

Opinnäytetyö YAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

2011

Susanna Höykinpuro

KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN SOMERON KOTIHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SISÄLTÖ

| | |
|--|-----------|
| 1. JOHDANTO | 6 |
| 2. KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA | 7 |
| 2.2 Kehittämiprojektin tausta organisaatio | 8 |
| 3. HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA | 10 |
| 3.1 Hoito- ja palvelusuunnitelmaa määrittävät lait | 10 |
| 3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman tehtävä | 11 |
| 4. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN | 12 |
| 4.1 Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset | 12 |
| 4.2. kirjaamisen periaatteet hoitotyössä | 13 |
| 5. HOITOTYÖN ELEKTRONINEN KIRJAAMINEN | 14 |
| 5.1 Sähköinen potilaskertomus | 14 |
| 5.2 Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli | 16 |
| 5.3 Rakenteiset ydintiedot | 18 |
| 5.4 Hoitotyön ydintiedot | 19 |
| 5.5 Hoitotyön kansallinen tarve- ja toimintoluokitus | 21 |
| 6. HOITOTYÖN KIRJAAMISEN SISÄLTÖ | 23 |
| 7. KOKEMUKSIA KIRJAAMISESTA | 27 |
| 7.1 Kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta | 27 |
| 8. KEHITTÄMISPROJEKTIN TAVOITTEET | 32 |
| 9. KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS | 33 |
| 9.1 Toteutusmalli | 33 |
| 9.2 Koulutusintervention toteutus | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 9. 3 Aineiston keruu ja analyysi | 35 |
| 10. TULOKSET | 39 |
| 10.1 Hoitotyön prosessin toteutuminen Someron kotihoidossa | 39 |
| 10.2 Hoitotyön kirjaamisen sisältö | 42 |
| 10.2.1 Hoitotyön tarpeet | 43 |
| 10.2.2 Hoitotyön tavoite | 44 |
| 10.2.3 Hoitotyö toiminnot | 45 |
| 10.2.4 Hoitotyön arviointi | 46 |
| 11. KOULUTUSINTERVENTION TULOKSELLISUUS | 48 |
| 11.1 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen ja kirjaamisen sisältö | 48 |
| 12. POHDINTA | 49 |
| 13. KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI | 53 |
| LÄHTEET: | 55 |

LIITTEET

Liite 1. FinnCC luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset

Liite 2. Kirjaamiskoulutuksen sisältö

Liite 3. FinnCC luokitusten komponentit hoitotyön prosessissa

Liite 4. Hoitotyön prosessin toteutuminen maaliskuu 2010

liite 5. Hoitotyön prosessin toteutuminen elokuu 2010

KUVIOT

Kuvio 1. Hankkeen toteutusmalli

TAULUKOT

Taulukko 1. Luokittelun ensimmäinen vaihe

Taulukko 2. Luokittelun toinen

Taulukko 3. Hoitotyön prosessin toteutuminen maaliskuu ja elokuu 2010

Susanna Höykinpuro

KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN SOMERON KOTIHOIDOSSA

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden kehittäminen Someron kotihoidossa sekä kirjaamisen laadun kehittäminen rakenteisen kirjaamistavan käyttöönotolla ja vahvistamalla henkilöstön kirjaamisosaamista koulutusintervention avulla. Tarkoituksena oli kehittää hoito- ja palvelusuunnitelman rakennetta ja sisältöä palvelemaan hoidon jatkuvuutta ja tiedonkulkua. Päivittäistä kirjaamista oli tarkoitus kehittää niin että lakien kirjaamiselle asettamat vaatimukset täyttyvät, hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa päivittäisen kirjaamisen sisältöä.

Kehittämisprojektia varten hoito- ja palvelusuunnitelmasta kehitettiin Someron kotihoidon tarpeisiin sopiva malli. Suomalaisen tarve- ja toimintoluokituksen mukaiset komponentit luotiin fraaseina Effic-kertomukseen. Henkilöstön koulutusinterventio toteutettiin huhtikuussa 2010, jonka jälkeen rakenteinen kirjaamistapa otettiin käyttöön. Elokuussa 2010 koulutusinterventio toistettiin, minkä jälkeen hoito- ja palvelusuunnitelmia alettiin päivittää uuden käytännön mukaan.

Kehittämishankkeeseen liittyvän tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli selvittää, millaista on päivittäisen kirjaamisen sisältö Someron kotihoidossa ja miten hoitotyön prosessi toteutuu kirjaamismerkintöjen perusteella. Tutkimuksellisen osion tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan jatkossa hyödyntää kehitettäessä hoitotyön kirjaamista. Aineistona käytettiin potilasasiakirjoista saatavaa tietoa. Aineisto kerättiin maaliskuulta 2010 ja elokuulta 2010 (n=100). Aineisto analysoitiin deduktiivisen sisällön analyysin tapaan, luokittelemalla aineisto hoitotyön prosessin mukaisiin luokkiin ja Suomalaisen tarve- ja toimintoluokitusten mukaisiin luokkiin. Koulutusintervention vaikutusta kirjaamiseen tutkittiin vertaamalla maaliskuun 2010 ja elokuun 2010 kirjaamismerkintöjen sisältöä toisiinsa.

Tutkimuksen mukaan hoitotyöprosessi toteutui parhaiten hoitotyön tarpeiden ja hoitotyötoimintojen osalta, kehittämistarpeita oli hoidon tavoitteen asettamisessa ja hoidon arvioinnissa. Kirjaamisen sisällössä painottui hoitotyön toteutus. Eniten käytettyjä FinnCC komponentteja olivat lääkehoito, päivittäiset toiminnot, terveyspalvelujenkäyttö ja kudoseheys.

ASIASANAT: Hoitotyön kirjaaminen, hoito- ja palvelusuunnitelma, rakenteinen kirjaaminen

Susanna Höykinpuro

DEVELOPMENT OF NURSING DOCUMENTATION IN SOMERO HOME CARE

The aim of this development project was to improve the flow of information and the continuity of nursing, to improve the quality of nursing documentation by using a structured documentation model and to improve nursing staff's knowledge about the nursing documentation system by means of an educational intervention. The aim was to develop a care plan structure and contents for continuity and flow of information so that the nursing documentation is done according to legislation and that the daily nursing documentation is guided by each client's individual care plan.

For the development project, a care plan model was developed for the Somero home care. Finnish Care Classification components (FinnCC) were used for creating phrases in the Effic patient record system. The educational intervention was implemented in March 2010. After that, the structured documentation model was introduced. In August 2010 the educational intervention was repeated and a new care plan model was introduced.

The aim of the research part of the development project was to find out the contents of daily nursing documentation, to find out how the nursing documentation corresponds to the nursing process. The aim of the research was to produce information which can be further exploited for the development of nursing documentation.

The sample data were patient record entries. Material for research was collected in March 2010 and in August 2010 (n=100). The data were analyzed by deductive content analysis method, by classifying material to categories according to the nursing process and FinnCC classification. The effect of the educational intervention was assessed by comparing nursing documentation before and after education.

According to the study, the nursing process was most successfully implemented in nursing care needs and nursing care activities, but implementation of treatment goals and treatment evaluation needs to be improved. The most frequently used FinnCC components were medical treatment, daily activities, access to medical services and tissue integrity.

KEYWORDS: Nursing documentation, care plan, structured documentation.

1. JOHDANTO

Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen on työtehtävä, jota hoitohenkilökunta suorittaa jatkuvasti päivittäin. Työtehtävien suorittamiseksi tehokkaasti ja sujuvasti ovat kirjaamisen sujuvuus, toimivuus ja kansallisen kirjaamismallin sekä tietojärjestelmätoteutuksen käytettävyys tärkeitä. Terveystieteiden Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytyksenä on, että käytettävät työvälineet, esimerkiksi potilastietojärjestelmät ja hoitokertomukset, tukevat ominaisuuksillaan työtehtävien suoritusta ja moniammatillisuutta. Hoitotyön kirjaamisen ja kirjaamistoiminnan toteutuksen tulisi myös tukea hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten välistä tiedonvaihtoa ja työnjakoa parhaalla mahdollisella tavalla.

Hoidon ja palvelujen dokumentointi on olennainen osa kotihoitoa. Asiakastietojen ja hoidon kirjaamista ohjaavat monet lait, asetukset ja ohjeet, jotka määrittävät kirjaamisen suuntaviivat. Konkreettinen toteutustapa määritellään kuntakohtaisesti annettujen ohjeiden mukaan.

Kotihoidossa tietojen kirjaaminen käynnistyy heti palveluprosessin alussa. Kotihoidon toteuttaminen perustuu aina kunnan viranomaisen tekemään kirjalliseen päätökseen. Asiakkaan palvelut ja niiden tavoitteet määritellään tarkemmin hoito- ja palvelusuunnitelmassa, joka on kotihoidon suunnittelun ja toteutuksen työväline. Sen avulla kotihoidon toteutukseen osallistuvilla ammattilaisilla on tiedossaan asiakkaan tarpeita vastaavat yhteneväiset palvelujen tavoitteet. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla pyritään turvaamaan kotihoidon tavoitteellisuus ja yhdenmukaisuus myös työntekijöiden vaihtuessa. (Heinola 2007, 26–27.)

Tämän kehittämisprojektin kehittämistavoitteita olivat tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden kehittäminen Someron kotihoidossa, sekä kirjaamisen laadun kehittäminen rakenteisen kirjaamistavan käyttöön otolla sekä vahvistamalla henkilöstön kirjaamisosaamista koulutusinterventioilla.

Tarkoituksena Someron kotihoidossa oli kehittää hoito- ja palvelusuunnitelman rakennetta ja sisältöä palvelemaan hoidon jatkuvuutta ja tiedonkulkua. Päivittäistä kirjaamista oli tarkoitus kehittää niin että lakien kirjaamiselle asetamat vaatimukset täyttyvät, hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa päivittäistä kirjaamista ja kirjaaminen on entistä arvioivampaa.

2. KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA

2.1 Valtakunnalliset ja paikalliset linjaukset

Kansallisen terveystietohankkeen (2005-2008) tehtävänä oli kehittää kansallisesti yhtenäiset hoitotyön ydintiedot joiden avulla terveyden huollon eri palveluntuottajat voivat tuottaa samanlaista potilastietoa käyttämällä samoja rakenteita ja käsitteitä. Näin mahdollistuu tietojen automaattinen käsittely riippumatta siitä, missä tieto on alun perin syntynyt. (STM. 2010.) Potilastietojen sähköistä käsittelyä koskeva laki antaa siirtymäaikaan valtakunnallisesti yhtenäisen rakenteen mukaiseen kirjaamiseen vuoteen 2014. (FINLEX, 2011.)

Someron kotihoidon toimintasuunnitelmassa asetettiin vuoden 2009 tavoitteeksi hoito- ja palvelusuunnitelmien kehittäminen. Tavoitteena oli saada kaikille säännöllistä kotihoitoa saaville asiakkaille ajantasaiset hoitosuunnitelmat.

Kehittämiskohteeksi valittiin hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällön ja rakenteen kehittäminen palvelemaan käytännön työn toteutusta. Päivittäisen kirjaamisen laatua, sisältöä ja rakennetta haluttiin kehittää vastaamaan valtakunnallisia linjauksia. Kirjaamisen kehittämisen haluttiin parantavan asiakkaan hoidon jatkuvuutta ja tiedonkulkua kotihoidon sisällä sekä eri yksiköiden välillä.

Kehittämistarpeita oli havaittu hoidon suunnittelussa ja hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuudessa, sekä niiden hyödynnettävyydessä käytännön työssä. Kirjaaminen ei noudata hoitotyön prosessimallia, hoitotyön tavoitteen asettaminen ja arviointi on puutteellista. Kirjaamisen laadun ongelmien on käytännössä todettu vaikeuttavan kotihoidon sisäisen tiedonkulkua ja hoidon jatkuvuutta. Kirjaamiskäytäntöjä kehittämällä voidaan moniammatillista yhteistyötä kotihoidon sisällä sekä eri yksiköiden välillä tehostaa.

Somerolla on ollut käytössä Effica potilastietojärjestelmä vuodesta 1996. Effica - kertomus kokonaisuudessaan otettiin käyttöön 2003. Kotihoidossa kaikki työntekijät kirjaavat päivittäisen kirjaamisen Effica- kertomukseen. Hoito- ja palvelusuunnitelmat tehdään erilliseen kotihoito ohjelmaan, joka sisältää hoito- ja palvelusuunnitelman lisäksi asiakkaalle laadittavan viikko-ohjelman. Asiakkaan palvelujakson avulla voidaan hallinnoida myös keskeytyksiä ja laatia maksupäätös. (Elisa Niemi, 2010.)

2.2 Kehittämisprojektin tausta organisaatio

Someron sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin hallinnollisesti yhdeksi perusturvan kokonaisuudeksi vuonna 1991. Someron kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyivät kotihoidoksi 1993. Perusturvan alaisuuteen kuuluvat terveyspalvelut, sosiaalipalvelut ja vanhustyö. Kotihoito kuuluu vanhustyönsektoriin yhdessä

terveyskeskuksen vuodeosastojen, vanhainkodin ja ryhmäkotien kanssa. Perusturvaa johtaa toimialajohtaja.

Kotihoito tekee henkilökohtaiseen hoivaan ja perushoittoon liittyviä tehtäviä. Kotihoitoon kuuluu mm. avustaminen peseytymisessä ja pukeutumisessa sekä ilta- ja aamutoimissa auttaminen. Kotihoidosta saa tukipalveluja, esim. ateria- ja turvapuhelinpalvelua. (Someron kaupunki, 2011.) Valvottu kotisairaanhoido on kansanterveyslain säätelemää, lääkärin määräämää ja lääkärin valvonnassa tapahtuvaa jatkuvaa sairaanhoitoa kotona. Siihen kuuluu lääkehuollon kokonaisvaltainen hoito, lääkehoidon vaikutusten seuranta, erilaiset haavayms. hoidot, jälkihoidot sairaalahoidon jälkeen, omaistaan hoitavien ohjaus ja neuvonta, näytteiden otto, verenpaineen mittaukset, injektiot, ompeleiden poistot sekä laaja-alainen opastus ja neuvonta sisältäen terveystasvatusta ja -neuvontaa. (Someron kaupunki, 2011.)

Someron kotihoidon henkilöstöön kuuluu osastonhoitaja, toimistovirkailija, mielenterveyshoitaja, 7 sairaanhoitajaa, 2 perushoitajaa, 23 lähihoitajaa, 11 kodinhoitajaa ja 2 kotiavustajaa. Yhteensä 46 työntekijää. Someron kotihoidossa työskennellään viidessä tiimissä. Kutakin tiimiä johtaa sairaanhoitaja/terveydenhoitaja. Lisäksi tiimeissä työskentelee perushoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. Kukin tiimi koostuu 8-10 työntekijästä. Säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluu n. 360 asiakasta. (Elisa Niemi, 14.3. 2011.)

3. HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

3.1 Hoito- ja palvelusuunnitelmaa määrittävät lait

Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista(812/2000)säädetään että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. (Heinola, 2007, 28) Sosiaalihuoltoasetuksessa (607/83) 6§ todetaan, että asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen arvioimiseksi ja avun saannin turvaamiseksi on yhdessä hänen kanssaan laadittava huoltosuunnitelma. (Heinola, 2007, 28)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas maksuista (912/1992) annetun asetuksen 3§ todetaan, että kotona annettavasta palvelusta laaditaan yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma. Suunnitelmaan tulee sisällyttää sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelu, vaikka palvelujen tuottamisesta vastaisivat erikseen kunta ja kuntayhtymä. (Heinola, 2007, 28)

Potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetyin lain 4a §:ssä todetaan, että terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. (Heinola, 2007, 28.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (99/2001) määrittää potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. (Heinola, 2007, 28)

3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman tehtävä

Hoito- ja palvelusuunnitelma vastaa usein terveydenhuollossa käytössä olevaa hoitotyön suunnitelmaa, jotka molemmat ovat osa potilaan/asiakkaan/asukkaan terveystietoa. (Hallila & Graeffe, 2005, 16.) Hoito- ja palvelusuunnitelma on laadukkaan ammatillisen kotihoidon suunnittelun ja toteutuksen työväline. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla kotihoidon toteutukseen osallistuvilla on tiedossaan asiakkaan tarpeita vastaavat yhteneväiset palvelujen tavoitteet. Työntekijöiden vaihtuessa turvataan hoito- ja palvelusuunnitelmalla kotihoidon tavoitteellisuus ja yhdenmukaisuus. (Heinola, 2007, 26.) Hoidon ja palvelun suunnitteluvaiheen sekä kirjallisen hoito ja palvelusuunnitelman tavoite on luoda asiakkaalle saumaton, joustava, yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltu palvelukokonaisuus, jossa otetaan huomioon olemassa olevat voimavarat (Päivärinta & Haverinen 2002, 5.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan yksilölliset tavoitteet asiakkaan sairauksien hoidolle ja fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiselle ja elämän laadulle. suunnitelmaan kirjataan keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Kotihoidossa keinoja voivat olla esim. sairaanhoito, apuvälineet, toiminnallinen tuki omatoimisuuteen, psyykinen tuki yksilölliseen hyvinvointiin ja mielialaan, sosiaalinen tuki osallistumiseen esim. harrastuksiin ja tukipalvelut asiakkaan kotona selviytymisen turvaamiseksi. (Heinola, 2007,27.) Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen osallistuvat asiakas, tarvittaessa omaiset sekä kaikki asiakkaan hoitoon ja palveluihin yhteisvastuullisesti osallistuvat tahot. (Heinola, 2007, 26.)

Asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset sekä hänelle merkittävät jokapäiväiset asiat ovat lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa. Vanhustyön kaikissa vaiheissa on erityisen tärkeää tunnistaa asiakkaan voimavarat ja toimintakyky. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä, ikäihmisten kotona asumista

edistävää työ otetta sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5.)

4. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

4.1 Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset

Hoitotyön kirjaaminen on lakien ja asetusten säätelemää. Hoitotyön kirjaamista koskevia lakeja ovat mm. Potilasvahinkolaki 585/1986, Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, mielenterveyslaki 1116/1990, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki terveydenhuollonammattihenkilöistä 559/1994, henkilötietolaki 523/1999, laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, ja hallintolaki, lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoja koskeva asetus ja opas terveydenhuoltohenkilöstölle 2001:3, Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muiden hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. (Päivärinta & Haverinen, 2002.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista potilasasiakirjoiksi määritellään potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. (STM 2001:3.)

4.2. Kirjaamisen periaatteet hoitotyössä

Kirjaamisen tehtävänä on luoda edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle, turvata hoitoa koskeva tiedon saanti, varmistaa hoidon toteutus ja sen seuranta sekä turvata hoidon jatkuvuus. (Lauri, Eriksson & Hupli, 1998, 34.) Potilaan sairauskertomuksesta pitäisi selvittää miksi potilas on tullut hoitoon, mitä hoitoa hän on saanut, miten hoito on vaikuttanut ja miten hän on hoidon aikana voinut, millainen on potilaan vointi hoitojakson päättyessä, miten mahdollinen jatkohoito tai selviytyminen kotihoidossa on varmistettu, mitä mieltä hoitoon osallistuneet eri ammattiryhmät sekä potilas ja mahdollisesti omainen ovat hoidon onnistumisesta ja sen vaikutuksista potilaan vointiin. (Lehti ym. 2000, 1.; Lauri ym. 1998, 34.) Potilaskeskeisyyden periaatteen mukaan hoitotyön kirjaamisessa tulisi näkyä potilaan oma osallistuminen ja mielipide hoidostaan. Hoitotyön suunnitelmasta tulisi näkyä potilaan lakisääteisten oikeuksien toteutuminen kuten tiedon antaminen hänelle ja hänen omaisilleen. (Hallila 2005, 33.)

Hoitotyön kirjaaminen on osa potilaan sairauskertomusta ja hoitohenkilökunnan kirjaamisessa korostuu erityisesti potilaan kokonaishoidon toteutuksen ja sen vaikutusten kirjaaminen, sekä potilaan tilan sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen selviytymisen jatkuva seuranta ja arviointi. (Lehti, Lauri & Salovaara, 2000, 1.)

Ammatillisen hoitotyön laadun kehittäminen edellyttää hoitotyön dokumentoinnin kehittämistä. Dokumentointi on kirjallinen näyttö toteutetusta hoitotyöstä ja sen avulla hoitotyöntekijät osoittavat ammatillisen vastuunsa asiakkailleen. Tarkka dokumentointi on asiakkaan yksilöllisen ja turvallisen hoitotyön edellytys. Tietoon jota ei ole dokumentoitu ei voi varmuudella luottaa. Kirjaaminen kuvastaa hoitotyöntekijöiden arvostusta hoidettavia asiakkaita kohtaan. (Voutilainen 2004, 75, 76.)

Hoitotyönkirjaamisen tulisi perustua näyttöön ja tämä näyttö tulisi voida lukea hoitotyön kirjauksista. Hoitotyön kirjaamisesta tulisi näkyä, minkälaiseen tietoon päätökset perustuvat ja mitä hoitotyön keinoilla saatiin aikaan. Hoitotyön kirjaamisen tarkoituksena on kuvata hoitotyön vaikuttavuutta sekä myös kustannusvaikuttavuutta. Hoitotyöntekijöiden pitäisi pystyä osoittamaan, mitkä ovat hoitotyön vaikutuksen asiakkaiden ja potilaiden terveyteen. (Hallila, 2005, 12.)

Tutkimusten mukaan kirjaamisessa esiintyy paljon puutteita. Potilaiden/asiakkaiden hoito - ja palvelusuunnitelmat ovat usein päivittämättä tai puutteellisesti tehtyjä. Hoitosuunnitelmista ei tule esille potilaan yksilöllinen hoito, eikä potilaan oma mielipide tai toive hoidosta. Kirjaaminen on usein hoitaja keskeistä ja organisaation tarpeista lähtevää. Hoitoprosessin kirjaamisessa toteutuvat heikosti hoidon tavoitteen asettelu ja hoidon arviointi. (Kärkkäinen, 2005, 12-15; Kuusio, 2008, 70; Virtanen, 2008, 42; Vaarama & Ylönen 2006, 43.)

5. HOITOTYÖN ELEKTRONINEN KIRJAAMINEN

5.1 Sähköinen potilaskertomus

Yleisellä sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan sairaskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikan avulla. (Ensio & Häyrinen, 2007, 97.) Sähköisellä potilaskertomuksella on tietovarasto johon on tallennettu hoidettavan henkilön terveystietoa tietoturvallisesti tietokoneella käsittelyyn sopivassa muodossa siten että tietoa voidaan siirtää autorisoiduille käyttäjille ja prosesseille. (STM. 2007, 5.)

Sähköinen potilaskertomus on potilaalle annetun kokonaisvaltaisen hoidon asiakirja. Sen avulla tieto eri ammattiryhmien välillä välittyy. Se toimii myös päätöksenteon tukena ja sinne kirjattua tietoa voidaan käyttää toiminnan suunnittelussa, tilastoinnissa ja tutkimuksessa. (Ensio & Häyrinen, 2007, 97.) Sähköisen potilaskertomuksen avulla voidaan ajantasaisista tietoa hyödyntää useassa eri toimipaikassa samanaikaisesti ja tiedon luettavuus on parempi kuin paperisessa kertomuksessa. Potilastietojen saattaminen sähköiseen muotoon parantaa potilasturvallisuutta, sillä tietojen käyttöä voidaan seurata tarkemmin kuin paperilla. (STM. 2007; 11).

Hoitotyön elektroninen kirjaaminen on vaikuttanut hoitokertomuskäsitteen käyttöönottoon. Hoitokertomuksella tarkoitetaan perinteisen hoitosuunnitelma käsitteen yhdistämistä päivittäisten hoitotyön kirjausten kanssa. Hoitosuunnitelmatiedot voidaan kuljettaa päivittäisten hoidon toteutuksen kuvausten kanssa tiiviisti yhdessä. (Ensio, 2004, 33.)

Sähköiselle potilaskertomukselle on valtakunnallisesti sovittu yhtenäinen rakenne. (STM., 2007, 9.) Sähköistä potilaskertomusta koskevassa kansallisessa terveyshankkeessa on tehty kansalliset määräykset potilaskertomuksen sisällöstä ja rakenteesta, tietosuojasta ja tietoturvasta sekä teknisistä rajapinnoista. (VSSH, 2008, 7.) Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu erilaisista tietokokonaisuuksista, joita ovat näkymä, hoitoprosessin vaihe, otsikko ja ydintiedot. Sähköinen potilaskertomus käsittää yleiset, lääketieteen erikoisalakohtaiset, palvelukohtaiset, perusterveydenhuollon näkymät sekä erilaisia ammatillisia näkymiä. Yleiset näkymät ovat lääketieteen erikoisalasta riippumatta yleisiä tietokokonaisuuksia, näitä ovat esimerkiksi henkilötiedot, riskitiedot, lääkehoito, diagnoosit, lähete, hoitopalaute ja erilaiset todistukset. (Häyrinen & Ensio, 2007.101; STM., 2007,15.)

5.2 Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli

Lainsäädäntö ohjaa siirtymään valtakunnallisesti yhtenäiseen kirjaamisen malliin vuoteen 2014 mennessä. Terveystieteiden eri organisaatioiden on tuotettava ja lähetettävä kelan ylläpitämään Kanta-arkistoon yhdenmukaisia potilasasiakirjoja, jotta potilaiden tietoja voidaan lukea ja käsitellä muuallakin kuin tiedot tuottaneessa organisaatiossa. Tietojen rakenteistamisen tarkoituksena on auttaa terveydenhuollon ammattihenkilöä löytämään tarvitsemansa tieto nopeammin. Kansallisen terveyshankkeen yhtenä tehtävänä oli määrittellä kansallisesti yhteiset ydintiedot, joiden avulla terveydenhuollon eri palvelujenantajat voivat samoja käsitteitä ja rakenteita käyttämällä tuottaa samanlaisia potilastietoja. Näin tehdään mahdolliseksi tietojen automaattinen käsittely riippumatta siitä, missä tietojärjestelmässä tieto on alun perin syntynyt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Hoitotietojen kirjaamisella systemaattisesti tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kansallisessa terveyshankkeessa (HoiDok hanke) vuosina 2005 - 2008 on tehty kansalliset määräykset sähköisen potilaskertomuksen sisällöstä ja rakenteesta, tietosuojasta ja tietoturvasta sekä teknisistä rajapinnoista. Keskeinen potilastieto kirjataan sähköisesti yhdenmukaisella tavalla. (VSShp, 2008.; Saranto & Sonninen 2007, 14. ;Tanttu & Ora- Hyytiäinen, 2008, 23.)

Strukturoitu kirjaaminen etenee hoitotyön prosessin tai kliinisten hoitopolkujen mukaisesti. Potilaan hoidon tarpeet, hoitotoiminnot ja myös saavutetut tulokset valitaan etukäteen laadituista luokituksista. (Ensio & Saranto, 2004, 34.) Rakenteistaminen hoitotyön kirjaamisessa tarkoittaa sekä kirjaamisen rakenteen että sisällön kehittämistä. Hoitotyön kirjaamisessa rakenteisuutta

tarvitaan sekä hoitotietojen kirjaamisessa (hoidon prosessi) että kirjattujen tietojen esittämisessä (luokitukset, sanastot, nimikkeistöt) (Ensio, 2007, 14.)

Tiedon esittäminen rakenteisessa muodossa käyttäen yhdenmukaisia nimikkeistöjä, luokituksia, sanastoja tai koodeja tuottaa käyttäjälle merkittävää toiminnallista lisäarvoa. Terveystieteiden toimiville henkilöille suurimman hyödyn tuo kertaalleen kirjatun tiedon hyödyntäminen erilaisissa käyttötarkoituksissa. Myös oleellisen tiedon hakeminen suuresta tietomassasta helpottuu. Sähköisen potilaskertomuksen strukturointi parantaa potilaan hoidon laatua, koska tieto on paremmin hyödynnettävissä. (STM.; 2007, 11.) Potilaan hoitotietojen kirjaamisen yhtenäisyys helpottaa tiedon löydettävyyttä, käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä koko hoitoprosessin aikana. (VSSHP, 2008,11.) Kun tieto on kirjattu rakenteisessa muodossa, siitä voidaan muodostaa erilaisia koosteita, tulosteita ja raportteja organisaatiokohtaisiin, alueellisiin ja valtakunnallisiin tarpeisiin. (STM.; 2007, 11.);(Ensio, & Saranto, 2004, 44.)

Rakenteisessa kirjaamisessa prosessin eri vaiheissa kirjattava hoito merkitään termistöjen avulla potilaan hoitodokumentteihin. Termistöillä tarkoitetaan termeistä ja käsitteistä koostuvia sanastoja, luokituksia, ja nimikkeistöjä. Termistöjä on laadittu kuvaamaan hoitotyön diagnooseja, potilaan ongelmia, tai hoidon tarpeita, hoitotyön toimintoja ja hoidon tuloksia. Suomalaisia termistöjä ovat hoitotyön perussanasto, Diagnoosien ja auttamismenetelmien luokitukset, FinNMDS, Di-anoigostinen järjestelmä, suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) ja suomalainen hoitotyön tarveluokitus (SHTaL), Tehohoitotyön malli (THM) sekä perioperatiivisen hoitotyön sanasto PND. Ruotsissa on käytössä VIPS- malli. (Sonninen, Ensio & Ikonen, 2007. 81.

Kirjaaminen koostuu valtakunnallisesti määritellyistä keskeisistä hoitotiedoista eli ydintiedoista, joita kirjataan rakenteisesti termistöillä ja niitä täydentävillä kertovilla teksteillä. (Saranto & Sonninen 2007, 14.; VSSHP, 2008, 7.) Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja hoitotyön

yhteenvedo. Ydintiedot kirjataan hoitotyönprosessin mukaisesti rakenteisesti Finnish Care Classification (FinnCC, Suomalainen tarve- ja toimintoluokitus) kokonaisuutta käyttäen. (Tanttu & Ora- Hyytiäinen, 2008, 23.)

