

**Anne Halkola & Cecilia Nykvist**

**HOITAJIEN KOKEMUKSIA LAADUKKAASTA  
HOITOTYÖN KIRJAAMISESTA VANHUSTEN  
PALVELUTALOSSA**

**Opinnäytetyö  
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Syyskuu 2014**

**TIIVISTELMÄ**

<b>Yksikkö</b> Kokkola-Pietarsaari	<b>Aika</b> Syyskuu 2014	<b>Tekijä/tekijät</b> Anne Halkola Cecilia Nykvist
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> HOITAJIEN KOKEMUKSIA LAADUKKAASTA HOITOTYÖN KIRJAAMISESTA VANHUSTEN PALVELUTALOSSA		
<b>Työn ohjaaja</b> Anne Prest		<b>Sivumäärä</b> 32 + 8
<b>Työelämäohjaaja</b> Tarja Oikarinen-Nybacka		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta palvelutalossa. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuloksia pystytään hyödyntämään kehittämään kirjaamista yhä laadukkaammaksi JYTA-alueella.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa. Aineiston keruumenetelmä oli teemahaastattelu, jonka toteutimme JYTA-alueen palvelutalossa haastatellen viittä hoitajaa. Sisällön analysoimme induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Aineisto kerättiin toukokuussa 2014.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksien mukaan hoitajat kokivat hoitotyön laadukkaaksi kirjaamiseksi jatkuvan kokonaisvaltaisen kirjaamisen, joka koostui kirjaamisen kriteereistä ja terveydentilan muutosten kirjaamisesta. Hoitajat kokivat kirjaamisen olevan monimuotoista, joka sisältää kirjaamisen toimivuuden ja kirjaamisen haasteet. Kirjaamisen toimivuudeksi luokiteltiin yhteistyö, päivittäinen kirjaus ja vahvat osaamisalueet. Kirjaamisen haasteet sisälsivät kirjaamisen ongelmat, kuten kirjaamisalustan käyttöoikeudet ja yksilölliset erot. Hoitajien mielestä hoitotyön kirjaamista voidaan kehittää yhä laadukkaammaksi kehitystarpeiden tunnistamisen kautta. Kehitystarpeiden tunnistaminen sisälsi resurssit ja käyttöjärjestelmään liittyvät kehitystarpeet.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyön kirjaamista yhä laadukkaammaksi JYTA-alueen palveluasumisessa.</p>		

**Asiasanat**

hoitajat, hoitotyö, laadukas kirjaaminen, palveluasuminen, palvelutalo

## ABSTRACT

<b>Unit</b> Unit of Kokkola-Pietarsaari	<b>Date</b> September 2014	<b>Author/s</b> Anne Halkola Cecilia Nykvist
<b>Degree programme</b> Nursing Degree Programme		
<b>Name of thesis</b> NURSES' EXPERIENCES OF HIGH-QUALITY NURSING RECORDINGS IN AN ELDERLY HOME		
<b>Instructor</b> Anne Prest		<b>Pages</b> 32 + 8
<b>Supervisor</b> Tarja Oikarinen-Nybacka		
<p>The purpose of this thesis was to describe nurses' experiences of high-quality nursing recordings in an elderly home. The goal of this thesis was that the results could be exploited for developing nursing recordings to be even more high-quality in the district of JYTA.</p> <p>In this thesis a qualitative research method was used. The information was gathered with a themed interview, which was carried out at an elderly home in the district of JYTA by interviewing five nurses. The information was analyzed using inductive content analysis. The information was gathered during May 2014.</p> <p>Results of this thesis indicated that nurses experienced high-quality recording to be constant comprehensive recording which contained the criteria of recording and recordings of changes in the state of one's health. Nurses experienced that recordings are diverse, which included the functionality and challenges of recordings. Co-operation, daily recording and strong competency were categorized as the functionality of recordings. The challenges included the problems in recordings which consisted of the user rights for the recording system and individual differences. Nurses thought that high-quality recording can be developed to be even more qualified by recognizing the need of improvement. The recognition of improvement needs consisted of resources and the operating systems improvements.</p> <p>The results of this thesis can be exploited for developing nursing recordings to be even more high-quality at elderly homes in the district of JYTA.</p>		

### Key words

Nurses', Nursing, high-quality recording, home care, elderly home

**TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT  
SISÄLLYS**

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>HOITOTYÖN KIRJAAMINEN</b>	<b>3</b>
2.1	Lait ja suositukset ohjaamassa hoitotyön kirjaamista	3
2.2	Laadukas hoitotyön kirjaaminen	6
2.3	Hoito – ja palvelusuunnitelma	10
<b>3</b>	<b>VANHUSTEN PALVELUASUMINEN</b>	<b>12</b>
3.1	Lait ja suositukset palveluasumisessa	12
3.2	Palveluasuminen JYTA-alueella	13
<b>4</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS</b>	<b>15</b>
5.1	Toimintaympäristö ja kohderyhmä	15
5.2	Lähestymistapa ja tutkimusmenetelmä	15
5.3	Aineistonkeruu	16
5.4	Sisällönanalyysi	17
<b>6</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TULOKSET</b>	<b>19</b>
6.1	Hoitajien kokemuksia laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta palvelutalossa	19
6.2	Hoitajien kokemuksia laadukkaan hoitotyön kirjaamisen toteutumisesta palvelutalossa	20
6.3	Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen yhä laadukkaammaksi palvelutalossa	21
<b>7</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS</b>	<b>23</b>
7.1	Luotettavuus	23
7.2	Eettisyys	24
<b>8</b>	<b>POHDINTA</b>	<b>26</b>
8.1	Opinnäytetyön prosessi	26
8.2	Jatkotutkimusaiheita	28

<b>8.3</b>	<b>Opinnäytetyön tulosten soveltaminen käytäntöön</b>	<b>28</b>
<b>8.4</b>	<b>Johtopäätökset</b>	<b>29</b>

**LÄHTEET**

**LIITTEET**

## 1 JOHDANTO

Asiakaslähtöinen kirjaaminen on olennainen osa asiakkaan laadukasta kokonaisvaltaista hoitotyötä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa hoitajia merkitsemään potilasasiakirjoihin kaikki tarpeelliset tiedot potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi.

Sähköinen kirjaaminen on yhä enemmän asianmukaista ja laadukasta hoitotyön kirjaamista. Sähköinen kirjaaminen parantaa asiakkaan, että hoitajan oikeusturvaa, sillä paperiversioon nähden tietojen käyttöä voidaan paremmin seurata, ja tiedon käyttäjien, kuten hoitohenkilökunnan yhteisen käsitteistön ymmärtäminen, jättää vähemmän tulkinnan varaan.

Laadukasta kirjaamista ja hoitosuhteen jatkuvuutta ohjaa hoito- ja palvelusuunnitelmaan määritellyt tavoitteet, hoitotyön toteutuksen suunnittelu ja hoidon säännöllinen arviointi. Ajantasainen ja huolellisesti laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma on perusta laadukkaalle hoitotyön kirjaamiselle. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 14.)

Hoitotyön kirjaamisen toteutumista ovat tutkineet muun muassa pro gradu tutkielmissaan Leino (2004) ja Virtanen (2008). Leinon (2004) mukaan yli puolet hoitajista koki kirjaaneensa kiitettävällä tasolla potilaiden ja omaisten ajatuksia, sekä tuntemuksia hoidosta. Leino koki tutkimustulostensa olevan ristiriidassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa, joissa on käynyt ilmi, että kirjaamiset ovat olleet erittäin puutteellisia ja muodostuneet enemmän hoitajien omista mielipiteistä ja työtehtävistä. Kiireen keskellä kirjaaminen muuttuu helposti hoitajan työlistaksi ja potilaan kokemukset eivät näy kirjaamisessa. Virtanen (2008) pro gradu tutkielmassa hoitotyön kirjaamisesta palvelukeskuksissa selvisi, että kirjaamisen suhde hoito- ja palvelusuunnitelmiin on enemmänkin laadultaan hyvän ja kohtalaisen väliltä. Hänen mielestään kirjaamista tulisi kehittää niin, että vanhuksen mielipiteitä otettaisiin huomioon enemmän. Näin voitaisiin turvata laadukas hoitotyö.

Hoitotyön kirjaaminen on jo pitkään kiinnostanut meitä molempia, koska se muuttuu jatkuvasti ja näin siitä löytyy edelleen kehitettävää. Erityisesti kirjaamisen yhtenäisyys, resurssit ja asiakaslähtöisyys vaativat vielä kehittämistä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteis-

työssä yhden palvelutalon vanhustyön osastonhoitajan kanssa JYTA alueella. Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat hoitajat, hoitotyö, laadukas kirjaaminen, palveluasuminen ja palvelutalo. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta palvelutalossa. Tavoitteena on, että opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää kehittämään kirjaamista yhä laadukkaammaksi JYTA-alueella.

## 2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

### 2.1 Lait ja suositukset ohjaamassa hoitotyön kirjaamista

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan hoitotyön ammattilaisen tekemää potilaan suunnitelmasta ja toteutetusta hoidosta tehtyä asiakirjaa, jonka tarkoituksena on turvata hyvä hoidon jatkuvuus ja toteutuminen. (Virtanen 2008, 11.) Hoitotyön kirjaamisessa on huomioitava hoitoalan eettiset velvoitteet, jotka omalta osaltaan yhdessä lainsäädännön kanssa ohjaavat vahvasti kirjaamista ja ovat samalla osa potilasturvallisuuden ylläpitoa. Kirjaajan tulee itse miettiä kriittisesti, mitä hän voi kirjoittaa. Ei tule myöskään unohtaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation arvofilosofiaa, jossa periaatteena on myös potilaskeskeisyys, jonka tulisi näkyä kirjaamisessa. (Hallila 2005, 23–29.) Kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoituksena on luoda asiakkaalle joustava, saumaton, yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltu palvelukokonaisuus. (Päivärinta & Haverinen 2005, 5.)

Palvelukodissa, jossa toteutimme opinnäytetyötämme, on käytössä sähköinen kirjaamisjärjestelmä Effica. Sähköinen kirjaaminen on syrjäyttänyt manuaalisen kirjaamisen, sillä se parantaa potilasturvallisuutta, hoidon laatua, sekä mahdollistaa tilastoinnin ja toiminnan seurannan. Valtioneuvosto teki periaatepäätöksen 11.4.2002, että valtakunnallisesti otetaan käyttöön sähköinen sairauskertomus vuoden 2007 loppuun mennessä niin yksityisellä kuin julkisella sektorilla. Valtakunnallinen tietojärjestelmäpalvelu tuli käyttöön julkisissa terveydenhuollon yksiköissä 1.9.2014 ja yksityisen terveydenhuollon puolella tulee käyttöön 1.9.2015. Tavoitteena on valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen ja sähköinen potilaskertomus. Esimerkkejä sähköisistä hoitotietojärjestelmistä ovat muun muassa Effica, Pegasos, Doctorex ja Abilita. Hoitotyön sähköiseen kirjaamiseen rakenteellisuutta tuo hoitotyönprosessin vaiheiden kirjaaminen ja FinCC-luokituskokonaisuuden (Finnish Care Classification) hyödyntäminen. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 1.2.2007/159; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10; Hallila 2005, 51–54.)

