 tutkimuksissa hoitotyön toiminnot vastasivat hyvin hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja. Hoidon tavoitteet oli myös yleisesti ottaen kirjattu hoitosuunnitelmiin hyvin. Tavoitteet tulisi kuitenkin laatia aina kaikille asiakkaille, mutta nyt ne olivat jääneet kirjaamatta seitsemällä prosentilla asiakkaista. Tästäkin asiassa on tapahtunut pientä laskua verrattuna kevään tutkimukseen. Tavoitteiden oikeanmukaisuudessa oli tutkimuksen mukaan tapahtunut kehitystä. Täsmällisyys ja hoidon tarpeiden sekä tavoitteiden vastaavuus olivat hieman parantuneet. Merkittävää kehitystä oli tapahtunut asiakkaan konkreettisen voimien, tai käyttäytymisen muutoksen kirjaamisessa. Tavoitteiden aikarajan määrittämisessä on edelleen selkeitä puutteita, mutta niiden asettaminen onkin joidenkin tavoitteiden kohdalla todella vaikeaa. Hoitotyön tavoitteet tulisi aina kirjata asiakaslähtöisesti asiakkaan toimintana, ja niistä tulisi myös ilmetä missä ajassa tavoite odotetaan saavutettavan (Ikonen & Julkunen 2007, 108).

Kärkkäisen ja Erikssonin (2003, 203) tutkimuksen mukaan ohjauksen aihetta ei aina mainita, eikä myöskään sitä kenelle ohjausta annetaan, potilaalle vai omaisille. Nämä tutkimustulokset tukevat syksyn 2009 tutkimuksen tuloksia, jolloin opetus/ohjaus on mainittu 50 prosentilla asiakkaista ainakin kerran ja aihe on mainittu vain 38 prosentilla ohjauskertojen määrästä. Tärkeää olisi arvioida myös asiakkaan ymmärtämistä, mutta kirjausten mukaan näin on tapahtunut ainoastaan 10 prosentissa ohjauskertojen määrästä.

Omaisten osallistuminen asiakkaan hoitoon oli aikaisemmassa tutkimuksessa kirjattu useammin. Myös omaisten antamia asiakasta koskevia tietoja kirjataan edelleen vähän. Tämä voi johtua muun muassa siitä, että hoitajat eivät koe tar-

peelliseksi kirjata kaikkia omaisten antamia tietoja tai heidän kanssaan käytyjä keskusteluja. Tietoa saatetaan myös usein kertoa eteenpäin vain suullisesti. Kirjaamista koskevassa lainsäädännössä ei oteta kantaa siihen millä tavoin omaisten osuus potilaan hoidossa kirjataan. Hoitajat joutuvat kuitenkin pohtimaan miten kirjata omaisiin liittyvistä asioista, sillä laadukas hoitotyö kuitenkin edellyttää, että potilaalle merkitykselliset läheiset huomioidaan hoidon aikana. (Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 100.)

Arvioiva kirjaaminen päivittäisessä kirjaamisessa/muussa toteutuksen kirjaamisessa on selvästi vähentynyt. Keväällä 2009 arvioivaa kirjaamista toteutettiin kaikkien asiakkaiden kohdalla, kun taas syksyllä ainoastaan 60 prosentilla. Arvioivassa kirjaamisessa ei pitäisi juurikaan olla tulkinnanvaraisuutta, mutta osaltaan se on kuitenkin saattanut vaikuttaa tuloksiin. Lisäksi myös hoitokertomusten sattumanvaraisuudella on saattanut olla vaikutusta.

Kärkkäisen ja Erikssonin (2003, 203) tutkimus tuo esiin, että potilaan kanssa ei keskustella riittävästi hoidosta, eikä oteta huomioon potilaan omia mielipiteitä laadittaessa hoitosuunnitelmia. Viitaten syksyn 2009 tutkimuksen tuloksiin voidaan todeta, että potilaan omaa näkemystä hoidosta ei oteta riittävästi huomioon. Potilaan oman näkemyksen kirjaamisessa hoitokeinoihin, tavoitteisiin, toteutukseen ja arviointiin liittyen ei ole tapahtunut kehitystä aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna. Asiakkaan oman näkemyksen kirjaamisessa ainoastaan hoidon tarpeiden osalta oli tapahtunut pientä parannusta.