5.3 Rakenteiset ydintiedot

Kansallisen terveysprojektin 'Sähköisen potilaskertomuksen ydintietojen määrittely -hankkeessa sovittiin ydintietojen tietosisältö otsikkotasolla sekä niissä mahdollisesti käytettävät termistöt ja koodistot. Sähköisen potilaskertomuksen yhteiset rakenteiset ydintiedot määriteltiin Osaavien keskusten verkoston vuonna 2000 laatiman elektronisen potilaskertomuksen ydintietomäärittelyjen pohjalta seminaareissa, työryhmäkokouksissa ja eri asiantuntijaryhmiltä saatujen kommentointien perusteella. (Häyrinen, Komulainen, Porrasmäe & Hartikainen, 2004, 3.)

Rakenteisten ydintietojenkäsite on yksi sähköisen potilasasiakirjan peruskäsitteistä. Niillä tarkoitetaan kaikkia potilaan keskeisiä terveyden ja sairaanhoidon tietoja, jotka on ohjelmistoissa kuvattu yhtenevällä määrämuotoisella tavalla. Ydintietojen tarkoituksena on antaa pääpiirteissään kokonaiskuva potilaan terveyden ja sairaushistoriasta ja siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Rakenteisuus merkitsee sitä että tietosisältö on määritelty ainakin otsikko tasolla ja lisäksi on määritelty tiedonmuoto, niiden esittämisessä käytettävät luokitukset, nimikkeistöt tai sanastot sekä koodistot. (Häyrinen & Ensio, 2007, 104.)

Ydintietoja voidaan käyttää linkkinä yksityiskohtaisiin terveys- ja potilaskertomustietoihin. Toisaalta ydintiedot voidaan upottaa suoraan tekstin sisään. Sopivalla dokumenttimuunnoksella voidaan koko kertomuksesta tuottaa näkymä, jossa on ydintiedot tai niiden osajoukko. Rakenteisista ydintiedoista pystytään laatimaan tiivistelmiä ja jatkohoidon suunnitelma, joita voidaan

hyödyntää moniammatillisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa, hoitoketjujen muodostamisessa ja ylläpidossa, epikriisien tuottamisessa, todistusten ja lausuntojen kirjoittamisessa, laadun seurannassa, tilastojen tekemisessä, tutkimustyössä, päätöksentekoa ohjaavien järjestelmien liittämässä potilaskertomukseen sekä potilaan älykortissa. (Häyrinen, ym., 2004, 35.)

Rakenteiset ydintiedot voidaan jakaa hallinnollisiin tietoihin ja potilaan hoitoprosessin tietoihin. Potilaan Hoitoprosessissa tarvittavien ydintietojen pääelementit ovat Ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, fysiologiset mittaukset, hoitotyö, tutkimukset, toimenpiteet, lääkehoito, lausunnot, toimintakyky, apuvälineet, elintenluovutuskortti, hoitotahto, yhteenveto, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot ja suostumus. (Häyrinen & Ensio, 2007, 106.) Hoitoprosessin vaiheen kirjaaminen tukee potilasasiakirja asetuksen mukaista hoidon kirjaamista. Sen avulla voidaan seurata kuinka potilaan hoito on toteutunut. Hoitoprosessin vaiheen kirjaamisen avulla ydintiedot saadaan liitettyä hoitoprosessiin. Järjestelmät tuottavat hoitoprosessin vaiheen yleensä automaattisesti, joten siitä ei aiheudu ylimääräistä kirjaamista muulloin kuin prosessin vaiheen muuttuessa. (STM. 2007,12.).

5.4 Hoitotyön ydintiedot

Hoitotyön prosessin kokonaisuus muodostuu hoitotyön suunnitelmasta, toteutuksesta, arvioinnista ja yhteenvedosta. Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön sisällön kirjaaminen hoitoprosessin eri vaiheissa tapahtuu vapaamuotoisella tekstillä tai käyttäen luokitusta, jota voidaan täydentää vapaamuotoisesti. (Häyrinen & Ensio., 2007, 107.; Tantt & Ikonen, 112,113.; STM. 2007.) Hoitotyön ydintietojen avulla saadaan riittävä kuva potilaan hoidon etenemisestä ja niitä käytetään hoitotyön yhteenvetoa laadittaessa. Tietoja

tarvitsevat ajankohtaiseen hoitajaksoon tai käyntiin, sekä jatkohoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset. (Häyrinen, ym., 2004, 35.)

Hoidon tarve on hoitohenkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla. Hoitotyön tarpeen määrittäminen on potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien kartoittamista. (Tanttu & Ikonen, 2007, 11.; Liljamo, Kaakinen & Ensio, 2008., 10.) Hoitotyön tarpeenmäärittämisessä koottu tieto analysoidaan ja sen perusteella määritellään potilaan terveydentilaan liittyvä ongelma. (Hallila, 1999, 52.) Hoidon tarve tai potilaan tilan diagnoosi, on perusta hoidon vaikuttavuuden arvioinnille. (Ensio, 2004, 36.)

Hoitotyön toiminnot interventiot, auttamismenetelmät kuvaavat potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen. (Tanttu & Ikonen, 2007, 114.). Hoidon tulokset kuvaavat potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Arviointi vaiheessa verrataan potilaan tulotilannetta ja määritettyjä hoidon tavoitteita nykytilaan. (Tanttu, & Ikonen, 2007, 114.)

Hoitotyön yhteenveto koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä tiedoista. yhteenvetoon kootaan keskeiset tapahtumat hoitajaksoista aloittaen potilaan tilasta ja hoidon tarpeesta hänen tullessaan hoidon piiriin sekä asetetuista tavoitteista. Käytetyt hoitotyön toiminnot ja auttamismenetelmät sekä niiden tuloksellisuus kuvataan. (Tanttu, & Ikonen, 2007, 114.).

Hoitoisuudella tarkoitetaan eri potilasryhmien tarvitseman hoidon määrään ja vaativuuden määrittelyä laadun arvioimiseksi, henkilöstön mitoittamiseksi ja/tai hoitotyön kustannusten selvittämiseksi. potilaan hoitoisuus kuvaa hoitotyöntekijän arviota potilaan hoidon tarvetta vastaavasta työpanoksesta. (Liljamo ym. 2008, 11.; VSSHP 2008, 12.) Hoitoisuusluokituksen tarkoituksena on määrittellä, kuinka paljon hoitohenkilökuntaa tarvitaan, jotta voidaan vastata potilaiden hoidon tarpeeseen. (Liljamo, ym. 2008, 11.; VSSHP 2008, 12.)

5.5 Hoitotyön kansallinen tarve- ja toimintoluokitus

Hoitotyön luokitusten tehtävänä on ohjata kirjaamista antamalla strukturoitu malli kirjaamisen perustaksi, tällöin kirjaajan on helpompi täyttää potilastietoja ja niitä on helpompi koota potilastiedoista päätösperstaksi. (Hallila & Graeffe, 2005, 72,73.) Hoitotyön luokituksia on laadittu kuvaamaan hoidon tarpeen arviointia (hoitotyön diagnoosi), hoidon toteutusta (hoitotyötoiminnot) ja hoidon tuloksia. (Ensio, 2004, 44.)

Suomalainen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) kehittämistyö käynnistyi 1990- luvulla. Ensimmäinen versio, siitä julkaistiin väitöskirjatyönä (Ensio 2001). Pohjoiskarjalan sairaanhoitopiiri jatkoi toimintoluokitusten kehittämistyötä hoitotyön kirjaamista koskevassa hoitotyön kirjaamisen strukturoitumalli hankkeessa vuosina 2003 - 2004. (VSSHP 2008, 12.)

FinCC (Finnish Care Classification) eli suomalainen hoitotyönluokitus koostuu kahdesta hierarkisesta luokituksesta. Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL) ja Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) sekä tulosluokituksesta (SHTul), jolla arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla (tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt). SHTaL:lla ja SHToL:lla on yhtenevä rakenne. (Komponentti-pääluokka - ja alaluokka taso) Komponentit kuvaavat kaikkein abstrakteinta tasoa. Kirjaaminen tapahtuu käytännössä pää- ja alaluokka tasoa käyttämällä. (Liljamo, ym., 2008, 3.)

SHTaL ja SHToL koostuvat molemmat 19 samannimisestä komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. (Liljamo ym. 2008, 3.) FinCC luokitusten komponentit ovat: aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, terveyspalvelujen käyttö, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, kanssakäyminen, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykinen tasapaino, aistitoiminnot,

kudoseheys, jatkohoito, elämänkaari, verenkierto, aineenvaihdunta. (Liljamo ym. 2008, 5.)(Liite 1.)

Hoidollinen päätöksenteko ja hoitotyönydintiedot ja FinCC luokitus nivoutuvat yhteen. Potilaan hoidon tarpeita määriteltäessä kerätään potilaasta taustatietoja ja haastatellaan potilasta. Tarpeen määrittämisen apuna käytetään hoidon tarveluokituksen pää- ja alaluokkia ja tarpeelle voidaan määrittää varmuusaste. Hoidon suunnitteluvaiheessa asetetaan priorisoiduille tarpeille tavoitteet ja valitaan hoitotyön toiminnot käyttämällä hoitotyön toimintoluokitusten pää- ja alaluokkia. (Liljamo ym. 2008, 6-7.)

Hoidon toteutusvaiheessa kirjataan toteutunut hoito hoitotyön toimintoluokitusten avulla. Hoidon tulosta arvioidaan suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen, tavoitteeseen ja toteutuneeseen hoitoon ja valitaan hoidon tuloksen tila. Hoitotyön yhteenveto koostetaan ydintietojen avulla ja täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien ja vapaamuotoisella tekstillä sekä hoitoisuudella. (Liljamo ym. 2008, 6-7.)

On tärkeää että tietojärjestelmä mahdollistaa luokitusten avulla tapahtuvan kirjaamisen täydentämisen vapaalla tekstillä. Potilaan tilan muutoksia kuvattaessa ei pelkkä luokituksiin perustuva kirjaaminen ole riittävää vaan lisäksi tarvitaan yksityiskohtaista kuvausta potilaan voinnista. (Ensio, 2004, 34.)

6. HOITOTYÖN KIRJAAMISEN SISÄLTÖ

Hoitotyön kirjaamista koskevien tutkimusten mukaan kirjaamisessa esiintyy paljon puutteita. Potilaiden tai asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat usein päivittämättä tai puutteellisesti tehtyjä. Hoitosuunnitelmista ei tule esille potilaan yksilöllinen hoito, eikä potilaan oma mielipide tai toive hoidosta. Kirjaaminen on usein hoitaja keskeistä ja organisaation tarpeista lähtevää. Hoitoprosessin kirjaamisessa toteutuvat heikosti hoidon tavoitteen asettelu ja hoidon arviointi.

Kärkkäisen (2005) tutkimuksen mukaan potilaan yksilöllinen hoito ei tullut esiin hoitotyöstä tehdyissä kirjallisissa merkinnöissä, eivätkä hoitosuunnitelmaan merkityt ongelmat aina vastanneet potilaan hoidon tarvetta. Kirjaaminen oli usein organisaation tarpeista lähtevää ja siinä painottuivat hoitajan tehtävät ja näkökulma. Lääketieteelliset ja lääkinnälliset määräykset sekä potilaan elintoimintojen tarkkailu, ja fyysinen vointi kirjattiin erittäin hyvin. Kirjaamisen sisältö koski pääasiassa potilaiden elintoimintoja ja konkreettisia toimenpiteitä. Puutteellisia olivat merkinnät jotka koskivat hoitosuunnitelman muuttamista potilaan voinnissa ja tilassa tapahtuneiden muutosten johdosta. Merkinnät potilaan ohjauksesta ja neuvonnasta olivat myös puutteellisia. Potilaan tai omaisten näkemyksistä ja kokemuksista sekä potilaan henkisestä tukemisesta oli vain niukasti merkintöjä. Kirjaaminen oli hoitaja keskeistä. (Kärkkäinen, 2006, 12-14.)

Kuusio (2008) on tutkinut hoitotyön elektronisen kirjaamiskäytännön tilaa ja kirjausten sisältöä perusterveydenhuollossa, sekä kirjatun tiedon hyödyntämistä hoitotyön päätöksen teossa. Kirjaamiskäytäntöjä tutkittiin kotisairaanhoidon, lääkärien vastaanoton ja työterveyshuollon potilaiden sairaanhoitovastaanottokäyntien osalta. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen toteutui parhaiten tulotilanteen, hoidon toteutuksen ja hoidon

arvioinnin osalta, joka pääsääntöisesti sisälsi kirjattuja jatkohoitosuunnitelmia. (Kuusio, 2008, 55.) Hoitotyön prosessin suunnitteluvaihetta tavoitteen asetteluineen ja hoidon vaikuttavuuden arviointia ei juurikaan kirjattu. Hoitotyön toimenpiteet/toiminnot oli kirjattu hyvin. Hoitotyön arviointia kirjattiin heikosti. Tavoitteiden puuttuminen prosessissa vaikeuttaa hoidon arviointia, koska ne toimivat hoidon vaikuttavuuden perusteena. Jatkohoitosuunnitelmat oli kirjattu hyvin ja sisälsivät arvioita hoidon tarpeesta ja seuraavista hoitokäynneistä. Hoitotyön tulos ja yhteenveto puuttuivat lähes kaikkien yksiköiden kirjauksista. Rakenteinen kirjaaminen avosairaanhoidossa otsikoiden avulla vaihteli suuresti. Kotisairaanhoidossa käytettiin eniten suunnitelma, kotikäynti, hoito, ja arviointi otsikoita. (Kuusio, 2008, 70.)

Virtanen (2008) on tutkinut kirjaamisen sisältöä hoito- ja palvelusuunnitelmissa vanhusten palvelukeskuksessa. Noin puolet suunnitelmista oli ajan tasalla. Päivittäisen kirjaamisen suhde hoitosuunnitelmiin oli hyvä tai kohtalainen. Potilaan kokemuksia oli huomioitu vähän yli puolessa kaikista hoito- ja palvelusuunnitelmista, kun taas omaisen mielipide oli kirjaamatta yli puolessa kaikista hoito- ja palvelusuunnitelmista. (Virtanen 2008, 42.) Potilaan toiveita omasta hoidosta ei ollut kirjattu valtaosaan hoito- ja palvelusuunnitelmista. (Virtanen, 2008, 45.) Päivittäisessä kirjaamisessa oli kirjattu melko paljon vanhuksen aktiivisuuden ja omatoimisuuden lisäämiseen sekä mielentilaan ja avun tarpeeseen liittyviä asioita. Hoitotyön auttamismenetelmien käyttöä ja määrää oli kirjattu melko vähän. Potilaan omatoimisuuden astetta kirjattiin vain viidesosaan hoito- ja palvelusuunnitelmista. (Virtanen, 2008, 45.) Tulosten perusteella hoito- ja palvelusuunnitelmiin asetettavat tavoitteet tulisi laatia tarkasti rajattuina. Tavoitteiden ollessa liian laajat on niihin vaikea suunnitella hoidon toteuttamisen keinoja. (Virtanen 2008, 51.)