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat lait ja säädökset. Näitä ovat muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), henkilötietolaki (2/1999), laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveysterve-



luista (980/2012), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), potilasvahinkolaki (585/1986) sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), hallintolaki (434/2003) ja arkistolaki (831/1994).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) eli potilasasiakirja-asetuksessa määritellään potilasasiakirjoiksi potilaskertomuksen lisäksi kaikki potilaaseen liittyvät potilastiedot, potilaan hoitoa varten saadut tai syntyneet asiakirjat, lääkärin lausunnot, lähetteet, laboratorioasiakirjat, röntgenasiakirjat, konsultaatiot, tutkimuksen ja/tai hoidon perusteella annetut todistukset tai lausunnot ja kuolemansyyntutkimukseen liittyvät tiedot ja asiakirjat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298, 2§; Lehtovirta & Vuokko 2014, 26.)

Henkilötietolain mukaan henkilötiedolla tarkoitetaan kaikenlaista luonnollista henkilöä tai hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perheenjäseniään koskeviksi. Henkilötietojen käsittelyä ohjaa huolellisuusvelvoite ja käyttötarkoitussidonnaisuus. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilötietojen käyttäjällä, rekisterinpitäjällä, tulee olla asiallisesti perusteltu syy henkilötietojen käsittelyyn. Käsittelyn yleisinä edellytyksinä pidetään rekisteröidyn antama suostumus tai tässä tapauksessa hoitosuhde. Rekisterinpitäjän tulee käsitellä henkilötietoja laillisesti, noudattaa erityistä huolellisuutta ja hyvää käsittelytapaa sekä toimia muutoinkin niin, ettei loukkaa tai väärinkäytä asemaansa. (Henkilötietolaki 22.4.1999/523.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista astui voimaan 1.7.2013. Tämän lain tarkoituksena on muun muassa tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Lain avulla ikääntynyt voi saada yksilöllisten tarpeidensa mukaista hoivaa ajoissa ja se vahvistaa hänen mahdollisuutta vaikuttaa omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.)

Säännökset ja vaatimukset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä ovat määritelty laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä

käsittelystä (159/2007). Laki tunnetaan myös nimellä asiakastietolaki. Asiakastietolain mukaan on laadittu valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut terveydenhuollon potilastietojen säilyttämistä, luovuttamista ja arkistoinnista varten. Valtakunnalliset toimijat näissä tietojärjestelmäpalveluiden tuottamisessa ovat Kela, Väestönrekisterikeskus, STM, THL ja Valvira. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159; Lehtovirta & Vuokko 2014, 16.)

Terveydenhuoltolain myötä mahdollistui yhteinen potilastietorekisteri, jota ennen potilasasiakirjat olivat vain sairaalakohtaisia. Tarkoitus on luoda saman sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle yhteinen potilastietorekisteri, jolloin potilasta hoitava terveydenhuollon toimintayksikkö saa käyttää yhteisessä potilastietorekisterissä olevia toisen toimintayksikön tietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. Nykyisin on käytössä Kansallinen Terveysarkisto KanTa, joka otettiin käyttöön vuonna 2013. KanTa toimii internetissä ja sieltä voivat kansalaiset itse tutkia omia sähköisiä reseptejään reseptikeskuksesta ja tarkastella terveystietojaan Omakanta-palvelun avulla. Lisäksi Omakannan kautta voi tarkastella, missä yksiköissä omia terveystietoja on katsottu ja käsitelty. Myös elinluovutusta koskeva tahdonilmaisu tai hoitotahto on mahdollista toimittaa terveydenhuollon palveluntarjoajien tietouteen Omakannan avulla. Terveydenhuollon ammattihenkilöille KanTa-palveluissa on Tiedonhallintapalvelu, josta he voivat saada tietoonsa potilaan keskeiset terveystiedot, hänen tahtonsa hoidon suhteen, sekä hänen määrittelemät oikeudet tai rajoitukset omien potilastietojen luovutukseen. KanTa palveluiden taustalla ovat laki sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Kansallinen Terveysarkisto 2014; Lehtovirta & Vuokko 2014, 15, 17.)

Valtakunnallinen tietojärjestelmäpalvelu otetaan käyttöön vaiheittain, josta olemme kertoneet aiemmin sivulla kolme.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mainitaan potilaan oikeudet hyvään terveyden – ja sairaanhoitoon. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista mainitaan laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Molemmat edellä mainitut lait pitävät sisällään asiakkaan ja potilaan yksilölliseen kohteluun liittyviä asioita. Tämä tarkoittaa sitä, että huomioidaan esimerkiksi asiakkaan tai potilaan uskonto ja sen asettamat vaatimukset tai rajoitukset hoidossa. Heidän vakaumustaan ja ihmisarvoaan tulee

kunnioittaa, vaikka hoitajalla olisi erilaiset uskomukset ja vakaumukset kuin potilaalla itsellään. Heillä on myös oikeus saada hoitoa äidinkieltä mukaisesti erityisesti suomeksi tai ruotsiksi. Jos heillä ei ole yhteistä selkeää kieltä, jolla kommunikoida, on asiakkaalla tai potilaalla oikeus saada tulkki. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) tarkoituksena on myös ”edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa”. Hänelle tulee myös selvittää hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sosiaalihuollon asiakkaana. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.)

Potilasvahinkolaki (585/1986) huolehtii potilaan oikeuksista saada korvaus tutkimusvirheistä, hoitovirheistä, sairaalainfektioista, tutkimus – tai hoitotapaturmista, lääkkeen toimittamisesta lain tai asetuksen tai niiden perusteella annettujen määräysten vastaisesti tai hoitovirheistä aiheutuneista vammautumisista. (Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Tämä toimii varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus ja muut valmiudet. Tässä laissa myös määritellään tarkasti potilasasiakirjojen laadinta ja säilytys salassapitovelvollisuuden mukaisesti ja korostetaan salassapidon merkitystä myös ammatinharjoittamisen jälkeenkin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.)

Hallintolaki (434/2003) toteuttaa ja edistää hyvää hallintoa, sekä oikeusturvaa hallintoasioissa. Laki myös edistää hallinnon palvelujen laatua ja tuloksellisuutta. (Hallintolaki 6.6.2003/434.) Arkistolaisissa (831/1994) määritellään, kuinka asiakirjat ja potilaspaperit tulee arkistoida ja säilyttää. (Arkistolaki 23.9.1994/831.)

## **2.2 Laadukas hoitotyön kirjaaminen**

Hoitotyön laadukasta kirjaamisesta tulee ohjata kirjaamisen kriteerit, joiden tarkoituksena on turvata hoitotyöntekijän oikeusturva ja ylläpitää potilasturvallisuutta. Ainoastaan asiakkaan

hoitoa ja hoitotyönprosessia koskevat asiat kirjataan, sillä tarkoituksena on saada kirjauksesta selkeä kuva asiakkaan tämän hetkisestä tilanteesta. Arkaluontoisia tai leimaavia asioita ei kirjata, mikäli ne eivät ole tarpeellisia sen hetkisen hoidon kannalta. Epäolennainen tieto vaikeuttaa kirjauksen tulkintaa ja oleellisten asioiden huomiointia. (Hallila 2005, 32–33; Saranto, Ensio, Tantu & Sonninen 2008, 72–73.) Hoitajan tulisi työssään huomioida asiakkaan yksityisyys ja oma salassapitovelvollisuus, kunnioittaen potilaan päätöstä kenelle ja minne hänen tietojaan saa luovuttaa. Hoitohenkilökuntaa velvoittaa salassapitovelvollisuus hoidon aikana ja myös hoitosuhteen päätyttyä. Salassapitovelvollisuus säilyy, vaikka hoitaja ei enää tekisi töitä hoitajana esimerkiksi eläkkeelle jäätyään. (Saranto ym. 2008, 36; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Sähköiset potilasasiakirjat parantavat asiakaskeskeisyyden toimivuutta, terveystietopalveluiden saatavuutta, hoidon tavoitteellisuutta, sekä taloudellisuutta, moniammatillista tiimityöskentelyä ja hoitoketjujen toimivuutta. Sähköisen järjestelmän toimivuus yksiköiden välillä säästää hoitoyksiköiden kustannuksia, kun tiedot päivittyvät automaattisesti kaikkien hoitoyksiköiden tietojärjestelmiin. Näin kalliita tutkimuksia ei tarvitse tehdä uudelleen. Myös potilasturvallisuus toteutuu paremmin, kun ajantasainen tieto on aina saatavilla hoitoyksiköstä riippumatta. Tämä edellyttää tietojärjestelmien yhteensopivuutta ja tiedon esteetöntä kulkua. Tietojärjestelmien käytössä voi kuitenkin ilmetä esteitä, joita voivat olla hoitotyöntekijöiden heikot ATK-aidot, välineiden vaikeakäyttöisyys ja vanhentuneet ohjelmat. Tämän takia työnantajan velvollisuutena on varmistaa hoitohenkilöstön riittävä osaaminen ja kouluttaminen tietojärjestelmien käytöstä. Jos yhtenäistä linjaa hoitotietojen kirjaamisen suhteen ei ole määritetty, voi kirjaamisen laatu, taso, tarkkuus ja laajuus vaihdella kirjaajan henkilökohtaisten mieltymysten mukaan. (Hallila 2005, 51–54; Lehtovirta & Vuokko 2014, 14; Saranto ym. 2008, 150.)