Tutkimus osoittaa, että jatkotutkimukselle olisi tarvetta. Jatkotutkimus olisi kuitenkin hyvä ajoittaa vasta muutaman vuoden päähän, jolloin kirjaamisessa on saattanut tapahtua jo merkittävämpää ja konkreettisempää muutosta. Tällöin myös sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen tuomat ongelmat ovat mahdollisesti tasoittuneet ja hoitohenkilökunta saanut enemmän aikaa perehtyä rakenteeseen kirjaamiseen. Ension ja Sarannon (2004, 15, 34) mukaan haasteena sekä organisaatioille että ammatillista koulutusta antaville terveysalan oppilaitoksille onkin kouluttaa hoitohenkilökunta sisäistämään luokitusten merkitys ja

kirjaamaan niitä apuna käyttäen. Työnantajan on myös huolehdittava, että työntekijät hankkivat tarvittavat valmiudet tietojärjestelmien käyttöön ja pitävät niitä yllä. Näin vältetään turhilta ennakkoluuloilta ja edistetään myönteistä asennoitumista rakenteiseen kirjaamiseen.

LÄHTEET

- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. Sipoo: Silverprint Oy.
- Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriö. Edita Publishing Oy.
- Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Honkimaa-Salmi, A. 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana. Pro gradu –tutkielma. Lääketieteen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hopia, H.; Schildt, T. & Hovikoski, K. 2007. Toim. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoitajaliitto. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 97–110.
- Hyvärinen, K. & Väättäin, E. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen. Projektisuunnitelma. Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus. Viitattu 31.3.2010.
[http://www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/230909143550109/\\$FILE/Hoitotyön_kirjaaminen_proj_suunnitelma_3.1.pdf](http://www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/230909143550109/$FILE/Hoitotyön_kirjaaminen_proj_suunnitelma_3.1.pdf)
- Hägg, T.; Rantio, M.; Suikki, P.; Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Koivisto, J.; Aaltonen, S.; Nurminen, M-L. & Reijonen, P. 2004. Työkäytäntöjen yhtenäisyys tietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Tapaustutkimus Turun terveystoimen kotisairaanhoidosta. Terveystoimi. Sarja A Nro 1/2004. Turun yliopisto.
- Kuntatiedon keskus 2006. Kotihoito. Viitattu 1.3.2010.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;70074
- Kuntatiedon keskus 2008. Kotihoidon hallintokokeilu. Viitattu 1.3.2010.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;70074;76285
- Kärkkäinen, O.; Bondas, T. & Eriksson, K. 2005. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*. 12 (2), 123-132.
- Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2003. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*. 12, 198–205.
- Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede*. 11 (1), 3-12.
- Lapveteläinen, P.; Grönroos, E.; Turunen, H. & Perälä, M-L. 2006. Tieto- ja viestintätekniset valmiudet saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajana. *Stakes. Raportteja 3 / 2006*. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Toim. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen pe-

- rusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. 3. uudistettu painos. Juva: WSOY.
- Lee, T. 2005. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *Issues in clinical nursing*. 15, 1376–1382.
- Lento, P. 2006. Elektroninen potilaskertomus osana hoitajan arkea. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Liljamo, P.; Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 21.3.2010.
www.vsshp.fi/fi/.../17013/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf
- Mahler, C.; Ammenwerth, E.; Wagner, A.; Tautz, A.; Happek, T.; Hoppe, B. & Eichstädter, R. 2007. Effects of a Computer-based Nursing Documentation System on the Quality of Nursing Documentation. *Journal of Medical Systems*. 31 (4), 274-282.
- Moody, L.; Slocumb, E.; Berg, B. & Jackson, D. 2004. Electronic health records documentation in nursing. Nurses' Perceptions, Attitudes and Preferences. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 22 (6), 337-344.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palvelusta vastaaville. Helsinki; Stakes, STM, Suomen kuntaliitto. Viitattu 6.2.2010.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/op52/op52.pdf>.
- Ranne, M. 2002. Elektroninen hoitotyön kirjaaminen kotisairaanhoidossa. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Saajanto, P. 2008. Hoitoisuus hoitotyön ydintietona. Hoitotyön johtajien seminaari 26.5.2008. Sähköinen kirjaaminen hoitotyön tukena. Kuntatalo Helsinki. Viitattu 21.3.2010.
<http://www.kuntatieto.fi/attachment.asp?path=1;29;353;85691;129992;149106;149107;138816;138884>
- Saranto, K. & Sonninen, A. 2007. Toim. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Porvoo: WSOY, 12–16.
- Saranto, K. 2007 Toim. Elektronisen hoitotiedon käyttö. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Porvoo: WSOY, 178–206.
- Sosiaali- ja terveystoimi 2009. Kotihoito. Viitattu 1.3.2010.
<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=9567&uielementsiz=3>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298. Viitattu 28.1.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.
- Stricklin, M.; Bierer, S. & Struk, C. 2003. Home care nurses' attitudes toward computers. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 21 (1), 103–111.
- Tanttu, K. 2007. Toim. Tietojärjestelmien yhteentoimivuuden kehittäminen. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Porvoo: WSOY, 208-248.

- Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Toim. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 113–122.
- Tanttu, K. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Viitattu 1.3.2010.
<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/11202/HoiDok-I-vaiheen-Loppuraportti-150307.pdf>.
- Tanttu, K. 2008. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Hoitotyön johtajien seminaari 26.5.2008. Kuntatalo. Sähköinen kirjaaminen hoitotyön tukena. VSSH / Hallintokeskus. Viitattu 17.2.2010.
<http://www.kunnat.net/attachment.asp?path=1;29;353;85691;129992;149106;149107;138816;138823>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Työturvallisuuskeskus. 2008. Turvallisesti hoiva- ja hoitotyössä. Työskentely asiakkaan kodissa. 1. painos. Painojussit Oy.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005- 2008. Viitattu 1.3.2010.
<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/16562/HoiDok-Loppuraportti-osa-I-090908.pdf>.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke (Hoi-Data –hanke) 9/2007-10/2009. Loppuraportti. Viitattu 1.4.2010.
<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf>
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen M. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Toim. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Tammi oppimateriaalit.
- Voutilainen, P.; Vaarama, M.; Backman, K.; Paasivaara, L.; Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ylönen, M. & Salmela, M. 2008. Hoitotyön kirjaaminen Turun terveystoimessa – Kirjaamisen nykytilanne ja hoitohenkilökunnan muutosvalmiudet rakenteiseen kirjaamiseen siirryttäessä. Julkaisematon käsikirjoitus. Turku: Turun terveystoimi.

LIITE 1. Sisällönanalyysirunko

TAUSTATIEDOT

1. Toimialue

1. *Perusterveydenhuolto*
 - a) *Sairaanhoitajan vastaanotto*
 - b) *Hoidon tarpeen arviointi*
 2. *Kaupunginsairaala*
 - a) *Vuodeosasto*
 - b) *Poliklinikka*
 3. *Pitkäaikaissairaanhoito*
 4. *Kotisairaanhoito*
 5. *Kotisairaanhoitoa tukevat vuodeosastot*
 6. *Psykiatria*
 - a) *Aikuispsykiatria*
 - a1) *Vuodeosasto*
 - a2) *Poliklinikka*
 - b) *Geropsykiatria*
 - b1) *Vuodeosasto*
 - b2) *Poliklinikka*
- b1) *Vuodeosasto*
b2) *Poliklinikka*

2. Yksikön luonne

1. *Vuodeosasto*
2. *Vastaanotto toiminta (esim. terveysasema, poliklinikka, neuvola, hoidon tarpeen arviointi)*
3. *Avoterveydenhuolto*
4. *Toimenpideosasto*
5. *Muu, mikä?*

4. Asiakkaan ikä**5. Asiakkaan sukupuoli**

1. *Nainen*
2. *Mies*

6. Tulotilanteessa on kirjattu, kenelle potilasta koskevia tietoja saa antaa

1. *Kyllä*
2. *Ei*

7. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila

1. *Kyllä*
2. *Ei*

8. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisemmat kokemukset hoidosta

1. *Kyllä*
2. *Ei*

9. Hoitosuunnitelma

1. *On*
2. *Ei ole*

10. Asiakkaan/potilaan tarpeet/ongelmat on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*
5. *Päivittäistä kirjausta ei voi olla*

11. Tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?**12. Ongelmiin voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoin**