Vaarama ja Ylönen (2006) ovat tutkineet Espoon kotihoidon ammatillista laatua kirjaamisen perusteella. Espoon kotihoidon dokumentointi oli hyvää hoitotyön osalta. Asiakkaan terveydentila ja psykososiaaliset tarpeet oli kirjattu kattavasti, mutta asiakkaan kognition, arjen avun tarpeiden ja henkilökohtaisten

päivittäistoimintojen osalta oli kirjaaminen hyvin puutteellista, kuten myös näihin liittyvien palvelujen saannin kirjaaminen. (Vaarama & Ylönen, 2006, 17, 41.) Keinoja asiakkaan omien voimavarojen tukemiseksi sekä tietoja asiakkaan mieltymyksistä oli kirjattu vain niukasti. (Vaarama & Ylönen, 2006, 31, 32.) Kirjaamisessa ei noussut esille tavoitteellista asiakkaiden omatoimisuuden tukemista, tavoitteita oli asetettu vain joka neljännen asiakkaan kohdalle. Palvelujen arviointi yhdessä asiakkaan kanssa oli vähäistä, joka kolmannen asiakkaan hoitosuunnitelma oli päivittämättä vaikka asiakkaan tilassa ja tarpeissa oli tapahtunut muutos. (Vaarama & Ylönen 2006, 43.)

Voutilainen (2004) on tutkinut ikääntyneiden hoidon laatua pitkäaikaisessa laitoshoidossa kirjaamisen perusteella: Lisäksi analysoitiin kirjaamisen säännöllisyyttä ja hoitotyön suunnitelmien ajantasaisuutta. Tutkimukseen osallistui neljä vanhainkotia, joilla oli yhteensä 36 osastoa. (Voutilainen, 2004, 55.) Ajantasainen hoitosuunnitelma puuttui noin 30 prosentilta asiakkaista. Vain 20 prosentissa potilasasiakirjoista oli tehty päivittäin kirjauksia asiakkaan voinnista. Yleisimmin kirjattiin muutaman päivän välein. Joissakin asiakirjoissa oli vain joitakin merkintöjä kuukaudessa tai vain muutama vuodessa. (Voutilainen, 2004, 57.)

Hoitotyön kirjaamisessa löytyi kehitettävää seikkoihin jotka liittyivät asiakkaan kognitiiviseen toimintakykyyn, ihon kuntoon, mielialaan, hoitotyön auttamismenetelmiin, asiakkaan omatoimisuuden asteeseen sekä asiakkaan lääketieteelliseen hoitoon ja mahdollisiin komplikaatioihin. (Voutilainen, 2004, 56.) Hoitotyön tavoitteiden saavuttamisen arviointi suhteessa asetettuihin tavoitteisiin oli lähes puolessa asiakirjoista puutteellista. Asiakkaan omatoimisuuden aste ja kuntoutumisen edistyminen oli kirjattu vain puoleen analysoiduista asiakirjoista. Hoitotyön fyysisiä tarpeita oli selvitetty kohtuullisen kattavasti hoitotyön suunnitelman perustaksi. Hoitotyön arviointia tehtiin vähemmän kuin tarpeiden määrittelyä. (Voutilainen, 2004, 56.)

Kirsi- Marja Remes (2006) on tutkinut rakenteista tietoa hoitopalautteissa ja kuvannut hoitopalautteiden tietosisältöä. Tutkimuksen kohteena olivat konservatiivisen ja operatiivisen osaston vuoden 2003 sähköiset hoitopalautteet Pohjois-karjalan sairaanhoitopiirin tietokannasta kerättynä. Tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällön analyysilla, jonka teoreettisena luokitusrunkona oli suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL). Tutkimuksen mukaan eniten käytettyjä komponentteja olivat lääkehoito ja jatkohoito. Lisäksi käytetyimpiä komponentteja konservatiivisella osastolla olivat ravitseminen, itsehoito, psyykinen tasapaino sekä operatiivisella osastolla terveyskäyttäytyminen, turvallisuus ja kudoseheys. Vähiten käytetty komponentti oli kanssakäyminen. (Remes, 2006, 57.)

Ehrenberg ja Ehnfors (2001) ovat tutkineet potilasasiakirjojen tarkkuutta ruotsalaisissa hoitokodeissa. Tutkimuksessa verrattiin potilasasiakirjojen yhtenevyyttä hoitajien ja potilaiden kuvauksiin tarkoin määritellyistä ongelmista. Vertailua tehtiin kahden osaston välillä, joista toisella oli käytössä hoitotyönprosessiin perustuva rakenteisen kirjaamisen malli ja toisella osastolla kirjaamisen rakenne oli kronologinen. Tietoa kerättiin tarkastelemalla satunnaisesti valittujen hoitokodin asukkaiden potilasasiakirjoja (n=85), sekä haastatteleamalla asukkaita ja hoitajia. Potilasasiakirjojen ja hoitajien haastattelujen välisen yhteneväisyyden todettiin olevan alhainen. Yhtenevyys oli parempi ryhmän osalta joka käytti hoitotyönprosessin mukaista rakennetta kirjaamisessa, kuin ryhmän osalta, joka kirjasi vain kronologisessa järjestyksessä. Tutkimus osoitti yksiselitteisesti suuria puutteita potilasasiakirjojen käytössä tiedon lähteenä hoidon arvioinnissa, suunnittelussa ja kehittämisessä. (Ehrenberg & Ehnfors, 2001, 303.)

Törvallin, Wilhelmssonin & Wahrenin (2004) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida elektroniseen potilaskertomukseen pohjautuvaa hoitotyön dokumentointia perusterveydenhuollossa painottaen hoitajien näkemystä. Tutkimuksessa kuvailtiin hoitotyön prosessin ja avainsanojen käyttöä dokumentoinnissa. Tutkimukseen osallistui 42 ruotsalaista terveyskeskusta.

Tutkimus osoitti että avainsanoja hoitotyön toiminnot ja status käytettiin usein, kun taas hoitotyöndiagnoosit ja hoitotyön tavoitteet olivat harvinaisia. Lääketieteellinen status ja interventiot esiintyivät useammin kuin hoitotyön status. Hoitotyön dokumentoinnissa esiintyi puutteita, jotka jarruttavat sen käyttämistä hoidon arvioinnissa. (Törnvall, Wilhelmsson & Wahren, 2004, 310-317.)

7. KOKEMUKSIA KIRJAAMISESTA

7.1 Kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta

Henkilökunta kokee tutkimusten mukaan rakenteisen kirjaamisen jäsentävän kirjaamisen sisältöä ja lisäävän ajattelua sekä hoitotyön perustelua. Rakenteista kirjaamista pidetään tarkkana, mutta pelkkien luokitusten käyttö ilman vapaata kirjaamista tekee siitä kaavamaisista ja yksilöllisyys kärsii. Turhien merkintöjen pois jäämien koetaan hyvänä ja päällekkäisen kirjaamisen arvellaan vähentyvän rakenteisen potilaskertomuksen myötä. Toisaalta kirjaaminen ja sopivien otsikoiden ja luokitusten löytäminen koetaan vaikeaa. Tiedon koetaan olevan hajallaan ja hoidosta on vaikeaa saada kokonaiskuvaa. Rakenteisen kirjaamisen koetaan ainakin alkuvaiheessa vievän aikaa kauemmin kuin perinteisen narratiivisen kirjaamisen. Hoitajilla on pelko että potilaan luona vietetty aika vähenee kirjaamisen viedessä enemmän aikaa.

Hokinmaa-Salmi (2006) on kuvannut hoitohenkilökunnan kokemuksia sähköisen potilastietojärjestelmän tulosta terveydenhuoltoon. Rakenteisen kirjaamisen uskottiin yksinkertaistavan kirjaamista ja poistavan siitä epäolennaisuuksia ja turhia rutiineja. Hoitohenkilökunta koki että päällekkäistä

kirjaamista voidaan vähentää ja oleellinen tieto löytyy järjestelmästä nopeasti. Kirjaamisen rakenteisuuden uskottiin helpottavan ja jäsentävän kirjaamista, sekä varmistavan että kaikki tarvittavat asiat tulee kirjattua. Toisaalta hoitosuunnitelma kaavakkeiden pelättiin olevan liian yleisluontoisia, järjestelmän pelättiin vievän aikaa pois potilailta ja vähentävän yksilöllistä kirjaamista. (Hokinmaa- Salmi 2006, 35 - 40,46.)

Laineen (2008) tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta ja tuen ja ohjauksen saamisesta kirjaamisen aikaan. Tutkimusjoukkona oli Kanta-Hämeen keskussairaalan hoitajia. Hoitajat kokivat kirjaamisen selkeäksi käsialojen vaihtelun jäädessä sähköisen kirjaamisen myötä pois. Tietoteknistä turvallisuutta edistävänä koettiin hoitajan tunnistetietojen näkyminen ja kirjaamisen reaaliaikaisuus. Rakenteinen kirjaaminen mahdollisti hoitokäytäntöjen perustelemisen. Hoitajien mukaan ajattelutyö oli lisääntynyt sähköisen kirjaamisen myötä. (Laine, 2008, 22, 23.) Rakenteinen kirjaaminen koettiin tarkempana. Kirjaaminen nähtiin hyödyllisenä tilanteissa, joissa potilaan ongelmia ja tarpeita piti tarkistaa jälkikäteen, jos ne olivat jääneet huomioimatta hoitotilanteissa. Perusteellinen kirjaaminen loi myös pohjan hoitotyölle ja toisille työvuoroon tuleville hoitajille. (Laine, 2008, 25, 26.)

Negatiivisina asioina koettiin uuden kirjaamistavan aikaa vievyys, kirjaamisen koettiin olevan puutteellista riittämättömän ajan vuoksi. Sijaisten osaamattomuuden kirjaamistilanteissa koettiin myös hankaloittavan osaston kirjaamiskäytäntöjä. Omaisiin, ohjaukseen ja opettamiseen liittyvien asioiden kirjaaminen koettiin hankalana. (Laine, 2008, 25.)

Luokitusten käyttö myös vaikeutti kirjaamista. Hoitajat kokivat, ettei lokeroitu tieto, anna riittävän hyvää kuvaa potilaan voinnista. Tekstiä tuli paljon koska perushoidolliset toimenpiteet toistuivat samana. Komponenttien ajantasaistaminen koettiin ongelmallisena. Näkyviin jäi komponentteja joita potilaalla ei enää ollut käytössä. Vaikeutena nähtiin komponenttien

päällekkäisyys, paljous ja etsimisen hitaus. Luokittelun käytön lisänä koettiin hyvänä vapaan kirjoittamisen mahdollisuutta. (Laine, 2008, 28.) Rakenteisen kirjaamisen myötä koettiin potilastyön myös heikentyvän. Potilaan luona vietetty aika väheni, kirjaamisen käytetyn ajan lisääntyessä. Potilaan kohtaamisen ja hoitamisen koettiin olleen aikaisemmin parempaa. (Laine, 2008, 34.)

Hoitajat kokivat hoitotyön ydintietojen ja hoitotyön prosessin selkeyttävän kirjaamista. Hoitotyön osa-alueet huomioitiin paremmin entiseen nähden. Parhaiten oli kirjattu hoidon toteuttaminen ja myös loppuarviointi oli hyvin tehty. Potilaan tarpeiden täyttäminen ja arvioinnin kirjaaminen oli vähäistä. Potilaan ongelmien kirjaus koettiin riittämättömänä. Tietoja kirjattiin useimmiten toteutuksen alle. (Laine, 2008, 37.)

Kansallisen hoitotyön kirjaamismallin käyttäjille tehtyjen haastattelujen mukaan hoitotyön prosessimalli on toimiva, hoitotyötä on opittu jäsentämään prosessimallin mukaan. Prosessimallin vaiheisiin liittyvä FinCC luokituskokonaisuus, komponentti, pääluokka ja alaluokkatasoineen koetaan hyvin laajaksi ja yksityiskohtaiseksi. Malli soveltuu hyvin kotisairaalatyyppiseen toimintaan ja suhteellisen hyvin terveyskeskuksen vuodeosastolle, mutta heikommin erikoissairaanhoidon poliklinikoiden ja vuodeosastojen toimintaan, joissa toiminta on kohdentunut tietyn tyyppisiin potilaisiin. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto, 2010.)

Hoitotyön luokitus ja kirjaaminen on toteutettu hoitajan näkökulmasta. Kirjattujen tietojen hyödynnettävyys lääkärin näkökulmasta on heikompaa. Kotisairaalassa ja terveyskeskuksenvuodeosastolla, lääkärit lukivat ja hyödynsivät hoitajien kirjauksia, mutta muissa yksiköissä lääkärit kokivat hoitotyön kirjaamisen liian yksityiskohtaiseksi ja epäolennaisuuksiin painottuvana, eivätkä he löytäneet kirjauksista haluamiaan tietoja. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto, 2010.)

Virolainen (2006) on tutkinut hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisen hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Hoitajat kokivat elektronisen

hoitotyönkirjaamisen vaativan enemmän ajankäytön suunnittelua ja kirjaamiseen käytetyn ajan koettiin myös lisääntyneen uuden kirjaamistavan myötä. (Virolainen 2006, 62.) Elektronisen kirjaamisen myötä yli puolet vastaajista koki potilaan kokonaistilanteen hahmottamisen vaikeutuneen. Kolme neljäsosaa koki uuden kirjaamistavan auttavan arvioimaan potilastietoja. Välitavoitteet ja kokonaistavoitteiden kirjaaminen oli huomioitu kokonaisuudessaan melko hyvin. Kokonaistavoitteiden kirjaaminen oli kuitenkin huomattavasti parempaa. Hoitajat kokivat kuvailevan kirjaamisen osuuden vähentyneen fraasien ohjatussa hoitotyön kirjaamisesta. Hoitajilta välittyi pelko että potilaan näkökulma jää huomioimatta. (Virolainen, 2006, 80.)

Hartikaisen (2008) tutkimuksessa kuvataan sähköisen potilastietojärjestelmän päivittäiseen työhön tuomia muutoksia. Tutkimuksen kohteena olivat erikoissairaanhoidon prosessit potilaan tulohaastattelu, lääkärin kierto ja suullinen raportointi. Tutkimuksessa kartoitettiin em. käytäntöjä ennen sähköisen järjestelmän käyttöön ottoa, suunniteltuja muutoksia käytäntöihin ja kuinka toiminnot toteutuivat käytännössä järjestelmän käyttöön oton jälkeen.

Suunnitteluvaiheessa tulohaastattelu oli tarkoitus kirjata suoraan potilastietojärjestelmään otsikoiden avulla. Käytännössä hoitajat kuitenkin kirjasivat tietoja kuitenkin käsin kuumekurvaan ja anestesia kaavakkeeseen. Potilaiden mukanaan tuomat esitiedot täydennettiin käsin tai kirjattiin ensin paperille ja siirrettiin vasta sitten potilastietojärjestelmään. Kirjaaminen tapahtui haastattelun jälkeen kansliassa. (Hartikainen 2008, 41 - 42.) Tietojärjestelmään kirjaamisen koettiin vievän enemmän aikaa. Hoitajat kokivat epävarmuutta tietokoneen käytössä ja arvelivat potilaiden jännittävän tietokoneita haastattelutilanteessa. Otsikoiden luonnin koettiin vievän enemmän aikaa, mutta samalla ne myös ohjasivat ja helpottivat kirjaamista. Koska haastattelujen esitietoja ei kirjata suoraan järjestelmään ne saattavat jäädä kokonaan kirjaamatta. Päällekkäistä kirjaamista tapahtui esim. lääkkeiden kirjaamisessa. Lääkitys kirjattiin käsin kuumekurvaan, anestesiaalomakkeeseen ja lääkekorttiin sekä vielä tietojärjestelmään. (Hartikainen, 2008, 45.)