Hoitotietojen systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen jäsennetään hoitoprosessin mukaan. Hoitotyön prosessin eri vaiheet kirjataan Finnish Care Classification (FinCC) – luokituskokonaisuuden avulla. FinCC-luokituskokonaisuus perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification eli CCC-luokitukseen. FinCC koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL), sekä Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). FinCC luokituskokonaisuuden mukaan hoitotyön pro-

sessi sisältää hoidon tarpeen arvioinnin, hoidon tavoitteet, suunnitellut toiminnot, hoidon toteutuksen ja hoidon arvioinnin sekä yhteenvedon. Nämä vaiheet ovat osa hoitajan päätöksentekoa. FinCC:n eri versioita on ollut käytössä osana kansallista hoitotyön kirjaamis-mallia jo 10 vuoden ajan. Tällä hetkellä käytössä olevat SHTaL versio 3.0 ja SHToL versio 3.0 valmistuivat vuoden 2011 lopussa. SHTuL luokitukselta käytetään yhä versiota 1.0. Myös FinCC-luokituskokonaisuuden mukaisella rakenteisella kirjaamisella tavoitteena on helpottaa palveluiden suunnittelua, toteutusta sekä arviointia ja yhdenmukaistaa kirjaamista. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 3, 10; Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 45–46; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Hoitotyön prosessimukainen kirjaaminen sisältää seuraavat vaiheet. Aluksi kerätään potilaan esitiedot, jotka koostuvat esimerkiksi terveyteen vaikuttavista tekijöistä, aikaisemista diagnooseista, toimintakyvystä, lausunnoista ja todistuksista, apuvälineistä, jatko-hoitoa koskevista tiedoista ja suostumuksista, sekä mahdollisesta lääkehoidosta. (Liljamo ym. 2012, 14.) Hoidon tarpeen arvioinnissa käsitellään asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön yhdessä määrittelemää terveydenongelmaa. Kyseiseen tietokenttään kirja-taan vapaamuotoinen asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön yhteinen käsitys terveydenongelmasta, jonka perusteella hoito – ja palvelusuunnitelma on laadittu. Hoito-työn tavoitteen asettamisessa on tärkeää, että asiakas ja terveydenhuollon ammattihenkilöt yhdessä asettavat tavoitteet, joihin pyritään yhteistyössä. Tavoitteiden tulee olla realistisia ja saavutettavissa olevia, jotta asiakas kykenee sitoutumaan niihin. Tavoitteet voivat olla määräaikaista, jonka jälkeen niitä voidaan arvioida uudelleen. (Vuokko, Mäkelä, Komulai-nen & Meriläinen 2011, 38; Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 17–21.) Tavoitteet ase-tetaan tärkeysjärjestykseen sen mukaan, mikä tuottaa eniten asiakkaalle hyötyä. Esimer-kiksi, jos asiakkaan kivut haittaavat hänen liikkumistaan, on asiakkaan liikkumiseen liit-tyvä tavoite ensisijainen. Hoitotyön suunnittelun viimeinen osio on hoitotyön suunnitellut toiminnot tavoitteen saavuttamiseksi. (Kan & Pohjola 2012, 51.)

Hoidon toteutuksessa kaikki hoitoon osallistuvat, sekä omaiset, pitävät kiinni asetetuista tavoitteista yhteistyössä asiakkaan kanssa. Asiakasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hä-nen kanssaan ja kirjataan kaikki toteutuneet hoitotyön toiminnot. Hoidon tulosten arvioin-nissa kuvataan, miten on toimittu asiakkaan kanssa tavoitteiden saavuttamiseksi ja kuinka asiakas itse kokee onnistuneensa asetetuissa tavoitteissa. Hoitotyön yhteenvedo on tervey-denhuollon ammattilaisen tekemä yhteenvedo hoitotyön keskeisistä ydintiedoista ja sitä

voidaan hyödyntää esimerkiksi siirrettäessä asiakasta toiseen yksikköön. (Vuokko ym. 2011, 38-39; Komulainen ym. 2011, 22-25.)

Potilasasiakirjoihin merkitään muita henkilöitä koskevia tietoja vain, jos ne ovat merkittäviä asiakkaan hoidon kannalta. Jos potilasasiakirjoihin tehdään tällaisia merkintöjä, tulee tietojen lähde kirjata. Kirjaamisessa tulee näkyä kenen kertoma tai päätelmä on kyseessä. Esimerkiksi asiakas, omainen tai hoitotyöntekijä. Jos kyseessä on hoitotyöntekijän päätös tai toiminta, tulee näkyä perustelut kirjaamisessa. Mikäli kirjauksessa on virhe, sitä ei saa poistaa, vaan tulee kirjata virheen perään korjaus. Potilasasiakirjoihin merkitään myös korjaajan nimi, virka-asema, korjausajankohta ja korjauksen peruste. Jos kirjauksesta poistetaan hoidon kannalta tarpeeton tieto, tulee merkitä potilasasiakirjoihin, kuka poiston teki ja ajankohta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298; Hallila 2005, 33–34.)

Mahdollisista hoidollisista virheistä tai niiden epäilyistä tulee merkitä selvä kuvaus potilaskertomukseen. Erityisesti millainen vahinko, mistä se olisi voinut johtua, ketkä terveydenhuollon ammattihenkilöt olivat hoidossa mukana, sekä millaiset laite- tai lääkevahingot virheestä koostui. (Hallila 2005, 33–34.)

Kokonaisuudessaan laadukas hoitotyön kirjaaminen sisältää selkeän kuvan asiakkaan hoidollisista tarpeista, hoidon tavoitteista ja suunnitelman hoitotyön auttamismenetelmistä, sekä tietoa hoitotyön toteuttamisesta ja kuvaavaa tietoa hoidon tuloksista. Kirjaamiset tulisi tehdä selkeästi ja ymmärrettävästi, käyttäen yleisesti tunnettuja termejä. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) ylläpitää lakisääteisesti koodistopalvelua, jonka avulla varmistetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävien tietorakenteiden laatu, sekä huolehditaan niiden ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Koodistopalvelu on osa KanTa-palvelua ja sen teknisestä ylläpidosta vastaa Kansaneläkelaitos. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014b.)

Asiakkaan suullisesti annetusta informaatiosta tulee olla merkintä myös kirjauksessa. Päivittäisten toimintojen kirjaamisen tulisi olla enemmän arvioivaa kuin toteavaa. Potilasasiakirjojen merkintöjen loppuun tulee kirjata kirjaajan ammattinimike ja koko nimi. Opiskelijan kirjauksen vahvistaa ohjaaja, esimies tai tämän valtuuttama henkilö omalla merkin-

nällään. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298; Hallila 2005, 33–34; Rautava-Nurmi ym 2012, 42.)

### **2.3 Hoito – ja palvelusuunnitelma**

Hoito- ja palvelusuunnitelma on lakisääteinen (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, 7§.) ja vanhuksen henkilökohtainen suunnitelma, johon kirjataan vanhuksen tarpeet, hoidon ja palvelun tavoitteet ja sekä niiden saavuttamiseen tarvittavat toimenpiteet. (Valvira 2013.) Vanhuksen voimavarojen tai tarpeiden muuttuessa voidaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivittää yhdessä vanhuksen kanssa vastaamaan hänen sen hetkisiä tarpeita. Laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman perusteella määräytyvät vanhuksen saamat palvelut. Ne voivat tosin vaihdella riippuen kunnasta ja sen tavasta järjestää palveluita. (Jämsen 2012; Päivärinta & Haverinen 2005, 13.) Lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa ovat vanhuksen tarpeet, tavoitteet, tavat ja tottumukset sekä kaikki hänelle merkittävät päivittäiset asiat. (Päivärinta & Haverinen 2005,13.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä vanhuksen ja omaisten kanssa, yleensä vanhuksen kotona tai joissain muussa hänelle tutussa ympäristössä. Vanhukselle tulee kertoa, miksi häneltä kysytään asioita, sekä mihin saatuja tietoja tullaan käyttämään. Hänellä on myös oikeus tarkistaa antamiensa tietojen oikeellisuus. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla työntekijät tietävät mihin suuntaan vanhuksen kanssa edetään, työn ja vastuiden jako selkiytyy. Suunnitelmaa on syytä arvioida jatkuvasti. Hoito- ja palvelusuunnitelma joustaa ja elää yhdessä vanhuksen toimintakyvyn kanssa. Omaisten osallistuminen vanhuksen elämään on myös syytä huomioida suunnitelman teossa. (Jämsen 2012.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma koostuu henkilötiedoista, toimintakyvyn arvioinnista, asukkaan päivittäisistä toiminnoista, tukipalveluista, asumisesta ja mahdollisista hoitotarvikkeista, sairauksista, allergioista ja lääkkeistä. (Jämsen 2012.) Vanhuksen toimintakyvyn arviointiin käytetään erilaisia mittareita, kuten RAVA ja RAI. RAVA on karkea toimintakykyä ja avuntarvetta kuvaaja mittari, jota voidaan käyttää yksin tai RAI:n rinnalla. RAVA:lla pyritään osoittamaan vanhuksen toimintakykyä ja hoitoisuusastetta. Voidaan myös käyttää erillisiä mittareita, kuten MMSE (Mini-Mental State Examination test) ja GDS (Geriatric Depression Scale). RAI (Resident Assessment Instrument) on Suomessa

laajalti käytössä oleva toimintakyvyn arviointimittari, jota käytetään esimerkiksi kotihoitossa ja vanhusten palvelutaloissa. RAI on vanhusten palveluihin tarkoitettu joukko yhteismitallisia arviointivälineitä, jonka perustana toimii kokonaisvaltainen arviointilomake MDS (Minimum Data Set). RAI:ssa arvioidaan esimerkiksi seuraavat hoidon osa-alueet: kognitiivinen kyky, näkö, mieliala ja käytös, psykososiaalinen hyvinvointi, pidätyskyky, ihon kunto ja lääkitys. RAI tehdään vanhukselta saatujen tietojen ja hoitajan havaintojen perusteella. (Kan & Pohjola 2012, 34–37.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on tiivistelmä vanhuksen tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista avo- ja laitoshoidossa. Sen tavoitteena on muun muassa yksilöllisen ja kuntouttavan hoitotyön tukeminen ja edistäminen. Suunnitelman toteutukseen kuuluu vanhuksen tilanteen seuranta, kokemusten kirjaaminen sekä toiminnan seurausten kirjallinen arviointi. Vanhuksen voimavarojen tai tarpeiden muuttuessa hoito – ja palvelusuunnitelmaa tarkistetaan ja muutetaan tarpeiden mukaiseksi yhteistyössä asiakkaan kanssa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5; Päivärinta & Haverinen 2005, 13.)



### 3 VANHUSTEN PALVELUASUMINEN

#### 3.1 Lait ja suositukset palveluasumisessa

Ikäihmisten määrän lisääntyminen Suomessa on nostanut esille sosiaali- ja terveydenhuollon vanhuspalveluiden tarpeen ja kehittämisen. (Luoma 2007,7.) Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan kunnan sosiaalihuollon tehtävänä on huolehtia sosiaalipalvelujen järjestämisestä, sosiaaliavustusten suorittamisesta ja neuvonnasta asiakkaalleen. Sosiaalipalveluihin lukeutuu yhtenä osana kotipalvelut, asumispalvelut ja laitoshuolto. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) pyrkii edistämään ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä, sekä parantamaan palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suomen perustuslaissa (731) sanotaan, että julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Näihin asioihin laatusuosituksella pyritään. Suositus sisältää linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella eri osa-alueella, jotka ovat 1. hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, 2. henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen sekä 3. asumis- ja hoitoympäristö. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2008.)