1. *Kyllä*
2. *Ei*

13. Mitä voimavaroja on kirjattu?**16. Onko hoidon tarpeen määrittelyssä ollut käytössä mittareita?**

1. *Kyllä*
2. *Ei*

17. Mitä mittareita?**18. Tarpeiden/ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa + tulovaiheessa, kpl**

0 1 2 3 4 5

*Aktiviteetti**Erittäminen**Selviytyminen**Nesteytys**Terveyskäyttäytyminen**Terveyspalveluiden*

käyttö
 Lääkehoito
 Ravitseminen
 Hengitys
 Kanssakäyminen
 Turvallisuus
 Päivittävät toiminnot
 Psyykinen tasapaino
 Aistitoiminnot
 Kudoseheys
 Jatkohoito
 Elämänkaari
 Verenkierto
 Aineenvaihdunta

19. Mitä tarpeita/ongelmia? Minkä otsikkojen alle ne on kirjoitettu hoitosuunnitelmassa ja/tai toteutuksessa?

(Psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien ero on siinä, että edellinen liittyy ihmisen tunteisiin tai kognitioon, esim. pelko tai tiedon/taidon puute, ja jälkimmäinen ihmissuhteisiin, esim. läheisyyden tarve.)

Fyysiset kpl

Psyykkiset kpl

Sosiaaliset kpl

20. Montako kertaa omaisten antama potilasta koskeva tieto on kirjattu?

21. Mitä omaisten antamia tietoja on kirjattu?

22. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

1. Kyllä
2. Jossain määrin
3. Ei
4. Hoitosuunnitelmaa ei ole
5. Päivittäistä kirjausta ei voi olla

23. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa?

26. Kuinka monta tavoitetta on kirjattu muodollisesti oikein/kpl?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Konkreettisesti
 asiakkaan/potilaan
 voinnin tai
 käyttäytymisen
 muutoksena

Täsmällisesti

*Aikaraja
määritely*

*Tavoite vastaa
hoidon tarvetta*

27. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa tai toteutuksessa, kpl

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

*Suunniteltujen
hoitotyön
toimintojen/keinojen
määrä*

*Kuinka moneen
tavoitteeseen on
kirjattu ainakin yksi
hoitotyön keino?*

*Kuinka moneen
tavoitteeseen ei ole
kirjattu hoitotyön
keinoa?*

29. Vastaako toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja?

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Hoitokeinoja ei ole kirjattu hoitosuunnitelmaan*
5. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*

32. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (sis. keskustelun) on mainittu hoitotyön keinot -kohdassa ja/tai toteutuksessa?

33. Opetus/ohjaus on yksi hoitotyön keino. Jos se on mainittu, niin onko mainittu

opetuksen/ohjauksen aihe

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Opetusta/ohjausta ei ole mainittu*

34. Jos opetus/ohjaus on mainittu, niin onko arvioitu, miten potilas ymmärsi opetuksen/ohjauksen tai reagoi niihin?

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Opetusta/ohjausta ei ole mainittu*

35. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon tarpeesta kirjattu (potilaan pyynnöstä, potilas kertoo...)

1. *Kyllä*
2. *Ei*

36. Kuinka monen asian kohdalla?

37. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon tavoitteesta kirjattu

1. *Kyllä*
2. *Ei*

38. Kuinka monen asian kohdalla?

39. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoitokeinoista kirjattu

1. *Kyllä*
2. *Ei*

40. Kuinka monen asian kohdalla?

41. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon toteutuksesta kirjattu

1. *Kyllä*
2. *Ei*

42. Kuinka monen asian kohdalla?

43. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon arvioinnista kirjattu

1. *Kyllä*
2. *Ei*

44. Kuinka monen asian kohdalla?

45. Montako kertaa omainen on osallistunut kirjausten mukaan potilaan hoitoon?

46. Miten omainen on kirjausten mukaan osallistunut?

50. Loppuarviointi

1. *Kyllä*
2. *Ei*

51. Arvoivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa/muussa toteutuksen kirjaamisessa

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*

52. Arviointi on tehty tavoitteeseen määriteltynä ajankohtana/kpl

56. Arvioinnin apuna käytetty mittareita

1. *Kyllä*
2. *Ei*

57. Mitä mittareita?

59. Mitä terveydentilasta on kirjattu? (Liittyy kysymykseen 7.)

1. *Potilaan lääketieteellinen tila*
2. *Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta*
3. *Molemmat*

60. Onko asiakas / potilas saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta

1. *Kyllä*
2. *Ei*

61. Onko jatkohoito merkitty hoitosuunnitelmaan tarpeeksi / toiminnoksi?

1. *Kyllä*
2. *Ei*
3. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*