Hoitajat kokivat otsikoiden ohjaavan kirjaamista ja järjestelmään kirjaaminen on selkeämpää ja järjestelmällisempää. Tietojen löytyminen on helpompaa kuin ennen ja tiedot löytyvät eri osioista otsikoiden alle kirjattuina. Kirjaaminen on haastateltavien mielestä parantunut ja asioita kirjataan enemmän. (Hartikainen, 2008, 48.) Vaikka tietojen selaaminen järjestelmästä on helppoa hoitajat kokevat tiedon olevan hajallaan ja niiden hakemisen vievän enemmän aikaa. Järjestelmän käyttö raportilla on vajavaista. Vain aktiivisimmat käyttäjät avaavat järjestelmän raportilla. Suullista raportointia pidetään usein ulkomuistista. (Hartikainen, 2008, 49.)

Darmer, Ankensen, Nielsen, Landberger , Lippert ja Egerod (2004) ovat tutkineet Ruotsalaisen VIPS mallin käyttöönoton vaikutuksia hoitajien tietoihin ja asenteisiin hoitotyönkirjaamista kohtaan. Tutkimukseen osallistui kaksi ryhmää. Toinen ryhmä osallistui erityisesti toteutettuun perehdytys ohjelmaan ja toinen kolmen päivän mittaiseen sairaalan normaaliin dokumentointi kurssiin. Tutkimuksen mukaan perehdytysohjelmalla oli positiivinen vaikutus hoitotyön kirjaamiseen ja VIPS malli lisäsi hoitajien ymmärrystä hoitotyön prosessia kohtaan. (Darmer ym. 2004, 325- 332.)

Dahm ja Wahdensten (2008) ovat selvittäneet tutkimuksessaan hoitajien mielipiteitä rakenteisen hoitosuunnitelman käytöstä elektronisessa potilaskertomuksessa, sekä laatu standarteista. Tutkimukseen osallistui kaksi ruotsalaista sairaalaa, joissa rakenteinen hoitosuunnitelma ja laatu standardit olivat käytössä. Valtaosa hoitajista koki standartoidun hoitosuunnitelman antavan mahdollisuuden tarjota kaikille potilaille saman laatuista hoitoa. Laatukriteereiden koettiin takaavan korkealaatuisen hoidonsuunnittelun. Rakenteisen hoitosuunnitelman ei pelätty vaikuttavan potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimatta jättämiseen. Hoitosuunnitelmien koettiin tukevan näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja tekevän hoitotyön näkyväksi. (Dahm, Wahdensten, 2008, 2137-2145.)

8. KEHITTÄMISPROJEKTIN TAVOITTEET

Tämän kehittämisprojektin kehittämistavoitteita olivat tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden parantaminen Someron kotihoidossa, sekä kirjaamisen laadun kehittäminen rakenteisen kirjaamistavan käyttöönotolla ja vahvistamalla henkilöstön hoitotyönkirjaamisen osaamista kirjaamiskoulutuksen avulla.

Hoitosuunnitelman sisältöä ja rakennetta oli tarkoitus kehittää palvelemaan tiedonkulkua ja hoidon jatkuvuutta. Päivittäistä kirjaamisen laatua oli tarkoitus kehittää niin, että lakien kirjaamiselle asettamat vaatimukset täyttyvät, hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa päivittäistä kirjaamista, kirjaaminen on entistä arvioivampaa. Päivittäisessä kirjaamisessa panostetaan muutamaaan hoitotyön ydinalueeseen jotka ovat kotihoidossa keskeisiä. Näitä ovat toimintakyvyn arviointi, haavahoitojen vaikuttavuuden arviointi, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi. Kehittämisprojektin tavoitteisiin pääsyä tuettiin koulutus intervention avulla. Koulutus sisälsi teoreettista tietoa hoitotyönkirjaamisesta sekä käytännön harjoittelua Effica- koulutietokannassa.

Kehittämishankkeeseen liittyvän tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli kuvata hoitotyön päivittäisen kirjaamisen sisältöä Someron kotihoidossa sekä selvittää miten hoitotyön prosessi toteutuu kirjaamismerkintöjen perusteella. Tutkimuksellisen osion tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyön kirjaamista Someron kotihoidossa.

Tutkimustehtäviä olivat:

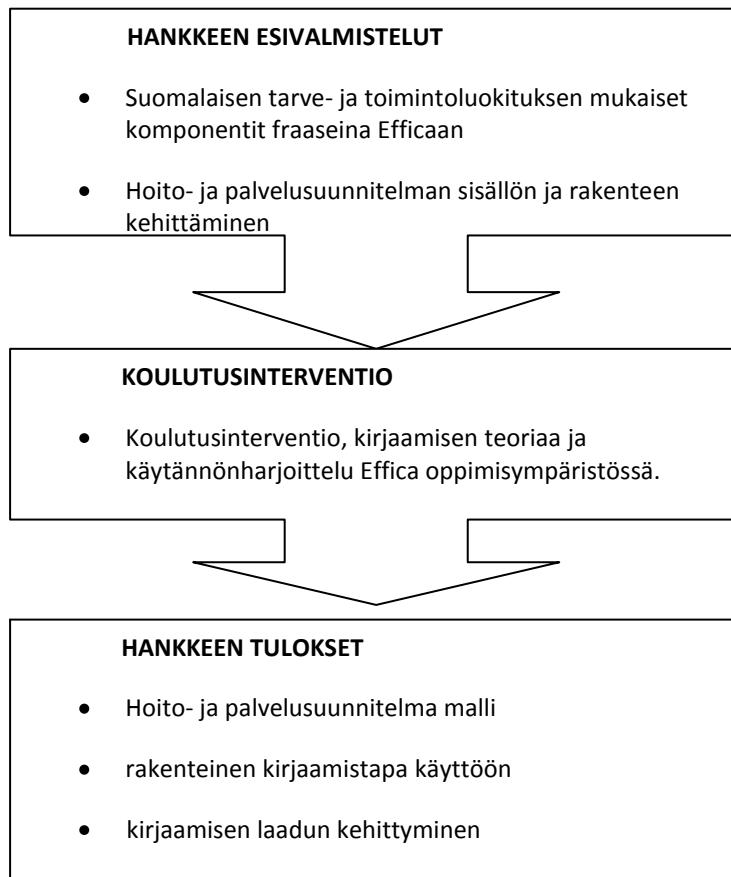
- Millaista on päivittäisen kirjaamisen sisältö Someron kotihoidossa?
- Miten hoitotyön prosessi toteutuu kirjaamismerkintöjen perusteella?

9. KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

9.1 Toteutusmalli

Hankkeen toteuttamista varten perustettiin projektiryhmä johon kuuluivat hankkeen vetäjä, kotihoidon osastonhoitaja, kotihoidon toimistovirkailijat, sekä viiden kotihoidon tiimin tiimivastaavina toimivat sairaanhoitajat. Esivalmisteluina hankkeelle tietohallintopäällikkö loi Efficaan päivittäisen kirjaamisen sivulle ktotsille fraaseina Suomalaisen tarve- ja toimintoluokitusten mukaiset komponentit.

Kotihoito ohjelmaan suunniteltiin hoito- ja palvelusuunnitelmamalli, joka esiteltiin ja projektiryhmälle. Hoito- ja palvelusuunnitelma laadittiin noudattamaan hoitoyön prosessin mukaista rakennetta. Sen sisältöä kehitettiin niin että se on informatiivisempi ja palvelee käytännön työssä. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta näkyy asiakkaan avuntarve, päivittäisten käyntien sisältö, hoitoon osallistuvat tahot, omaisten osallistuminen hoitoon. Hoito- ja palvelusuunnitelma sovittiin otsikoitavan Suomalaisen tarve- ja toimintoluokitusten pääkomponenteilla, jolloin tieto löytyy helpommin ja kirjaaminen yhtenäistyy päivittäisen kirjaamisen kanssa. Hanketta varten suunniteltiin koulutus, jonka avulla oli tarkoitus ohjata henkilöstä rakenteisessa kirjaamisessa sekä hoidon. ja palvelusuunnittelussa.(Kuvio 1.)



Kuvio 1. Hankkeen toteutusmalli

9.2 Koulutusinterventio toteutus

Someron kotihoidon henkilöstölle järjestettiin kirjaamiskoulutusta neljänä iltapäivänä. Kirjaamiskoulutus koostui teoretiedosta sekä käytännön harjoittelusta tietokoneilla Effica oppimisympäristössä. Kirjaamiskoulutus sisälsi kirjaamisen yleiset periaatteet, kirjaamista säätelevät lait ja asetukset, hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen. Lisäksi esiteltiin Suomalaisen tarve- ja toimintoluokituksen mukainen kirjaamisen malli sekä Someron kotihoitoa varten kehitetty hoito- ja palvelusuunnitelma malli ja hoito- ja palvelusuunnitelman prosessi Someron

kotihoidossa. Henkilökuntaa ohjattiin jäsentämään hoitotyön kirjaamista hoitotyön ydintietojen mukaisten otsikoiden avulla sekä Suomalaisen tarve- ja toimintoluokitusten mukaisilla otsikoilla. (Liite 1.)

Koulutusten jälkeen Someron kotihoidossa otettiin käyttöön kesäkuussa 2010 rakenteinen kirjaamismalli Suomalaisen tarve- ja toimintoluokitusten mukaisilla komponenteilla, jotka oli luotu fraaseina khtots sivulle, jolle päivittäinen kirjamainen tehdään.

Elokuussa 2010 Somero otti pilotoimalla käyttöön uuden Effic 4.1 version, jossa Suomalaisen tarve- ja toimintoluokitusten yläotsikoksi tuli valita hoitotyön prosessin mukainen vaihe. Uusi effica versio mahdollisti otsikoiden valitsemisen suoraan kahdesta pudotusvalikosta.

Kirjaamiskoulutusta järjestettiin elokuussa kertauksenomaisena kolmena iltapäivänä, painottaen hoitotyön prosessia kirjaamisessa sekä hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöä ja muotoa Someron kotihoidossa. Koulutusten jälkeen nimettiin kotihoitoon kirjaamisen tukihenkilö. Hänet perehdytettiin syvällisemmin hoito- ja palvelusuunnitelma malliin. Tukihenkilön tehtävänä oli toimia teknisenä neuvonantajana hoito- ja palvelusuunnitelmia päivitettäessä. Syyskuussa 2010 hoito- ja palvelusuunnitelmia alettiin päivittää uuden käytännön mukaan tiimivastaavien johdolla.

9. 3 Aineiston keruu ja analyysi

Tutkimuksellisen osion aineistona käytettiin potilasasiakirjoista saatavaa tietoa. Potilasasiakirjoista saatava tieto valittiin aineistoksi, koska alkuoletuksena oli että hoitotyön prosessi ja Suomalainen tarve ja toimintoluokitus ovat osalle henkilöstöä vieraita, eikä henkilöstö kyselyllä saataisi tarpeeksi materiaalia tutkimuksellisen osioon. Jokaisesta kotihoidon viidestä tiimistä valittiin 10

säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvaa asiakasta per tiimi (n= 50). Valituilla asiakkaila oli vähintään 7-14 käyntiä viikossa, jolloin kirjaamismerkintöjä oletettavasti oli runsaammin. Valittujen asiakkaiden potilaskertomuksista tulostettiin päivittäisen kirjaamisen sivut. Aineisto kerättiin maaliskuulta 2010(n=50) sekä elokuulta 2010(n=50). Tulostettuja potilastietoja käsiteltiin nimettöminä ja ilman henkilöllisyystunnusta. Päivittäisen kirjaamisen sisältöä arvioitiin potilasasiakirjoista saadun tiedon perusteella, jolloin tarkasteltiin aineistoa maaliskuu- ja elokuulta(n=100). Kehittämistyön ja koulutusintervention vaikutusta kirjaamisen sisältöön selvitettiin vertaamalla potilasasiakirjojen päivittäisen kirjaamisen sisältöä maaliskuulta 2010, kuukauden ajanjaksolta ennen hankkeen käynnistymistä, kirjaamiskoulutuksen jälkeisiin merkintöihin elokuulta 2010 (n=100).

Tutkimus toteutettiin laadullisen tutkimuksen tapaan. Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 73.) Laadullisella tutkimuksella ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.)

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällön analyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108.)

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion aineisto analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin tapaan. Tutkimus jossa analyysimenetelmänä käytetään teorialähtöistä sisällönanalyysia, pohjautuu jonkin auktoriteetin teoriaan, ajatteluun tai malliin. (Vilka, 2009, 140.) Teoriaohjaava analyysi etenee aineiston ehdoilla, kuten aineistolähtöinenkin analyysi. Teoriaohjaavassa analyysissa teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina jo ilmiöstä tiedettynä. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 117.) Aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka on käsitejärjestelmä tai teoria. Ensimmäisessä vaiheessa teorialähtöisessä sisällönanalyysissa muodostetaan analyysirunko, jonka sisälle muodostetaan aineistosta luokituksia ja kategorioita induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Analyysirunko voi olla strukturoitu jolloin aineistosta kerätään vain niitä asioita jotka sopivat analyysirunkoon. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 113.)

Tässä tutkimuksessa aineisto luokiteltiin käyttämällä strukturoituna luokitusrunkona hoitotyön prosessin mukaisia luokkia sekä suomalaisen tarve- ja toimintoluokituksen mukaisia luokkia. Pääluokat olivat hoitotyön prosessin mukaiset luokat: Hoitotyön tarve, hoitotyön tavoite, hoitotyötoiminnot ja hoitotyön arviointi. Ylä- ja alaluokkina käytettiin Suomalaisen tarve- ja toimintoluokitusten komponentteja.