Heinäkuun ensimmäisenä päivänä vuonna 2013 astui voimaan Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli niin sanottu vanhuspalvelulaki. Lain tavoitteena on ikääntyneiden hyvinvoinnin edistäminen ja tukeminen niin, että heille turvataan palvelutarpeen arviointiin pääsy, määrältään ja laadultaan riittävät palvelut sekä edistetään heidän itsenäistä suoriutumista puuttumalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.)

Palveluasuminen on tarkoitettu vanhuksille, jotka eivät vielä tarvitse pitkäaikaista laitoshuoltoa, mutta eivät pärjää täysin ilman palveluita. Tavalliseen palveluasumiseen kuuluu vuokra- tai omistusasunto, jossa asuessaan vanhus voi käyttää palvelutalon tarjoamia palveluita tarpeensa mukaan virka-aikaan tai palveluista riippuen ympäri vuorokauden. Tehostetussa palveluasumisessa fyysisesti huonokuntoinen tai dementoitunut vanhus asuu

ryhmäkodissa, jossa hänen tarpeistaan huolehtii moniammatillinen hoitohenkilökunta aina ympäri vuorokauden. Palveluasumisesta perittävä maksu määräytyy hoito – ja palvelusuunnitelman mukaisesti vanhuksen sen hetkisen hoidon tarpeen mukaan. Hoidon tarvetta arvioidaan säännöllisesti palvelutarpeen muuttuessa. Hoito – ja apuvälineet hankitaan pääsääntöisesti terveyskeskuksista. (Kan & Pohjola 2012, 284; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

### **3.2 Palveluasuminen JYTA-alueella**

Peruspalveluliikelaitos JYTA koostuu Halsuan, Kaustisen, Lestijärven, Perhon, Toholammen, Vetelin ja Kannuksen Jokilaaksojen yhteistoiminta-alueesta. JYTA järjestää ja tuottaa sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita alueen kuntalaisille. Palveluita tuotetaan ja organisoitetaan perheiden tukemisen, kotihoidon ja asumisen tukemisen sekä terveyden ja sairaanhoidon palvelulinjojen mukaan. Kunnat ovat hyväksyneet yhteisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusuunnitelman, johon on määritelty yhteiset tavoitteet ja kehityshaasteet. (Peruspalveluliikelaitos JYTA 2014.)

Palveluasumisyksiköitä JYTA-alueella on 10; Kannelma, Puistola, Koti-/Jokiranta, Iltarusko, Markkula, Malvakoti, Kotipirtti, Jalmiina, Männistö ja Harjukoti, joissa on 19-45 paikkaa. Iltarusko tarjoaa myös 14 kuntoutuspaikkaa. Palveluasuntoihin on mahdollista päästä, kun omais – tai kotipalvelun tarjoama apu ei riitä. Myös intervallia on usein kehitetty ja koettu riittämättömäksi. Tämän jälkeen omaiset täyttävät palveluasumishakemuksen, jonka jälkeen hoitotyönammattilaiset tekevät RAVA-mittaristolla toimintakyvyn arvioinnin, jossa nähdään täyttääkö hakija arviointimittarin määrittelemät kriteerit palveluasumiseen. RAVA-indeksi kertoo arvioitavan henkilön toimintakyvystä ja hoitoisuusasteesta. Sitä käytetään yhtenä apuvälineenä iäkkäiden eri hoitomuotojen valinnassa. Päätöksestä, asukkaaksi ottamisesta, sekä maksujen määräytymisestä vastaa palveluasumisen ohjaaja. (Peruspalveluliikelaitos JYTA 2014; Kan & Pohjola 2012, 34.)

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta palvelutalossa.

Tavoitteena on, että opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää kehittämään kirjaamista yhä laadukkaammaksi JYTA-alueella.

Tutkimuskysymyksemme ovat

1. Millaista on hoitotyön laadukas kirjaaminen palvelutalossa hoitajien kokemana?
2. Miten hoitotyön laadukas kirjaaminen toteutuu palvelutalossa hoitajien kokemana?
3. Miten hoitotyön kirjaamista voidaan kehittää yhä laadukkaammaksi palvelutalossa?

## **5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS**

### **5.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä**

Toteutimme opinnäytetyön JYTA alueella. Lyhenne JYTA tarkoittaa Halsuan, Kaustisen, Lestijärven, Perhon, Toholammen, Vetelin ja Kannuksen jokilaaksojen yhteistoiminta-alueita. Yhteistoiminta-alue toimii peruspalveluliikelaitoksena, joka on osa Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymää. Opinnäytetyö toteutettiin yhdessä JYTA-alueen vanhusten palveluasumisyksikössä.

Varsinaisen haastattelun kohderyhmänä oli hoitajia, joilla oli kriteeriemme mukaisesti useampien vuosien kokemus kirjaamisesta. Haastateltavia oli viisi. Vanhustyön osastonhoitaja valitsi kriteeriemme perusteella haastateltavat hoitajat, joista kuitenkin viime hetkellä muutama haastateltava vaihtui. Syynä tähän oli se, että alkuperäisistä haastateltavista muutama oli estynyt saapumasta paikalle. Tilalle saapuneet hoitajat kuitenkin vastasivat kriteereitämme, eivätkä olleet esimerkiksi vastavalmistuneita.

### **5.2 Lähestymistapa ja tutkimusmenetelmä**

Perinteisesti kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöalueiksi luokitellaan tutkimusalueet, joista ei tiedetä vielä mitään. Kuitenkin kvalitatiivinen lähestymistapa joustavuutensa ansiosta sopii myös olemassa olevan tutkimusalueen uudelleen määrittämiseen ja siksi sopi opinnäytetyöllemme. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66.) Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja valmiiseen aineistoon perustuva tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

Valitsimme opinnäytetyöhömmäme kvalitatiivisen eli laadullisen lähestymistavan. Mielestämme tähän opinnäytetyön aiheeseemme ei sopinut kvantitatiivinen lähestymistapa, sillä halusimme perehtyä aiheeseen syvemmin ja saada laajempia ainutkertaisia vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Meillä oli myös rajallinen määrä tutkittavia valitsemaamme teema-haastattelumenetelmään, vain viisi hoitajaa yhdestä palvelutalosta, joten tämä ei olisi sopinut määrällisen tutkimukseen. Halusimme myös tavata haastateltavat ja mahdollisuuden

tarkentaa tarvittaessa kysymyksiä, jos katsoimme, että tutkimuskysymyksien pohjalta emme saaneet riittävästi tietoa. Pystyimme myös havainnoimalla seuraamaan haastateltavien reaktioita aiheisiin liittyen.

### 5.3 Aineistonkeruu

Aineiston keruumenetelmäksi valitsimme teemahaastattelun. Se antoi meille haastattelijoina mahdollisuuden syventyä enemmän hoitajien kokemuksiin, sekä haastateltaville mahdollisuuden korostaa kertomansa asian merkitystä. Haastattelun etuina ovat keskustelun joustavuus, mahdollisuus toistaa kysymys uudelleen sekä haastattelun aikana voidaan vielä selventää epäselväksi jääneitä asioita ja tarkentaa asioita, jos tarpeen. Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto, jossa ei kuitenkaan ole tarkkoja kysymyksiä ja esittämisjärjestystä. Teemahaastattelun etuna on mahdollisuus vaikuttaa siihen, ketä haastattelee. Esimerkiksi pystyy vaikuttamaan siihen, että saisi haastateltavia joilla on kokemusta kirjaamisesta. Haastattelussa on haastatteliija/t sekä haastateltava, jolloin ei myöskään esiinny mielikuvaa, että kyseessä olisi kilpailu, kuka tietää eniten asiasta. Esimerkiksi käytettäessä avointa kyselylomaketta ei voi olla varma kykeneekö vastaaja ilmaisemaan itseään tarpeeksi selkeästi. Haastattelutilanteessa haastateltavalla on aikaa ja mahdollisuus selittää ajatuksiaan tarkemmin. Haastattelun teemat pohjautuivat tutkimuskysymyksiimme, jotka on muodostettu Kaila & Kuivalaisen kehittämästä hoitotyön kirjaamisen arviointimittarista. Hoitotyön arviointimittarin käyttöön on saatu tekijöiltä virallinen lupa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74–77; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96–97.)

Teemahaastattelurunko (LIITE 2) esitettiin kahdella kotihoidon työntekijällä, joilla on pitkäaikainen kokemus hoitotyönkirjaamisesta. He eivät saaneet saatekirjettä luettavakseen ennen esitestausta. Esitetasimme samalla äänitystä puhelimilla ja tulimme siihen tulokseen, että se toimi hyvin. Saimme esihaastateltavilta palautetta haastattelurungosta ja palautteen mukaan ensimmäinen pääkysymys tuntui haastavalta muihin verrattuna. Kerrottuamme haastateltavien saatekirjeestä, ymmärsivät esihaastatteluun osallistuneet hoitajat pääkysymykseen paremmin. Emme tehneet haastattelurunkoon muutoksia, sillä ajattelimme saatekirjeen antavan itse haastatteluissa tarvittavan taustatiedon kysymyksiin vastaamiseksi.

Haastattelut toteutimme toukokuussa 2014 yhden päivän aikana meille valitussa palvelutalossa. Haastattelu tilana toimi työhuone, joka oli rauhallinen ja suljettu tila. Haastattelut äänitettiin kahdella puhelimella, siltä varalta, että jos toinen pettäisi kesken kaiken. Alunperin tarkoitus oli, että haastateltavat olisivat saaneet saatekirjeemme (LIITE 1) hyvissä ajoin ennen haastattelua. Kuitenkaan näin ei käynyt, joten haastattelun aluksi kerroimme aina haastateltavalle ensin opinnäytetyöstämme ja siitä, että haastattelut tullaan äänittämään kahdelle puhelimelle ja, että hänen henkilöllisyytensä ei tule paljastumaan. Haastattelut sujuivat kokonaisuudessaan rauhallisesti. Haastattelut kestivät korkeintaan puolituntia henkilöä kohti. Kokosimme aineistoa kunnes aineisto oli riittävä eli saavutimme saturation, emme saaneet enää uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja aineisto alkoi toistaa itseään. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 77.)

#### **5.4 Sisällönanalyysi**

Sisällönanalyysi on perinteinen analyysimenetelmä laadullisissa tutkimuksissa. Sen avulla voidaan analysoida aineistoja, sekä samalla kuvailla niitä. Sisällönanalyysin prosessista voidaan erottaa useita eri vaiheita, joita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Sisällönanalyysi menetelmää käytetään myös sosiologiassa ja psykologiassa. Ilmiön laaja, sekä tiivis esittäminen, ovat sisällönanalyysin tavoitteena. Se on saavuttanut suuren jalansijan myös hoitotieteessä ja siihen liittyy useita vahvuuksia, joita ovat mm. sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 135, 166.)

Sisällönanalyysi menetelmiä on kaksi; laadulliselle tutkimukselle perinteinen induktiivinen eli aineistolähtöinen ja deduktiivinen sisällönanalyysi eli teorialähtöinen. Erityisesti induktiivista sisällönanalyysiä suositaan hoitotieteessä. Induktiivista sisällönanalyysia käytetään, kun tutkittavasta asiasta ei juuri tiedetä mitään tai aiemmin saatu tieto on hajanaista. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto luokitellaan teoreettisen merkityksen perusteella. Näin pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus, jota ei ohjaa aikaisemmat havainnot, tiedot ja teorit. Lopullinen aineiston analysointi tehdään vaiheittain pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoimalla eli muodostamalla yleiskäsite pelkistämällä. Kategoriat syntyvät

tutkimuskysymyksiä ohjaamana aineistosta. Raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–168.)

Käytimme opinnäytetyössämme induktiivista sisällönanalyysiä, sillä sen joustavuus ja monipuolisuus sopii aiheeseen, koska käytössä ei ollut valmiita aineistoja. Purimme haastattelumateriaalin viikon aikana haastatteluista. Jaoin haastattelut puoliksi ja kirjoitin ne puhtaaksi koneella. Jätimme ensimmäiseen versioon kaikki keskeneräiset sanat, lauseet ja täytesanat. Litteroitua tekstiä syntyi 45 sivua fonttikoolla 12, fontilla Times New Roman, rivivälillä 1,5, käyttäen Wordin perussivua-asetuksia. Analyysiyksikkönä käytimme tutkimuskysymyksiä, joiden perusteella haimme vastauksista pääkohtia, jotka vastasivat tiivistetysti tutkimuskysymyksiin. Tapasimme toisemme tämän jälkeen, jolloin aloimme ryhmitellä ja luokitella vastauksia. Aloitimme yhdistämällä samankaltaiset autenttiset ilmaukset, joille muodostimme pelkistetyn ilmauksen ja yhdistimme yhteensopivat pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi taulukkomallimme mukaan (LIITE 5). Tämän jälkeen valitsimme niille sopivan yläluokan ja aineisto tiivistyi. Yläluokka on opinnäytetyössämme niin sanottu yhdistävä kategoria.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 6.1 Hoitajien kokemuksia laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta palvelutalossa

Opinnäytetyöstämme nousi esille jatkuva kokonaisvaltainen kirjaaminen, joka sisälsi kirjaamisen kriteerit ja terveydentilan muutosten kirjaaminen (LIITE 6). Laadukasta kirjaamista palvelutalossa ohjasi kirjaamisen kriteerit, joiden mukaan hoitotyön kirjaamisen tulisi sisältää kaikki asukkaan hoidon kannalta tärkeäksi koetut asiat, sekä merkinnät kaikista hoitotoimenpiteistä ja asiakkaan kokemuksista hoitoon. Laadukas kirjaaminen näkyi hoitajan ammattitaitona kirjoittaa lyhyesti ja ytimekkäästi ymmärrettävää, sekä asiallista tekstiä, jossa näkyi olennaiset asiat asiakkaan hoidon kannalta. Hoitajan tulisi muistaa kirjatesaan, että kyseessä on juridinen asiakirja, joka voidaan tarvittaessa tarkistaa.

Ne tärkeät asiat tulevat kirjatuksi sinne koneelle ja se jatkuvuus siinä hoidossa.

Sellaista, että se työkaveri joka jatkaa siitä, löytää ne olennaiset tiedot.

Kirjataan oikein (kielioppi).

Ja sitten se on oikean asiakkaan papereissa.

Se on sellaista tavallaan selkeää ja kuitenkin lyhyesti.

Korrektia, fiksua kieltä.

Pitää muistaa, että ne ovat julkisia.

Terveydentilan muutosten kirjaamisella oli myös haastateltavien keskuudessa suuri merkitys laadukkaan kirjaamisen toteutumisessa. Kun päivittäiset ja hoidolliset toiminnot on kirjattu, voidaan turvata hoidon jatkuvuus ja seurata asiakkaan voinnin muutoksia tarkasti. Erityisesti esiin tuli haastateltavien keskuudessa päivittäisen kirjaamisen tärkeys terveydentilojen muutosten seurannassa. On ollut myös aikoja, jolloin asukkaasta ei ole kirjattu mitään. Tällöin akuuteissa tilanteissa on ollut hankaluuksia selvittää, milloin terveydentilan muutokset ovat alkaneet.

Ja sitten, että päivittäin kirjataan asiakkaista.

Että sitä ei kirjoiteta sitten muutaman päivän päästä.

Ettei jätetä kirjaamatta, että ei tulisi semmoista pitkää jaksoa niin kuin viikkoa että ei ole mitään siellä (asiakkaan papereissa).



Otetaan huomioon se fyysinen puoli ja psyykkinen puoli.

Jos joku akuuttitapaus sattuu, ja sitten ei olekaan mitään laitettu, niin sitten ei ole mihin verrata sitä terveydentilan muutosta.

Arviointi sinne teksteihin (hoidon arviointi).

## **6.2 Hoitajien kokemuksia laadukkaan hoitotyön kirjaamisen toteutumisesta palvelutalossa**

Hoitajat kokivat palvelutalossa laadukkaan hoitotyön koostuvan kirjaamisen monimuotoisuudesta, joka sisälsi kirjaamisen toimivuuden ja kirjaamisen haasteet (LIITE 7). Hoitajat kokivat, että palvelutalossa kirjaamisen toimivuuteen kuului hyvä yhteistyö omaisten kanssa, panostaminen päivittäiseen kirjaamiseen sekä henkilökunnan vahvat osaamisalueet kirjaamisessa.

Täällä otetaan todella hyvin omaiset mukaan siihen (hoitoon) ja heidän mielipiteitään kuunnellaan.

Meillä on semmoinen johon merkataan kenestä on kirjattu missäkin vuorossa.

On pyritty siihen että jokaisesta laitetaan jotain (päivittäin).

Onneksi meillä nyt kirjataan aika monia asioita kahteen eri paikkaan.

Olemme todella tarkkoja siitä, kun tulee esimerkiksi meidän asukas jostakin niin, että mistä on tullut ja missä kunnossa.

Tuo tietokone on monta hyvää asiaa tuonut tullessaan.

Hoitajat kokivat palvelutalossa kirjaamisen haasteiksi kirjaamisen ongelmat ja yksilölliset erot kirjaamisessa. Kirjaamisen ongelmiin lukeutui riittämätön aika, opastuksen puute ja vaihtelevat kirjaamisoikeudet. Esimerkiksi työvuorossa saattoi olla henkilökuntaa, joilla ei ollut kirjaamisoikeuksia. Yksilöllisenä erona kirjaamisessa oli kirjaamisen vaihteleva taso työntekijöiden välillä. Osa hoitajista koki, että tähän ei ole tullut mitään muutosta, koska ovat oppineet jo tulkitsemaan toistensa kirjoituksia. Tämä kuitenkin aiheuttaisi hankaluuksia uusien työntekijöiden kanssa, koska lait ja säädökset määrittävät hoitotyön kirjaamisen laadun, eikä liialliselle tulkinnalle saa jäädä varaa.

Meillä on aika paljon hoitoapulaisia ja niillä ei ole ollenkaan tunnuksia (Efficaan).

Kiire on se suurin juttu – selkeämmin kirjataan kun on aikaa siihen.

Toiset kirjoittaa tosi tarkkaan.

Meillekin voisi tulla suoraan sanomaan ja opastamaan siihen että se edistyisi (kirjaaminen).

Kyllä niitä joskus on semmoisiakin että ei oikein tiedä mitä on tapahtunut ja onko näin nyt ollut.

Ehkä se on, että me olemme jo vanhoja konkareita, että me osataan tulkita jo toistemme kirjoitukset.

### **6.3 Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen yhä laadukkaammaksi palvelutalossa**

Kolmas tutkimuskysymyksemme liittyi laadukkaan hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen palvelutalossa. Hoitajat kokivat kehitystarpeiden tunnistamisen tärkeäksi (LIITE 8). Suuriosa haastateltavista koki kirjaamisen kehittämisen palvelutalossa erittäin ajankohtaiseksi ja tarpeelliseksi asiaksi. Muutaman mielestä kirjaaminen palvelutalossa toimi hyvin, eikä osa kokenut tarvetta kehittää kirjaamista.

No kyllä se aika hyvin toimii sellaisenaankin.

Miksi ei tietysti ole joka asiassa tarvetta kehittää, mutta en tiedä, kyllä tuolla se ainakin toimii ihan hyvin.

Hoitajat kokivat, että eniten kehittämistä vaativat palveluasumisen resurssit ja käyttöjärjestelmään liittyvät kehittämistarpeet. Resursseihin sisältyi hoitajien tarve saada lisäkoulutusta hoitotyön kirjaamisessa. Lähes kaikilla on kuitenkin motivaatiota ottaa vastaan säännöllisesti lisäkoulutusta kirjaamiseen ja Effica -järjestelmän muihin toimintoihin liittyen. He myös toivoivat enemmän tiloja ja aikaa kirjaamiselle. Nykyiset puitteet koettiin riittämättömiksi, koska heidän kokemuksensa mukaan, sillä oli selkeä yhteys kirjaamisen laadukkuuden toteutumiseen.

Luodaan ne puitteet, että on sitä aikaa, ja on ne puitteet semmoiset, että pysyy rauhassa keskittymään.

Koulutusta säännöllisesti saada, niin aina tulisi jotain uutta ja palautuisi mieleen niitä vanhoja.

Tavallaan puututtaisiin niihin (ei osata,) että sairaanhoitajat tai kuka hallitsee sen (Effica) paremmin voisi ihan kädestä pitäen ohjata.