Aineistoon perehdyttiin lukemalla aineisto useaan kertaan läpi. Aineiston luokittelu tapahtui kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa aineistosta haettiin ilmaisuja, lauseita tai sanoja, jotka sopivat hoitotyön prosessin mukaisiin luokkiin hoitotyön tarve, hoitotyön tavoite, hoitotyön toiminnot ja hoitotyön arviointi. Ilmaisut kirjattiin alkuperäisinä sellaisenaan soveltuvaan pääluokkaan. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Luokittelun ensimmäinen vaihe

| PÄÄLUOKKA | ALKUPERÄINEN ILMAISU |
|-----------------|---|
| | Märät housut jalassa, vaippa likomärkä. |
| HOITOTYÖN TARVE | Valitti että virtsarakko ihan täys. |
| | Ripuloinut, vatsa kuralla. |
| | |

Toisessa vaiheessa alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ja luokiteltiin Suomalaisen tarve- ja toimintoluokituksen mukaiseen luokitusrunkoon alaluokiksi, pääluokiksi ja komponenteiksi. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Luokittelun toinen vaihe

| HOITOTYÖN TARVE | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------|-------------|
| Alkuperäinen ilmaisu | Alaluokka | Pääluokka | Komponentti |
| Märät housut jalassa, vaippa likomärkä. | Virtsan pidätyskyvyttömyys | Virtsaamiseen liittyvät häiriöt | Erittäminen |
| Valitti että virtsarakko ihan täys. | Virtsaumpi | | |
| Ripuloinut, vatsa kuralla | ripuli | Ulostamiseen liittyvät häiriöt | |
| Valittaa vatsan toimimattomuutta. | Ummetus | | |

Suomalainen tarve – ja toimintoluokitus sellaisenaan ei täysin sovellu kotihoitoon, koska kotihoitotyöhön sisältyy myös muuta kuin suoraan asiakkaaseen kohdistuvaa hoitotyötä työtä, esimerkiksi avustamista kodinhoidossa, asiointissa ja erilaisten etuisuuksien hakemisessa. Nämä toiminnot liitettiin komponenttiin päivittäiset toiminnot. Hoitotyön prosessin mukaiset ilmaisut taulukoitiin Exelin 2007 ohjelman avulla, tarkoituksena selvittää kuinka paljon prosessin kutakin eri vaihetta aineistosta löytyi. Suomalaisen tarve- ja toimintoluokituksen mukaiset ilmaisut luokiteltiin hoitotyön prosessin mukaisiin luokkiin ja Exel 2007 ohjelman avulla tarkasteltiin mitä komponentteja ja kuinka paljon oli kunkin hoitotyön prosessin mukaisen pääluokan alla.

Hoitotyön prosessin toteutumista kirjaamisessa tarkasteltiin tutkimalla esiintyikö kirjaamisessa koko hoitotyönprosessi hoitotyön tarpeen määrytyksestä tavoitteen asettamiseen, hoitotyön toteutuksen kirjaamiseen ja arviointiin asti. prosessin toteutumista tarkasteltiin asiakkaiden (n=100) päivittäisen kirjaamisen sivuilta maaliskuulta ja elokuulta 2010.

10. TULOKSET

10.1 Hoitotyön prosessin toteutuminen Someron kotihoidossa

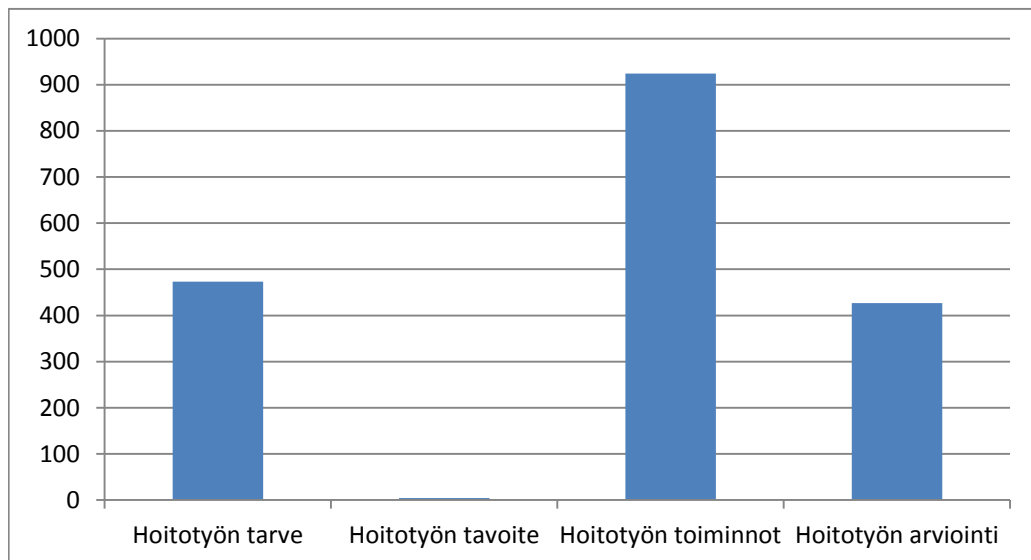
Hoitotyön prosessin mukaisia kirjaamismerkintöjä oli kotihoidon asiakkaan (n=100) päivittäisen kirjaamisen sivuilla maaliskuulta 2010 ja elokuulta 2010 yhteensä 1828 kappaletta. Kotihoidon kirjaaminen Someron kotihoidossa sisälsi hoitotyön tarpeita, Hoitotyön toimintoja, hoitotyön tavoitteita ja hoitotyön

arviointia. Hoitotyön prosessi kokonaisuutena, hoidon tarpeen määrittämisestä hoitotyön tavoitteen asettamiseen, hoitotyön toimintojen valitsemiseen ja hoitotyön arviointiin toteutui vain osittain. Suurin osa merkinnöistä oli yksittäisen hoitotyönprosessin osan kirjaamista. Parhaiten hoitotyönprosessin mukainen kirjaaminen toteutui hoidon tarpeen ja hoitotyön toimintojen kirjaamisena. Eniten kirjaamismerkintöjä oli hoitotyön toiminnoista 924 (47,6%). Hoitotyön tarpeita oli koko aineistosta 473 (29,2%). Hoitotyön arviointi sisälsi 432 (22,8%) merkintää ja hoidon tavoitteita oli kirjattu 4 (0,4%) kertaa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Hoitotyön prosessin toteutuminen

Hoitotyön prosessi maaliskuu ja elokuu 2010

| | | % |
|---------------------|------|------|
| Hoitotyön tarve | 473 | 25,9 |
| Hoitotyön tavoite | 4 | 0,2 |
| Hoitotyön toiminnot | 924 | 50,5 |
| Hoitotyön arviointi | 427 | 23,4 |
| yhteensä | 1828 | |



Kirjaamismerkinnät hoitotyön toiminnoista, joilla asiakkaan hoidon tarpeisiin olisi vastattu, puuttuivat osasta potilasasiakirjoja. Aineistossa oli lueteltu hoitotyön tarpeita, jotka liittyivät kipuihin, lääkkeen oton vaikeuksiin ja liikkumisen ongelmiin. Kirjaaminen oli osittain vain ongelmia kuvailevaa ja toteavaa. Kirjaamismerkinnöistä ei aina näkynyt oliko esimerkiksi kotona selviytymistä vaikeuttaneisiin liikuntakyvyn ongelmiin suunniteltu ratkaisuja esim. apuvälineitä, kodin järjestämistä turvallisemmaksi tai kodin muutostöitä.

”Doseista kaikki lääkkeet ottamatta”

” Ei pääse sängystä ylös ilman apua”

” liikkuu todella kumarassa meinaa kompastua mattoihin.

Parhaiten hoitotyön prosessimaisuus näkyi kirjaamisessa kuitenkin tarpeen asettamisen ja siihen vastaavan hoitotyön toiminnon kirjaamisena. Nämä kirjausmerkinnät koskivat pääasiassa haavahoitoja. Hoitotyön tavoitteen asettamista suhteessa tarpeisiin oli kirjattu vain muutaman kerran. Hoitotyön arviointia kirjaamismerkintöjen mukaan tehtiin asiakaskäyneillä päivittäin asiakkaan voinnin seurannan muodossa. Varsinaista arviointia hoitotyön tavoitteiden saavuttamisen suhteen ei kirjaamismerkinnöistä löytynyt.

”Pinnallinen ihorikko, seurataan ihon kuntoa ja viedään tarvittaessa haavahoitotarvikkeita.”

” vasemman rinnan alunen punoittava, pesty ja laitettu Pevarylia.”

Hoidon suunnitelmallisuus tuli selkeimmin esille kuvauksina potilaan palvelutarpeen arvioinneissa, jolloin palveluja perustellusti muutettiin potilaan voinnin mukaan. Ongelmana kirjaamismerkintöjen mukaan näyttäisi olevan hoidon jatkuvuus ja hoidon vaikuttavuuden systemaattinen seuranta.

Aineistosta löytyy yksittäisiä merkintöjä hoidon suunnittelusta ja seurannasta, mutta suunniteltua seurantaa ei ole jatkettu yhden kirjaajan merkintää pidemmälle, vaikka kirjaamismerkintöjen perusteella eri hoitajien käyntejä on ollut kuukauden aikana useita.

10.2 Hoitotyön kirjaamisen sisältö

Kirjaaminen kotihoidossa on kirjaamismerkintöjen mukaan pääsääntöisesti hoitaja keskeistä ja painottuu hoitotyön tarpeiden ja hoitotyön toimintojen kirjaamiseen. Kirjauksia tehdään jonkin verran minä muodossa, jolloin hoitaja kertoo luettelomaisesti mitä tehtäviä hän on asiakaskäynnillä hoitanut.

”Kävin aamulla, tyhjensin pissaämpäriä ja petasin sängyn.”

”Laitoin ihoteippiä päälle”

”Soitin ambulanssin”

Asiakkaan näkemys voinnistaan on kirjattu potilaan omana kertomuksena. Usein asiakkaan oma kertomus koski yleistä vointia, väsymystä, kipujen kokemista, surun kokemista. Asiakkaan suoranainen oma arvio kotona selviytymisestään, avuntarpeestaan ja toimintakyvystään on kirjaamismerkintöjen mukaan vähäistä. Hoitajan näkemys selviytymisestä oli useimmiten kirjattu ja tämä liittyi usein asiakkaan yleistilan laskuun, jolloin kyseeseen tuli jatkohoidon järjestäminen tai oli kuvausta asiakkaan selviytymisestä sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Asiakkaan ilmauksia kivuista, yleisestä voinnista ja mielialasta on kirjattu kuitenkin paljon. Omaisten tai läheisten mielipide kotona selviytymisestä ilmeni lähinnä huolena selviytymisestä. Kirjattujen tietojenlähde näkyy pääsääntöisesti

kirjaamismerkinnöistä. Merkinnöistä käy ilme onko tieto hoitajan havainnoimaa, asiakkaan itsensä kertomaa, naapurin tai omaisen kertomaa.

”kertoo jalan särkeneen koko yön”

”On tyytyväinen kun saa olla kotona”

”Väsynyt ja valittelee huonoa oloa”

”Kuullut naapurin kuolleen ja on tästä kovin surullinen”

”Tässä kunnossa ei kotona selviä”

”Naapuri kertoo x:n puhuvan todella sekavia”

Perusteluja valituille toiminnoille ovat puutteellisia, mutta löytyvät kuitenkin osittain epäsuorasti kirjaamismerkinnöistä. Palvelujen lisäämistä ja jatkohoitoon toimittamista perustellaan jonkin verran toimintakyvyn heikkenemisellä. Myös haavahoitojen vaihtamisia, kipulääkitykseen liittyviä asioita sekä näytteenottoon liittyviä asioita perustellaan.

”Säären haavan erityis lisääntynyt viime kerrasta. Teippi repii ihoa. Laitettu nyt Sorbact tyyny ja rullalla kiinni josko pysyisi.”

”Sekava, otetaan huomenna PLV”

10.2.1 Hoitotyön tarpeet

Kaikista kirjaamismerkinnöistä hoitotyön tarpeita oli kirjattu 26%. Hoitotyön tarve luokan mukaisia komponentteja olivat aktiviteetti, Erittäminen, Selviytyminen,

nestetasapaino, Terveyskäyttäytyminen, terveystalvelujen käyttö, Lääkehoito, Ravitsemus, hengitys, verenkierto, Aineenvaihdunta, Turvallisuus, Päivittäiset toiminnot, Psykkinen tasapaino, aistitoiminta, Kudoseheys.

Yleisimmät hoitotyön tarpeet, joista oli kirjattu, olivat erittäminen (18%), kudoseheys (18%), psykkinen tasapaino (14%), aktiviteetti (9%) terveystalvettyminen (8%), aistitoiminta (8%). Erittäminen sisälsi ummetukseen, ripuliin, virtsan eritykseen, verenvuotoon, pahoin vointiin liittyviä hoidon tarpeita. Kudoseheys sisälsi merkintöjä ihon eheyden muutoksista, ihon kudovauriosta, ihottumista tai limakalvoeheyden muutoksista. Psykkinen tasapaino sisälsi merkintöjä käyttäytymisen muutoksista, ahdistuneisuudesta, harhaisuudesta, aggressiivisuudesta. Aktiviteetti sisälsi kuvauksia liikkumisen ongelmista sekä väsymykseen ja vireystilaan liittyviä ilmauksia. Terveystalvettyamisen yhteydessä kuvailtiin asiakkaan hoitoon sitoutumattomuutta tai päihtedien väärin käyttöä. Aistitoiminta sisälsi yleisimmin ilmauksia kivuista, jotka liittyivät haavoihin tai tuki- ja liikuntaelinperäisiin kipuihin. Myös kuulon heikkenemisestä oli maininta aistitoimintojen yhteydessä.

” Vatsataive oikealta puolelta punainen ja hautunut”

”Aamulla ei päässyt itse ylös sängystä”

” Valitti aamulla vatsasärkyä”

”Iltakäynnillä ripuloi ja oksensi.”

10.2.2 Hoitotyön tavoite

Hoitotyön tavoitteita koko aineistossa oli mainittu vain neljä kertaa. Koko aineistossa tavoitteita oli 0,4%. Tavoitteita oli ilmaistu otsikoilla

terveyspalvelujen käyttö ja kudoseheys. Terveyspalvelujen käyttö otsikon alle oli tavoitteeksi kirjattu näytteenoton onnistuminen. Kudoseheys otsikon alle oli kirjattu tavoitteeksi haavainfektion paraneminen tai haavan infektoitumisen estäminen.

10.2.3 Hoitotyön toiminnot

Hoitotyön toimintoja oli hoitotyön prosessin vaiheista kirjattu eniten ja kattavimmin. Kaikista merkinnöistä (50,5%) koski hoitotyön toimintoja. Kirjaamisessa käytetyt komponentit olivat aktiviteetti, Erittäminen, aineenvaihdunta, lääkehoito, terveyspalvelujen käyttö, päivittäiset toiminnot, kudoseheys, verenkierto, terveyskäyttäytyminen, nestetasapaino, aistitoiminta, psyykkinen tasapaino, selviytyminen, jatkohoito. Eniten kirjaamisessa käytettiin otsikoita lääkehoito (27%), päivittäiset toiminnot (22%), kudoseheys (16%), terveyspalvelujen käyttö (11%). Hoitotyötoimintoja oli kirjattu osittain luettelomaisesti jolloin kirjaaja dokumentoi tekemäänsä työtä tai suorittamaansa tehtävää.

Lääkehoito sisälsi ilmauksia lääkkeiden jakamisesta ja lääkkeiden antamisesta. Lääkkeitä annettiin suun kautta, emättimeen, per rectum, voiteina, laastareina, pintapuudutteina sekä injektioina. Päivittäiset toiminnot komponentti sisälsi kirjaamismerkintöjä puhtaudesta huolehtimisesta, wc toimintojen turvaamisesta, ruokailun järjestämisestä, liikkumisessa avustamisessa, apuvälineiden järjestämisestä, apuvälineiden käytön ohjauksesta, kodin ulkopuolisessa asiointissa avustamista esim. pankissa ja apteekissa asiointi sekä kodin hoidossa avustamista. Kudoseheys komponentti sisälsi haavahoitoa, haavasidoksen vaihtoa, ihottuman hoitoa, ihon perushoitoa, limakalvojen perushoitoa, silmien hoitoa. Terveyspalvelujen käyttö komponentti sisälsi kirjaamismerkintöjä erilaisten näytteiden otosta, jotka olivat pääasiassa

verinäytteitä ja virtsanäytteitä. Lisäksi luokkaan kuului palvelutapahtuman aikaisen hoidon koordinoitua esim. jalkahoitajan palvelujen järjestämistä asiakkaille.