Kirjaamisessa itsessään kehittämistä kaipasi käyttöjärjestelmien, kuten Effican, kirjaamisalustan rakenteiden kehittäminen ja hoitajien oikeudet kirjata. Kirjaamisalustaan tarvittaisiin muun muassa enemmän palvelutalon tarpeisiin soveltuvia sarakkeita, kuten esimerkiksi isompi lääkehoitosarake. Käyttöoikeuksissa ja näkymissä oli muutoksia, joihin haluttiin yhtenäisempiä oikeuksia ja mahdollisuuksia. Erityisesti kirjaamisoikeuden omaavat kokivat eettiseksi ongelmaksi kirjata hoitoapulaisten tekemiä päivittäisiä hoitotyön toimia, sillä he eivät itse olleet näissä toimissa mukana ja kuitenkin kirjatessaan nämä asiat ottavat he oikeudellisen vastuun näistä kirjauksista.

Voisi semmoista tulohaastattelulomaketta päivittää siihen koneelle.

Lääkehoitosarake on niin pieni, että ei siihen sovi kuin yhden lääkkeen anto.

Sairaanhoitajat näkevät laajemmasti Efficasta esimerkiksi lääkärin tekstejä ja muita kuin me.

Enemmän lähihoitajia, joilla on oikeudet kirjoittaa.

Mutta juuri tämän kirjaamisen kannalta, niin se olisi tärkeää, että jokainen kirjaa sen oman juttunsa.

## 7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

### 7.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuuden kriteereiksi katsotaan uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat kuvattu niin selkeästi, että lukija voi ymmärtää, kuinka analyysi on tehty ja, mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuutta on myös se, että tutkijan muodostamat luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että koko aineisto on analysoitu mahdollisimman huolellisesti. Opinnäytetyön siirrettävyys merkitsee mahdollisuutta siirtää tuloksia toiseen tutkimusympäristöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Teemahaastattelun kysymykset pohjautuvat tutkimuskysymyksiimme. Olemme saaneet kirjallisen luvan hoitotieteen asiantuntijoilta Arja Kailalta ja Leena Kuivalaiselta käyttää heidän hoitotyön kirjaamisen arviointimittariaan opinnäytetyössämme apuvälineenä. (LIITE 3, LIITE 4) Luotettavuuden saavuttamiseksi haastateltavina olivat hoitajat, joilla on pitkäaikainen kokemus kirjaamisesta palvelutalossa. Olemme raportoineet koko opinnäytetyön prosessin mahdollisimman yksityiskohtaisesti.

Haastateltavia ei ohjattu haastattelun aikana esittämällä johdattelevia kysymyksiä, vaan kysymykset olivat tarkentavia. Haastattelussa käytetyt kysymykset ja aiheet jätettiin avoimiksi, jotta vastaaja voi vapaasti tuoda omaa näkemystään asioista esiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 152; Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.)

Suoritimme esihaastattelun kahdella kotihoidon lähihoitajalla, jotka olivat palveluesimien valitsemia. Esihaastattelun perusteella, emme kokeneet tarvetta muokata teemahaastattelun kysymyksiä.

Huomioimme lähdekritiikin tietoperustan kirjoittamisessa. Tietoperustan lähteet ovat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja ja tutkittua tietoa. Emme antaneet henkilökohtaisten mielipiteiden ja käsitysten vaikuttaa opinnäytetyön tuloksiin.

Tulokset ja autenttiset kommentit kirjasimme kirjakielelle, jotta kyseisen palvelutalon haastateltavat eivät olisi tunnistettavissa esimerkiksi murteen perusteella. Säilytimme kuitenkin koko opinnäytetyön ajan haastatteluiden nauhoitteet ja puhtaaksi kirjoitetut alkupe-  
räiset tekstit itsellämme, joten olimme koko opinnäytetyön ajan itse perillä siitä, miten haastateltavat olivat vastanneet. Lopullisista opinnäytetyöntuloksista poistimme haastatte-  
luiden numeroinnit, jotta haastateltavat säilyisivät myös toisilleen anonyymeinä.

## 7.2 Eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyden kriteereitä ovat tutkijan aito kiinnostus opinnäytetyön aiheita kohtaan, tunnollisuus paneuduttavaan alaan, rehellisyys, vaaran välttäminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalinen vastuu, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalisuuden arvostus. Näillä varmistetaan se, että tutkija ei toiminnallaan vahingoita tai loukkaa tutkimukseen osallistuvia, tutkimusta tai itse tutkijaa. Tutkimukseen on hankittu asianmu-  
kainen tutkimuslupa, jossa on määritelty, mitä tutkitaan ja miten tutkimus toteutetaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212, 217–218; Neale 2009, 31, 42.)

Anonymiteetti on keskeinen osa opinnäytetyön eettisyyttä. Tämä toimii käytännössä niin, että aineistoon ei pääse käsiksi kukaan opinnäytetyön ulkopuolella oleva henkilö, eikä ai-  
neistoissa olevia tietoja luovuteta ulkopuolisille missään vaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 179–182, 221; Tuomi & Sarajärvi 2002, 128–129; Neale 2009, 40.)

Aineistojen tulkinnassa teimme autenttisia lainauksia kirjakielellä ja järjestimme kootut vastaukset satunnaiseen järjestykseen. Jätimme myös haastateltavien numerot pois  
esimerkkivastausten perästä ihan raportoinnin viimeistely vaiheessa.

Toinen tärkeä eettinen asia opinnäytetyössä, on kertoa haastateltaville heidän oikeusis-  
taan. Haastateltaville on kerrottava, mistä tutkimuksessa on kysymys ja, mitä heidän vas-  
tauksillaan tullaan tekemään. Heillä on oikeus kieltäytyä haastattelusta tai jättää vastaa-  
masta johonkin tiettyyn kysymykseen haastattelun aikana. Haastattelijoiden tulee myös  
pysyä rehellisenä koko opinnäytetyön ajan. He eivät saa myöskään haastattelun aikana  
tietoisesti johdatella haastateltavia haluamaansa suuntaan. Haastateltavien täytyy voida

luottaa siihen, että työntekijät suorittavat työnsä vastuuntuntoisesti eivätkä vaaranna haastateltavien anonymiteettiä millään tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128–129.)

Anonymiteetti opinnäytetyössämme toimii niin, että me emme tunne, emmekä tiede etukäteen haastateltavia hoitajia. Palveluesimies valitsi heidät meidän kriteeriemme pohjalta. Kriteereinämme oli, että hoitaja ei olisi vastavalmistunut ja, että hänellä olisi useamman vuoden kokemus kirjaamisesta. Haastattelut suoritettiin palvelutalossa paikan päällä rauhallisessa tilassa ja ne olivat vastaajille täysin vapaaehtoisia. Haastateltavat jaksoivat hyvin olla mukana haastattelussa ja vastasivat mielellään kysymyksiin. Hoitajilla oli myös oikeus kieltäytyä vastaamasta kysymyksiin. Emme myöskään mainitse missään vaiheessa työssämme hoitajien sukupuolta, ikää, emmekä julkaise palvelutalon nimeä. Tämän vuoksi jätimme myös vanhustyön osastonhoitajan nimen pois tiivistelmästä.

Etiikkaan sisältyy myös huolehtiminen haastattelumateriaaleista. Haastattelumateriaalit tulisi säilyttää huolellisesti poissa ulkopuolisten ulottuvilta esimerkiksi lukitussa kaapissa tai salanasuojatussa tietokoneessa. Materiaalit kuuluu hävittää asianmukaisella tavalla niin, etteivät ne joudu ulkopuolisten käsiin. (Neale 2009, 40.)

Haastattelunauhoitukset siirrettiin välittömästi puhelimesta tietokoneelle ja poistettiin puhelimesta. Haastattelut, sekä puhtaaksi kirjoitettu materiaali säilytettiin salanasuojatussa tietokoneessa. Materiaaleja ei ole näytetty kenellekään ulkopuoliselle ja hävetettiin heti opinnäytetyön valmistuttua poistamalla koneelta ja laittamalla litteroidut tekstit silppuriin.

Emme plagioi tutkimuksen aineistoja ja esitä niitä omanamme. Tulokset perustuvat hoitajien vastauksiin ja julkaistaan kirjakielelle käännettyinä, poistaen asiat, joista haastateltavat olisivat tunnistettavissa. Olemme pyrkineet tekemään koko opinnäytetyömme mahdollisimman huolellisesti.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia laadukkaasta hoitotyönkirjaamisesta palvelutalossa. Tavoitteena oli, että opinnäytetyömme tuloksia voitaisiin hyödyntää kehittämään kirjaamista yhä laadukkaammaksi JYTA-alueella. Alkuperäisenä suunnitelmana oli tehdä opinnäytetyö tutkimalla hoitajien päivittäisiä hoitotyön kirjauksia. Meistä riippumattomista syistä aihe kuitenkin vaihtui ja päädyimme tekemään työn haastattelemalla hoitajia kokemuksistaan, mitä hoitotyön laadukas kirjaaminen on ja miten se toteutuu. Alkuperäisen suunnitelman muuttuessa oli haastavaa saada riittävää motivaatiota vaihtunutta aihetta kohtaan. Työn edetessä aihe muuttui yhä kiinnostavammaksi ja alkuperäinen suunnitelma unohtui. Totesimmekin myöhemmin alkuperäisen aiheen olleen liian vaativa meille tällä koulutustasolla. Kyseinen aihe olisi loistava ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittavalle tai hoitotiedettä yliopistossa opiskelevalle.

Lähdimme aluksi toteuttamaan opinnäytetyönsuunnitelmaan tietoperustaa. Kirjoittaminen oli alussa haastavaa, sillä oli vaikea hahmottaa lähteistä meille oleellisia asioita. Kysyimme hoitotieteen asiantuntijoilta Kaila & Kuivalaiselta lupaa käyttää heidän kehittämänsä hoitotyönkirjaamisen arviointilomaketta (LIITE 3) ja – ohjetta (LIITE 4) teemahaastattelurungon (LIITE 2) tekemiseen. Päädyimme tekemään oman teemahaastattelurungon teoreettista tietoperustaa ja Kaila & Kuivalaisen hoitotyönkirjaamisen arviointilomaketta – ja ohjetta apuna käyttäen. Vaikka hyödynsimme heidän hoitotyönkirjaamisen arviointilomaketta – ja ohjetta vain hiukan, jätimme heidän kirjaamisen arviointilomakkeen ja – ohjeen liitteisiin, koska sitä ei ole saatavissa esimerkiksi kirjastosta taikka internetistä.

Meistä oli kiinnostavaa selvittää, millaiseksi hoitajat kokivat laadukkaan kirjaamisen, toteutuiko se palvelutalossa ja uskoivatko hoitajat, että heillä riittävät tietotaito sen toteuttamiseen. Hoitotyön kirjaamisen ollessa kehittyvä ja muuttuva, halusimme tietää, millaisia ajatuksia heillä olisi sen kehittämiseksi.

Saimme runsaasti tietoa hoitajilta heidän kokemuksistaan kirjaamisen toteutumisesta palvelutalossa. Hoitajat kokivat tärkeänä jatkuvan kokonaisvaltaisen kirjaamisen hoidon jat-

kuvuuden ja toimivuuden kannalta. He korostivat erityisesti hoitajan ammatillisuutta ja tekstin asianmukaisuutta ja selkeyttä. Kokonaisuudessa heillä oli monipuolinen ajatus siitä, millaista on hoitotyön laadukas kirjaaminen.

Haastattelumateriaalia tuli hyvin, mutta jälkepäin olemme miettineet, josko olisimme haastatelleet useampaa hoitajaa ja menneet vielä hiukan pintaa syvemmälle. Kokonaisuudessaan työn tekeminen oli antoisaa ja opettavaista, molempien meidän opinnäytetyön tekijöiden ajattelutapa kirjaamisesta on kehittynyt yhä enemmän laatua arvioivaksi. Olemme myös huomanneet runsaasti ammatillista kasvua tapahtuneen opinnäytetyön edetessä.

Tutkittaessa laadukkaan hoitotyön kirjaamisen toteutumista palvelutalossa hoitajien kokeamana saimme selville, sekä kehittämistarpeita, että hyvin toimivia osa-alueita. Palvelutaloissa yhteistyö talon ulkopuolelle esimerkiksi omaisiin toimii hyvin. Useat päivittäiset toiminnot, kuten lääkkeiden anto tuplakirjattiin varmistukseksi. Jäimme kuitenkin miettimään, onko kyseinen tapa tarpeellinen ja toimiva. Yllätyimme saadessamme selville palvelutalon kirjaamiskäytännöistä, jos asukkaan voinnissa ei ole ollut muutoksia, he eivät olleet välttämättä kirjanneet mitään. Aloimme miettiä potilasturvallisuutta ja hoitajien juridista vastuuta tämmöisissä tapauksissa. Hoitajat kuitenkin osoittivat halukkuutta muuttaa kyseisen käytännön, mutta kertoivat tarvitsevansa tähän jonkin toimivan ratkaisun. He ilmaisivat myös toiveen saada jonkinlaisen työkalun opastamaan päivittäisen kirjaamisen rakenteellisessa toteutumisessa. Kirjaamiseen liittyi myös kolmas haaste, liittyen kirjaamisoikeuksiin. Hoitajat kertoivat, että joskus saattoi olla työparina henkilö, jolla ei ollut käyttöoikeutta kirjaamisjärjestelmä Efficaan. He kokivat tilanteet hyvin epämukaviksi ja toivoivat muutosta asiaan. Tässäkin tuli esiin riski potilasturvallisuuden näkökulmasta. Nykyään KanTa (Kansallinen Terveys Arkisto) vaatii, että hoitajat kirjaavat itse oman toimintansa omalla nimellään omalla käyttäjätunnuksellaan.

Palvelutalon hoitajien kehittämistarpeista nousi esiin asioita, joihin olemme törmänneet myös muualla hoitoalan työpaikoissa. Näitä ovat kiire, riittämättömät tilat, kirjaamisalustan haasteellisuus ja tilojen tarkoituksenmukaisuus kyseiseen kirjaamisympäristöön. Hoitajilla oli runsaasti kehittämisideoita kirjaamisen suhteen, ja halua oppia kirjaamaan yhä laadukkaammin. Joukossa oli myös hoitajia, jotka eivät kokeneet tarvetta kehittää nykyistä kirjaamiskäytäntöä.



Nyt kun opinnäytetyömme on valmis, olemme opinnäytetyön prosessin vuoksi alkaneet kiinnittämään yhä enemmän huomiota omaan, sekä muiden työntekijöiden päivittäiseen hoitotyön kirjaamiseen.

## **8.2 Jatkotutkimusaiheita**

Jatkotutkimusaiheeksi ajattelimme meidän alkuperäistä opinnäytetyn ideaamme. Nyt kun olemme tutkineet hoitajien kokemuksia laadukkaasta kirjaamisesta, voisi olla mielenkiintoista perehtyä konkreettisesti hoitajien päivittäiseen kirjaamiseen tutkimalla itse kirjauksien sisältöä. Tässä tulee kuitenkin ottaa huomioon kirjaamista ohjaavat lait, sillä kyseessä ei ole varsinainen hoitosuhde asiakkaaseen. Kirjallinen lupa tutkimuksen toteuttamiseen tulee pyytää jokaiselta asiakkaalta heidän terveystietojensa tutkimiseen, sekä organisaation johdolta, saako tutkimusta tehdä. Voitaisiin myös kehittää jonkinlainen apuväline tai työkalu auttamaan hoitajia päivittäisessä kirjaamisessa.

## **8.3 Opinnäytetyön tulosten soveltaminen käytäntöön**

Hoitotyön kirjaamista on tarpeen tutkia koko ajan, jotta sitä voitaisiin kehittää yhä laadukkaammaksi. Hoitoalan koulutuksessa tulisi jo alusta alkaen panostaa laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen, sekä korostaa sen tärkeyttä hoidon jatkuvuuden, hoitajan oikeusturvan ja potilasturvallisuuden kannalta.

Uskomme, että palvelutalossa tullaan hyödyntämään opinnäytetyötämme kirjaamisen kehittämiseksi, sillä nyt heillä on enemmän tietoa siitä, millaista lisäkoulutusta hoitajat itse kaipaavat laadukkaaseen hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseksi. Hoitajilla on ymmärrys siitä, että halu kehittää hoitotyön kirjaamista laadukkaammaksi lähtee heidän omasta tahdosta kehittää työtänsä. Palvelutalon työntekijöillä on motivaatiota lähteä kehittämään oman yksikkönsä kirjaamista laadukkaammaksi ja yhtenäisemmäksi. He kuitenkin kokivat, että heidän kirjaamisessaan oli myös paljon hyviä ja vahvoja osaamisalueita.

## 8.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tulosten mukaan, hoitajat kokivat tietävänsä, mitä on laadukas hoitotyön kirjaaminen ja pyrkivänsä parhaansa mukaan sen toteuttamiseen. palvelutalossa nähtiin toimivaksi päivittäinen kirjaaminen, sekä kirjaaminen yhteistyössä omaisten kanssa. Hoitajat tunnistivat myös vahvoja osaamisalueitaan kirjaamisessaan. He kokivat kirjaamisen haasteiksi muun muassa kiireen, yksilölliset erot kirjaamisessa ja muut kirjaamisen ongelmat.

Hoitajat tunnistivat kehitystarpeita yksikkönsä kirjaamisessa, johon kaipaisivat muutosta. Näitä olivat muun muassa lisäkoulutuksen tarve, käyttöoikeudet, säännöllinen koulutus kirjaamiseen liittyen, sekä selkeä työkalu, kuinka kirjata heidän yksikössään, jotta kaikki tarpeellinen tulisi kirjauksista esille. He myös toivoivat enemmän resursseja laadukkaan hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseen omassa palvelutalossaan.

Johtopäätöksinä esitämme seuraavia näkökulmia opinnäytetyön tulosten pohjalta. Laadukkaan hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi tarvitaan johtoportaan halua kehittää toimintaa laadukkaammaksi, jotta hoitotyön kirjaamista voidaan kehittää yksikkö tasolla yhä laadukkaammaksi. Esimiehillä on velvollisuus pitää huoli henkilökunnan säännöllisestä koulutuksesta, sekä mahdollisuudesta päivittää tietojaan. Työyksikön esimiehen tulee huolehtia, että työntekijöillä ja opiskelijoilla on käyttöoikeudet yksikön kirjaamisjärjestelmään. Yksikössä tulee säännöllisesti arvioida hoitotyön kirjaamisen laadukkuutta ja tarpeen vaatiessa kehittää sitä laadukkaammaksi. Jokaista hoitoalan ammattilaista tulee kannustaa työnsä kehittämiseen ja antaa heille mahdollisuus vaikuttaa. Tämä vaatii myös työntekijältä halua kehittää itseään ja työtään. Jo hoitotyön ammatillisessa koulutuksessa tulisi hoitajia rohkaista kehittämään toimintaansa, sekä viemään tutkittua tietoa käytäntöön. Tämä toimii myös toisinpäin, esimerkiksi harjoitteluiden aikana voivat hoitoalan ammattilaiset opastaa opiskelijoita laadukkaan kirjaamisen toteuttamiseen. Näin voitaisiin jatkuvasti käytännön ja koulutuksen tasolla olla paremmin perillä tutkitusta tiedosta ja kehittää hoitotyötä eteenpäin.

## LÄHTEET

Arkistolaki 23.9.1994/831.

Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. 23-35.

Hallintolaki 6.6.2003/434.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Jämsen, S. 2012. Hoito- ja palvelusuunnitelma. Sairaanhoidajan käsikirja. Www-dokumentti. Saatavissa: [https://portal.cou.fi/terveysportti/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk02251&p\\_haku=hoito%20ja%20palvelusuunnitelma](https://portal.cou.fi/terveysportti/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02251&p_haku=hoito%20ja%20palvelusuunnitelma). Luettu 13.5.2013.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro Oy.

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

Kansallinen Terveysarkisto 2014. Www-dokumentti. Saatavissa: [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi).

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys – ja hoitosuunnitelma. 7/2011. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 2014. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas – keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen osa 1. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro gradu-tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Tampere.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. Fin CC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Luoma, M-L. 2007. Katsaus ikääntyvien laitoshoidon ajankohtaisiin asioihin. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Raportteja 19/2007, 7-15. Stakes.

Neale, J. 2009. Research methods for health and social care. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Peruspalveluliikelaitos JYTA. 2014. Www-dokumentti. Saatavissa: [www.jyta.fi](http://www.jyta.fi).

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma – opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf?sequence=1>. Luettu 28.9.2014.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2005. Vård- och serviceplaner inom äldreomsorgen. Jyväskylä: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: SanomaPro.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1063089#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089#fi). Luettu 11.5.2013.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Asiakastiedon rakenteinen kirjaaminen. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www4.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/tiedonhallinta/kirjaaminen/asiakastiedon\\_rakenteinen\\_kirjaaminen](http://www4.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/tiedonhallinta/kirjaaminen/asiakastiedon_rakenteinen_kirjaaminen). Luettu 28.8.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Koodistopalvelu. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/koodistopalvelu>. Päivitetty 6.11.2013. Luettu 28.9.2014.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Valvira. 2013. Vanhustenhuolto. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/sosiaalihuolto/vanhustenhuolto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto/vanhustenhuolto). Luettu 13.5.2013.