"Lääkkeet jaettu kahdeksi viikoksi"

"Haava suihkutettu ja laitettu Sorbact"

"Kylvetetty"

"Inr kontrolli"

"Tiskattu tiskit"

10.2.4 Hoitotyön arviointi

Päivittäiseen kirjaamiseen sisältyvä arviointi kuvaa Someron kotihoidossa potilaan voinnissa päivittäin tapahtuvia muutoksia. Arviointia suhteessa asetettuihin tavoitteisiin ei merkinnöistä löytynyt. Kaikista kirjaamismerkinnöistä arviointia oli 24%. Parhaiten potilaan toimintakykyä ja palvelun tarvetta oli arvioitu ja kuvailtu muutamissa hoitotyön yhteenvedoissa. Yhteenvedoja oli tehty asiakkaan lääkärint vastaanotolle menoa varten. Yhteenvedot auttavat lääkäreitä erilaisten lausuntojen tekemisessä potilaan toimintakyvystä esim. C- lausunto eläkkeen saajan hoitotukea varten.

Hoitotyön arviointia oli kirjattu luokilla aktiviteetti erittäminen, kudoseheys, aistitoiminnot, lääkehoito, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, hengitys, selviytyminen, psyykinen tasapaino, ravitsemus, verenkierto, päivittäiset toiminnot. Eniten merkintöjä oli luokista kudoseheys (26%), erityis (20%), päivittäiset toiminnot (15%), psyykinen tasapaino (12%), aktiviteetti (8%) ja

aistitoiminnot (8%). Kudoseheys otsikon alle oli kirjattu arviota haavan vuodosta ja erittämisestä sekä ihon eheyden muutoksesta ja limakalvojen kunnon seurannasta. Eritys komponentti sisälsi virtsan laadun ja määrän seuranta, pahoinvoinnin seuranta. Päivittäiset toiminnot komponentti sisälsi arvioita asiakkaan selviytymisestä liikkumisesta, wc toiminnoista, ruokailusta, peseytymisestä ja hygienian hoidosta. Aktiviteetti sisälsi arviointia asiakkaan liikkumisesta ja väsymyksestä. Psykkinen tasapaino sisälsi asiakkaan mielialan psykkinen tasapainon seurantaan liittyvää arviointia. Kuvaukset koskivat potilaan mielialan ja käytöksen vaihteluita. Aistitoiminnot sisälsivät arviointia potilaan kivuista ja särystä.

”Veristä virtsaa tullut yön aikana 250 ml”

” Alaselässä edelleen ihorikko”

”Oikean jalan sääri tihkutta nestettä edelleen.”

” Kovin väsyneen oloinen.”

”Kävely sujuu reumarollan turvin”

” Muuttunut pikkuhiljaa aggressiivisemmaksi.”

”Jalka särkee kovin edelleen”

11. KOULUTUSINTERVENTION TULOKSELLISUUS

11.1 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen ja kirjaamisen sisältö

Verrattaessa kirjaamismerkintöjä ensimmäisestä otoksesta ennen kirjaamiskoulutusta (maaliskuu 2010) ja toisesta otoksesta koulutuksen jälkeen (elokuu 2010) on kirjaamisessa nähtävissä kehitystä. Kirjaamismerkintöjen määrä oli hieman korkeampi koulutuksen jälkeisessä aineistossa. Kirjaamismerkintöjä oli ensimmäisessä otoksessa 811 ja toisessa otoksessa 1071. Tästä voidaan päätellä kirjaamisaktiivisuuden jonkin verran parantuneen, kun kirjaamista koskevia asioita on tähdennetty koulutuksen avulla.

Hoitotyönprosessin mukaisissa kirjaamismerkintöjen välillä ei ollut huomattavaa eroa eri otoksissa. Ensimmäisessä otoksessa hoitotyön tarpeita oli 29,2% ja tavoitteita 0,4%, toimintoja 47,6% ja arviointia 22,8% aineistosta. Toisessa otoksessa tarpeita oli 23,2%, tavoitteita 0,1%, toimintoja 52,9% ja arviointia 23,8 % aineistosta. (Liite 4.) Tarpeiden ja tavoitteiden osuus toisessa otoksessa oli hieman pienempi kuin ensimmäisessä otoksessa. Hoitotyön toimintojen ja arvioinnin kirjaaminen sen sijaan oli lisääntynyt koulutus intervention jälkeen.

Suurimmat erot kirjaamisessa olivat tarve- ja toimintoluokitusten mukaisten komponenttien käytössä. Tarpeiden määrittelyn osalta psyykkiseen tasapainoon, aistitoimintoihin, terveyskäyttäytymiseen sekä turvallisuuteen liittyvien kirjaamismerkintöjen määrä oli kasvanut. Tavoitteiden asettamisen osalta kirjaamisessa ei näkynyt kehitystä. Hoitotyön toteutuksen kirjaamisessa lääkehoidon, verenkierron, aineenvaihdunnan osalta kirjaaminen oli parantunut. Selkein muutos hoitotyön toteutuksen kirjaamisessa oli päivittäistointimintojen

osalta, joiden kirjaaminen ensimmäiseen otokseen verrattuna oli huomattavasti parantunut. Hoitotyön arviointi oli lisääntynyt päivittäisten toimintojen, psyykkisen tasapainon ja kudoseheyden osalta. Syksyn kirjaamismerkinnöissä löytyy asiakkaan toimintakyvyn ja kotona selviytymisen arviointia jota ei keväisissä merkinnöissä ollut juuri lainkaan. Potilasasiakirjoissa on kuvailtu toimia joista asiakas kykenee suoriutumaan itsenäisesti sekä asiakkaan avun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa. Asiakkaan liikkumista ja sen ongelmia kotona on kuvailtu selkeästi enemmän. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi oli molemmissa kirjaamisotoksissa yhtä heikko, vaikka lääkehoito oli yksi eniten käytetty komponentti hoitotyön toteutusta kirjattaessa.

”Aamukäynnillä omatoiminen, tarvitsi apua vain tukisukkien laitossa.”

”Kävelee rollaattorin avulla hyvin ja pääsee itse hyvin sängystä ylös ja liikkeelle..”

” Itse oli tiskannut tiskit ja yrittää mahdollisimman paljon tehdä itse..”

” pesee itsenäisesti kasvot ja hampaat wc:ssä”

12. POHDINTA

Kotihoidon kirjaamisen sisältöä ja hoitotyön prosessin toteutumista kotihoidossa selvitettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä ja aineistoa analysoitiin deduktiivisen sisällön analyysia mukailen. Kirjaamisen sisältöä tarkasteltiin potilasasiakirjoihin tehtyjen kirjaamismerkintöjen mukaan luokittelemalla ilmaisut hoitotyön prosessin ja Suomalaisen tarve- ja toimintoluokituksen mukaisiin luokkiin. Potilasasiakirjoja käsiteltiin nimettöminä, niin ettei asiakkaiden

henkilöllisyys paljastu. Suoriksi lainauksiksi valittiin usein toistuvia lauseita niin, ettei asiakkaan, eikä myöskään kirjaajan henkilöllisyys niistä paljastu. Tutkimuksellisen osion analyysin jälkeen aineistona käytetyt potilasasiakirjat hävitettiin asianmukaisesti.

Tulosten luotettavuutta heikentää se että kirjaamismerkinnät voidaan tulkita eritavalla lukijasta riippuen. Kirjaamismerkintöjen luokittelu on opinnäytetyön tekijän näkökulma merkintöihin, ja tulos ei ole toistettavissa samanlaisena. Luotettavuutta kuitenkin lisää maaliskuisen ja elokuisen aineiston analyysin tuloksen samansuuntaisuus hoitotyön prosessin toteutumisen ja finnCC komponenttien käytön osalta. Lisäksi analyysin tulosten luotettavuutta parantaa opinnäytetyöntekijän on pitkä työkokemus hoitotyöstä, jolloin hoitotyön prosessia ja kirjaamisen kokonaisuutta on helpompi hahmottaa ja tulkita vajavaistenkin kirjaamismerkintöjen perusteella. Analyysin luotettavuutta pyrittiin esittämään kirjaamismerkinnöistä otettujen suorien lainausten avulla.

Kirjaamisen sisältö Someron kotihoidossa vastaa osittain aikaisempaa tutkimustietoa kirjaamisen sisällöstä. Hoitotyön prosessi toteutui hoidon tarpeiden ja hoitotyötoimintojen kirjaamisen muodossa, mutta kirjaamismerkintöjen mukaan tavoitteen asettaminen hoitotyölle oli puutteellista ja siten myös arviointi suhteessa asetettuihin tavoitteisiin puuttui. Hoitotyön arviointia sen sijaan tehtiin potilaan päivittäisen voinnin seurannan muodossa. Hoitotyön prosessimaisuus kirjaamismerkinnöistä ei säännönmukaisesti tule esiin vaan merkinnät ovat usein yksittäisiä tarpeita tai toimintoja. Hoidon systemaattinen seuranta ja arviointi näyttäisi olevan osittain puutteellista. Kirjaamismerkintöjen perusteella voisi olettaa etteivät asiakkaan tarpeet/ongelmat ja terveydentila ole kirjauksia tehneen hoitajan tiedossa. Kirjaamismerkintöjen perusteella kehittämistarpeeksi nousee asiakkaan hoitotyön prosessin ja kokonaisvaltaisen hoidon hahmottaminen. Mitkä ovat asiakkaan ongelmat tai tarpeet, miten niihin vastataan hoitotyön keinoilla ja

miten keinot ovat auttaneet? Oletettavasti asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaista hahmottamista kotihoidossa vaikeuttaa kiire, jota aiheuttaa henkilöstö resurssien ajoittainen vajavaisuus. Asiakkaan kokonaishoitoon ei ehditä paneutua, jolloin hoito jää helposti vain välttämättömien toimintojen suorittamiseksi. Välttämätöntä olisikin perehtyä ainakin vieraampien asiakkaiden potilaskertomuksiin, ennen kotikäyntiä.

Asiakkaan ollessa tuttu omalle tiimilleen voi tuntua turhalta kirjoittaa itsestään selvyysinä asiakkaasta tiedettyjä asioita. Kirjaamista tehdään myös erilaisiin tiimin sisäistä viestintää helpottaviin viestivihkoihin, jolloin osa tärkeistä tiedoista voi jäädä kirjaamatta potilaskertomukseen. Oletettavasti paljon asioita on myös hoitajien muistin varassa. Hoitotyön tavoitteiden asettaminen ja arviointi voivat myös olla itsestään selviä asioita, joita käytetään päivittäin kirjaamatta niitä potilasasiakirjoihin. Kotihoidossa hoidon tavoitteet tulisi asettaa hoito- ja palvelusuunnitelmiin, jolloin päivittäisen kirjaamisen pitäisi sisältää arviointia suhteessa tavoitteisiin. Tässä tutkimuksellisessa osiossa tarkasteltiin kuitenkin kirjaamista vain päivittäisen kirjaamisen osalta, ei hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöä. Hoitotyön kirjaamisen on myös aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan puutteellista hoitotyön tavoitteiden asettamisen suhteen. (Voutilainen, 2004.; Vaarama & Ylönen, 2006; Törnwall, 2005.)

Someron kotihoidon kirjaamisen perusteella kotihoidon henkilöstön työssä painottuu lääkehoito, päivittäisissä toiminnoissa kuten peseytymisessä, wc toiminnoissa, liikkumisessa ja ruokailussa avustaminen sekä kodinhoitoon ja asiointiin liittyvät tehtävät, haavahoidot ja erilaisten näytteidenotto. Hoitotyön toteutusta olikin kirjattu kattavasti. Kärkkäinen (2005) on todennut tietoa potilaan ohjauksesta kirjaamismerkinnöistä löytyvän vain niukasti. (Kärkkäinen, 2006, 12-14.) Merkinnät potilaan ohjauksesta ja neuvonnasta myös Someron kotihoidossa olivat vähäisiä. Pääasiassa ohjaus näkyi muutamien annettujen hoito-ohjeiden muodossa. Hoito-ohjeita annettiin eritykseen, turvotusten hoitoon ravitsemukseen ja terveyskäyttäytymiseen liittyen. Suuri osa muusta annetusta

ohjauksesta lienee kirjaamatta, sillä oletettavasti kotihoitotyö sisältää ohjausta enemmän kuin asiakirjoista voi päätellä.

Vaarama ja Ylönen (2006) ovat todenneet asiakkaan terveydentilaa ja psykososiaalisia tarpeita kirjattavan kattavasti, mutta asiakkaan kognition, arjen avun tarpeiden ja henkilökohtaisten päivittäistoimintojen osalta on todettu olevan puutteellista. (Vaarama & Ylönen, 2006, 17, 41.) Someron kotihoidossa oli kattavasti arvioitu asiakkaan mielialaa sekä harhaisuutta ja aggressiivisuutta, mutta puutteita oli asiakkaan kognition kirjaamisessa, vaikka oletettavasti suuri osa asiakkaista kärsii muistin heikentymisestä. Päivittäisissä toiminnoissa avustamisen ja avun tarvetta niissä kirjataan kuitenkin Somerolla kohtuullisesti. Myös asiakkaiden terveydellisten ongelmien kuvausta kirjaamismerkinnöistä löytyy paljon.

Kirjaamista vaikeuttaviksi seikoiksi kotihoidossa on todettu puutteellinen osaaminen, ajan puute, tietokoneiden riittämätön määrä sekä työtiloihin liittyvät häiriötekijät. Tietokoneiden vähäisyyden lisäksi kirjaamisen on todettu ruuhkautuvan iltapäiviin. Epätasaista kuormitusta on ollut vaikea ratkaista, koska asiakaskäynnit on ajoitettava asiakkaan tarpeiden mukaan. (Haapakorpi & Haapola, 2008.) Myös Someron kotihoidossa kirjaamista vaikeuttaa riittämätön tietokoneiden määrä sekä työtilojen puutteellisuus. Lisäksi osalta henkilöstöä puuttuu hoitotyön koulutus, jolloin kirjaamiskäytäntöjen ja hoitotyön prosessin tuntemattomuus vaikeuttaa hoitoyön kokonaisuuden kirjaamista.

13. KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli kehittää hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöä ja rakennetta palvelemaan tiedonkulkua ja hoidon jatkuvuutta. Päivittäistä kirjaamisen laatua oli tarkoitus kehittää niin, että lakien kirjaamiselle asettamat vaatimukset täyttyvät, hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa päivittäistä kirjaamista, kirjaaminen on entistä arvioivampaa. Kirjaamisen laatua pyrittiin kehittämään ottamalla käyttöön hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli. Päivittäisessä kirjaamisessa oli tarkoitus panostaa muutamaan hoitotyön ydinalueeseen, jotka ovat kotihoidossa keskeisiä. Näitä ovat toimintakyvyn arviointi, haavahoitojen vaikuttavuuden arviointi, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi. Kehittämiprojektin tuloksena syntyi hoito- ja palvelusuunnitelmasta malli, jossa suunnitelman sisältö on rakenteistettu finnCC komponenteilla. Kotihoito-ohjelmassa oleva pohja mahdollisti suunnitelman laatimisen hoitotyön prosessin mukaisesti. Hoitosuunnitelman rakenteistaminen finnCC komponenteilla nähtiin järkeväksi, koska päivittäisen kirjaamisen sivukin rakenteistettiin. Hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö muokattiin yhdessä projektiryhmän kanssa sellaiseksi että se palvelee myös käytännön työtä ja kotihoidon yhteistyö kumppaneiden, kuten terveyskeskusosastojen on helppo löytää jatkohoidon suunnittelun kannalta oleellinen tieto asiakkaan saamista palveluista. Suunnitelma on tarkoitus viedä jatkossa asiakkaan kotiin, jolloin myös vieraamat työntekijät voivat tarvittaessa tarkistaa asiakkaan avuntarpeen käynneillään.

Kehittämiprojektiin liittyvän kirjaamiskoulutusintervention jälkeen siirryttiin Someron kotihoidossa kesäkuussa 2010 systemaattiseen kirjaamismalliin, jossa päivittäisen kirjaamisen sivulle ktotsille luotiin Suomalaisen tarve- ja toimintoluokitusten mukaiset otsikot. Elokuussa 2010 Somero pilotoi Effic 4.1 version, jossa pudotusvalikosta valitaan yläotsikoksi hoitotyön prosessin

mukainen otsikko ja alaotsikoksi Suomalaisen tarve- ja toimintoluokituksen mukainen otsikko. Lisäksi kirjaamista täydennetään vapaalla tekstillä. Oletettavasti koulutusinterventio auttoi kotihoidon henkilöstöä omaksumaan uuden kirjaamistavan helpommin, kun otsikoita oli jo fraaseina ehditty käyttää jonkin aikaa ennen Effic-pilotointia, jolloin niiden sisältö oli tutumpaa.

Jatkossakin Someron kotihoidossa tulee olemaan haasteena hoito- ja palvelusuunnitelmien asianmukainen laatiminen ja ajan tasalla pitäminen. Laadukkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen on aikaa vievää, joten työn organisointi ja henkilöstö resurssit asettavat omat rajoituksensa työyhteisössä. Nähtäväksi jää juurtuuko hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen säännölliseksi toiminnaksi vai palataanko lähtöpisteeseen. Asianmukaisesti laadittuna ja käytettynä hoitosuunnitelma myös säästää henkilöstön aikaa ja järkeistää työtä. Kirjaamismerkintöjen mukaan kehittämistarpeita näyttäisi kotihoidossa olevan hoidon jatkuvuudessa. Moniammatillisesti tiimissä tehty hoitosuunnitelma yhtenäistää myös asiakkaan hoitotyön prosessin mukaista hoitoa. Koko tiimillä pitää olla tiedossa hoidon tarpeet ja tavoitteet sekä keinot joilla niihin pyritään, unohtamatta säännöllistä tavoitelähtöistä arviointia. Kehittämiprojektin tuloksia olisi hyvä mitata tulevaisuudessa esim. ajantasaisten hoito- ja palvelusuunnitelmien määrällä. Jatkossa kehittämiprojektina kotihoidossa voisi olla hoito- ja palvelusuunnitelma prosessin kuvaaminen ja juurruttaminen Someron kotihoitoon. Kirjaamiskoulutus säännöllisesti henkilöstön osaamisen ylläpitämiseksi ja uuden henkilöstön perehdyttämiseksi olisi jatkossa tärkeää.

Kehittämiprojektin toteutuksen mahdollistivat tietohallintopäällikkö, joka loi Fraaseina FinnCC komponentit Effican ja oli neuvonantajana teknisissä asioissa. Mentori mahdollisti toiminnallaan kirjaamiskoulutusten onnistumiset, auttoi käytännön järjestelyissä, toimi Effic- ja kotihoito-ohjelman teknisenä asiantuntijana sekä oli tukena ja kehittämistyössä.

LÄHTEET:

Dahm, MF; Wahdensten, B. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records a questionnaire study. *Journal of clinical nursing*. 2008, 17(16)

Darmer, M., Ankersen, L., Nielsen, B., Landberg, G., Lippert, E., Egerod, I., 2004. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian journal of caring science*. 2004; 18; 325-332.

FINLEX: Laki potilastietojen sähköisestä käsittelystä Viitattu 15.3.2011
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Ehrenberg, A., Ehnfors, M., 2001. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of caring science*. 2001; 15.

Ensio, A. 1999. Hoitotyön kirjallisuus suunnitelman sisältö. Teoksessa Hallila L. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-paino Oy. Tampere.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila L. (Toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila, L. (Toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Hartikainen, T., 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomus järjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden- ja taloudenlaitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto.

Haapakorpi, A & Haapola, I. Työnorganisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys. 35/2008 <http://www.tem.fi/files/21000/TEM35.pdf>. viitattu 14.3.2011.

Heinola, R. 2007. Palvelujen dokumentointi. Asiakaslähtöinen kotihoito. Teoksessa Heinola, R. (Toim.) Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes, oppaita 70. Vaajakoski.

Hokinmaa-Salmi, A. 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana. Pro gradu. Tampereen yliopisto.

Häyrinen, K.; Komulainen, J., Porrasmäe, J. & Hartikainen, K. 2004. Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Loppuraportti 2004. 3.2.2004.<http://sty.stakes.fi/>, viitattu 28.1.2009

Kuusio, K. 2008. Hoitotyön Elektroninen kirjaaminen ja päätöksenteko- Retrospektiivinen asiakirja-analyysi perusterveydenhuollon näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto hoitotieteenlaitos.

Kärkkäinen, O. 2006. Hoitamisen ja hoitotyön kirjaamisen sisältö. Pro terveys 2006.nro 1.s. 12-14. Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry:n lehti.

Laine, E - K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Yhteiskunta tieteellinen. tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Terveystieteiden opettajakoulutus.

Lauri, S. & Salanterä, S. 2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. Hoitotiede 14(4), 158-166.

Lehti, T, Lauri, S. & Salovaara, H. 2000. Hoitotyön kirjaaminen. Seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja.A:31 2000.

Liljamo, P., Kaakinen, P & Ensio, A. 2008. Opas FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopion yliopisto.

Nykänen ,P., Viitanen, J.& Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen Yliopisto.

Päivärinta; P.; Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes. Oppaita 52. Gummerus kirjapaino, Oy jyvaskylä. Saatavilla:<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao>. Viitattu 14.3.2011.

Remes, K-M. 2006. Rakenteisesti kirjattu tieto hoitopalautteissa. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja talouden laitos

Saranto, K.; Ensio A.; Tanttu K.; Sonninen A., 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY oppimateriaalit Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö muistio: Kanta e- arkiston vaiheistussuunnitelma. saatavissa:<https://www.kanta.fi/c/document>. viitattu 14.3.2011.

STM. 2001. Opas potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. (oppaita 2001:3) saatavissa:<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/opas>. Viitattu 2.2.2009

STM 2007. Opas. Ydintietojen, otsikoiden, näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2. 31.12.07.

Tanttu, K. & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa: Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2007. WSOY oppimateriaalit. Oy 2007.

Törnvall, E.; Wilhelmsson, S.; Wahren, K. 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. Scandinavian journal of nursing science. 2004; 18.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä 2009.

Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen. Hoitotieteen laitos.

Virtanen, K. 2008. Kirjaamisen sisältö hoito - ja palvelusuunnitelmissa vanhusten palvelukeskuksessa. Pro gradu - tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. 2008.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 142. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi 2004.

VSSHP, 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. 1.5.05-31.5.08. (HoiDoK-hanke.) Loppuraportti Osa 1. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/> viitattu 29.1.2009.

LIITE 1 Taulukko 1. FinCC -luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset (Liljamo, kaakinen & Ensio, 2008)

| KOMPONENTTI | Komponentin sisällön yleiskuvaus |
|---------------------------------|---|
| Aktiviteetti | Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset |
| Erittäminen | Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät |
| Selviytyminen | Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät |
| Nestetasapaino | Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät |
| Terveyskäyttäytyminen | Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät |
| Terveyspalvelujen käyttö | Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät |
| Lääkehoito | Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät |
| Ravitsemus | Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät |
| Hengitys | Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät |
| Kanssakäyminen | Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät |
| Turvallisuus | Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit |
| Päivittäiset toiminnot | Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät |
| Psyykkinen tasapaino | Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät |
| Aistitoiminta | Aistien toimintaan liittyvät osatekijät |
| Kudoseheys | Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät |
| Jatkohoito | Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät |
| Verenkierto | Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät |

| | |
|------------------------|---|
| | |
| Aineenvaihdunta | Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät |
| Elämänsaari | Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät |

LIITE 2. Kirjaamiskoulutuksen sisältö

Kirjaamisen sisältö

- Potilasasiakirjat ja niiden tehtävät
- Kirjaamisoikeus
- potilasasiakirjojen sisältö lakien määrittelemänä
- Hoitotahto potilas-laite ja lääkevahingot
- tietojen luovuttaminen

Hoidon – ja palvelusuunnittelu

- Hoito- ja palvelusuunnitelma
- Hoitotyön prosessi osana hoidon- ja palvelusuunnittelua.
- Hoito- ja palvelusuunnitelma Someron kotihoidossa
- Hoito- ja palvelusuunnitelmaprosessi Someron kotihoidossa.

Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli

- Hoitotyönprosessin mukaiset otsikot
- Suomalainen tarve- ja toimintoluokitus
- Suomalaisen tarve- ja toimintoluokituksen otsikoiden sisältö

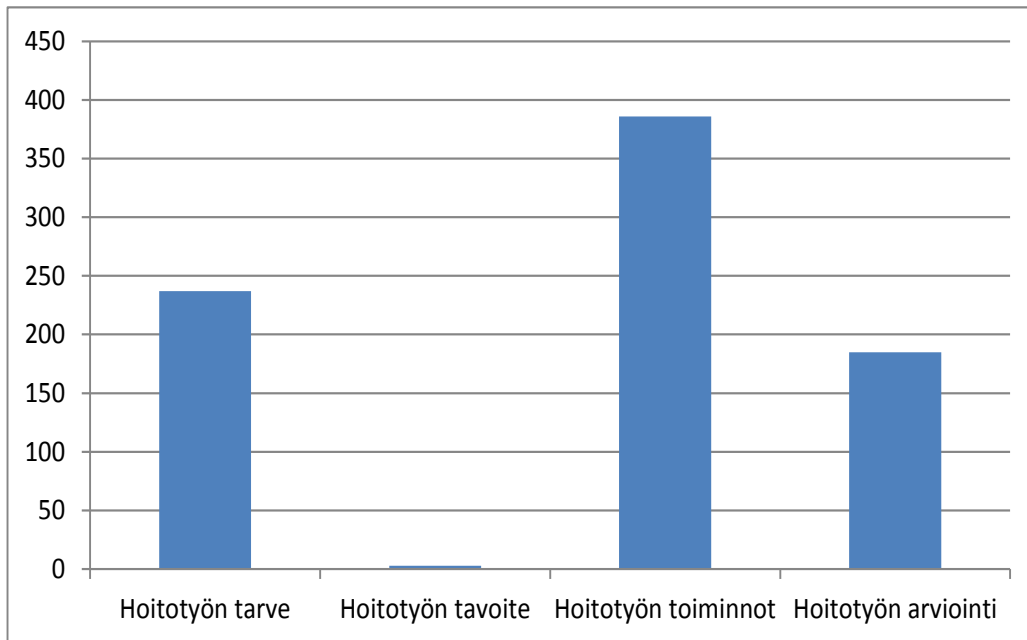
LIITE 3. finnCC luokitusten komponentit hoitotyön prosessissa maaliskuu ja elokuu 2010.

| FinCC luokitus komponentit | Hoitotyön tarve | % | Hoitotyön tavoite | % | Hoitotyön toiminnot | % | Hoitotyön arviointi | % |
|-----------------------------|--------------------|------|----------------------|----|------------------------|------|------------------------|------|
| AKTIVITEETTI | 43 | 9,1 | | 0 | 8 | 0,9 | 36 | 8,4 |
| ERITTÄMINEN | 86 | 18,2 | | 0 | 27 | 2,9 | 86 | 20,1 |
| SELVIYTYMINEN | 4 | 0,8 | | 0 | 2 | 0,2 | | 0,0 |
| NESTETASAPAINO | 8 | 1,7 | | 0 | 15 | 1,6 | 15 | 3,5 |
| TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN | 39 | 8,2 | | 0 | 4 | 0,4 | | 0,0 |
| TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ | 4 | 0,8 | 1 | 25 | 101 | 10,9 | 2 | 0,5 |
| LÄÄKEHOITO | 24 | 5,1 | | 0 | 248 | 26,8 | 5 | 1,2 |
| RAVITSEMUS | 13 | 2,7 | | 0 | 7 | 0,8 | 14 | 3,3 |
| HENGITYS | 7 | 1,5 | | 0 | 2 | 0,2 | 4 | 0,9 |
| VERENKIERTO | 4 | 0,8 | | 0 | 52 | 5,6 | 2 | 0,5 |
| AINEENVAIHDUNTA | 15 | 3,2 | | 0 | 42 | 4,5 | 1 | 0,2 |
| KANSSAKÄYMINEN | 4 | 0,8 | | 0 | | 0,0 | | 0,0 |
| TURVALLISUUS | 23 | 4,9 | | 0 | 1 | 0,1 | | 0,0 |
| PÄIVITTÄISET TOIMINNOT | 7 | 1,5 | | 0 | 205 | 22,2 | 63 | 14,8 |
| PSYYKKINEN TASAPAINO | 65 | 13,7 | | 0 | 5 | 0,5 | 53 | 12,4 |
| AISTITOIMINNOT | 38 | 8,0 | | 0 | 8 | 0,9 | 34 | 8,0 |
| KUDOSEHEYS | 86 | 18,2 | 3 | 75 | 147 | 15,9 | 112 | 26,2 |
| JATKOHOITO | 3 | 0,6 | | 0 | 53 | 5,7 | | 0,0 |
| ELÄMÄNKAARI | | 0,0 | | 0 | | 0,0 | | 0,0 |
| yhteensä | 473 | | 4 | | 924 | | 427 | |

LIITE 4. Hoitotyön prosessin toteutuminen maaliskuu 2010

Hoitotyön prosessi maaliskuu 2010

| | | % |
|---------------------|-----|------|
| Hoitotyön tarve | 237 | 29,2 |
| Hoitotyön tavoite | 3 | 0,4 |
| Hoitotyön toiminnot | 386 | 47,6 |
| Hoitotyön arviointi | 185 | 22,8 |
| yhteensä | 811 | |



LIITE 5. Hoitotyön prosessin toteutuminen elokuu 2010

Hoitotyön prosessi elokuu 2010

| | | % |
|---------------------|------|------|
| Hoitotyön tarve | 236 | 23,2 |
| Hoitotyön tavoite | 1 | 0,1 |
| Hoitotyön toiminnot | 538 | 52,9 |
| Hoitotyön arviointi | 242 | 23,8 |
| yhteensä | 1017 | |