Virtanen, K. 2008. Kirjaamisen sisältö hoito- ja palvelusuunnitelmissa vanhusten palvelukeskuksessa. Pro gradu-tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Raportti. Terveydenhuollon toimintaprosessit. Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. 2011/53. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.



Hyvä haastateltava

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Centria Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyömme laadukkaan kirjaamisen toteutumisesta vanhusten palvelutalossa hoitajien kokemana. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta palvelutalossa. Tavoitteena on, että opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää kehittämään kirjaamista yhä laadukkaammaksi JYTA-alueella.

Suoritamme opinnäytetyömme teemahaastatteluna ja haastattelu tapahtuu työyksikössänne yksilöhaastatteluna. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Työyksikkönne ja henkilöllisyytenne ei tule esille tutkimusraportissa. Valmis opinnäytetyö tulee olemaan saatavilla Centria Ammattikorkeakoulun koulutuskirjastossa.

Jos Teillä on kysyttävää, voitte ottaa meihin yhteyttä sähköpostitse.

Kiitos osallistumisestanne.

Ystävällisin Terveisin

**Anne Halkola**

Sairaanhoitajaopiskelija

anne.halkola@centria.fi

Centria Ammattikorkeakoulu

**Cecilia Nykvist**

Sairaanhoitajaopiskelija

cecilia.nykvist@centria.fi

Centria Ammattikorkeakoulu

## **Teemahaastattelun runko**

**PÄÄKYSYMYS 1:** Millaista mielestänne on hoitotyön laadukas kirjaaminen?

APUKYSYMYS: Mikä ohjaa kirjaamisen laadukkuutta?

APUKYSYMYS: Mitä näkökulmia on tärkeä huomioida, jotta kirjaaminen olisi mahdollisimman laadukasta?

APUKYSYMYS: Mitkä asiat tekevät kirjaamisesta laadukkaan?

**PÄÄKYSYMYS 2:** Miten mielestänne laadukas kirjaaminen toteutuu palvelutalossa?

APUKYSYMYS: Minkä koette hoitoyksikössänne kirjaamisen vähimmäisvaatimukseksi?

APUKYSYMYS: Mitä vahvuuksia esiintyy yksikkönne kirjaamisessa?

APUKYSYMYS: Mitä puutteita esiintyy yksikkönne kirjaamisessa?

APUKYSYMYS: Kuinka paljon kirjaaminen vie aikaa?

**PÄÄKYSYMYS 3:** Kuinka mielestänne hoitotyön kirjaamista voidaan kehittää?

APUKYSYMYS: Kuinka tärkeäksi koette kirjaamisen työssänne?

APUKYSYMYS: Onko kirjaamista tarve kehittää?

APUKYSYMYS: Aiheuttavatko lakimuutokset muutoksia yksikön kirjaamiseen?

APUKYSYMYS: Millaisia resursseja tarvitsisitte kirjaamisen kehittämiseen laadukkaammaksi?

## HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

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

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

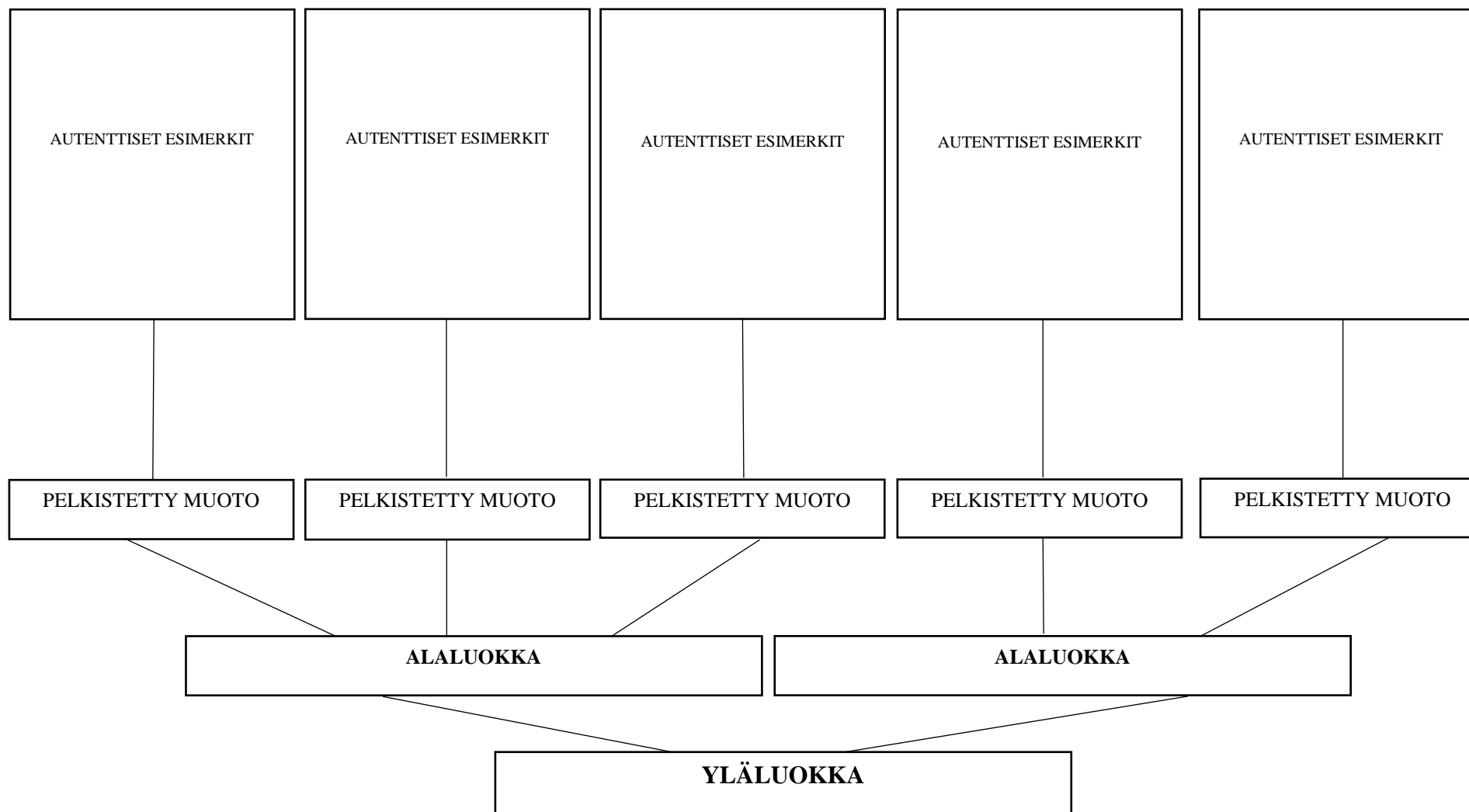


## HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

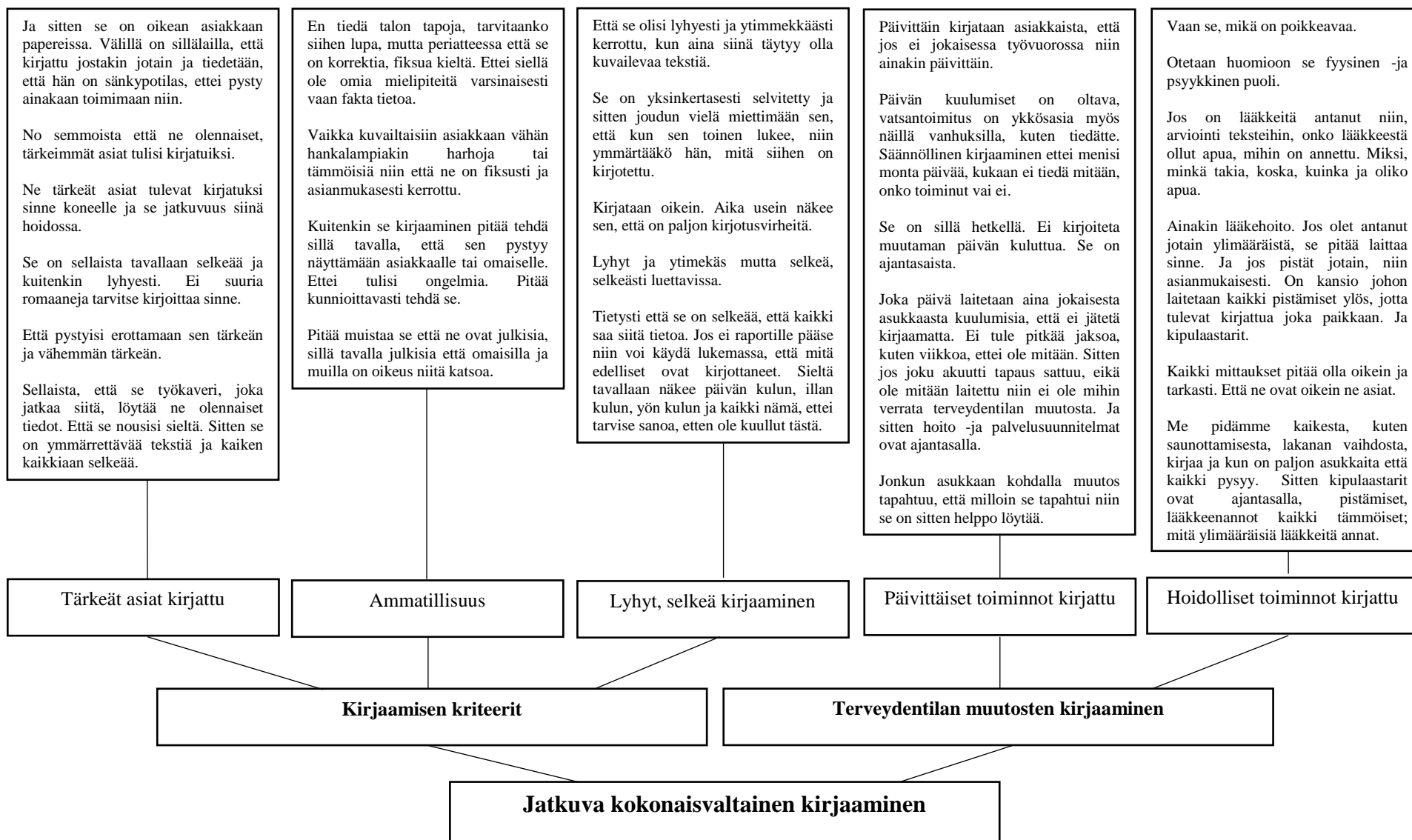
- arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitojakso/yhteenveto tai pkl-käynti)

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

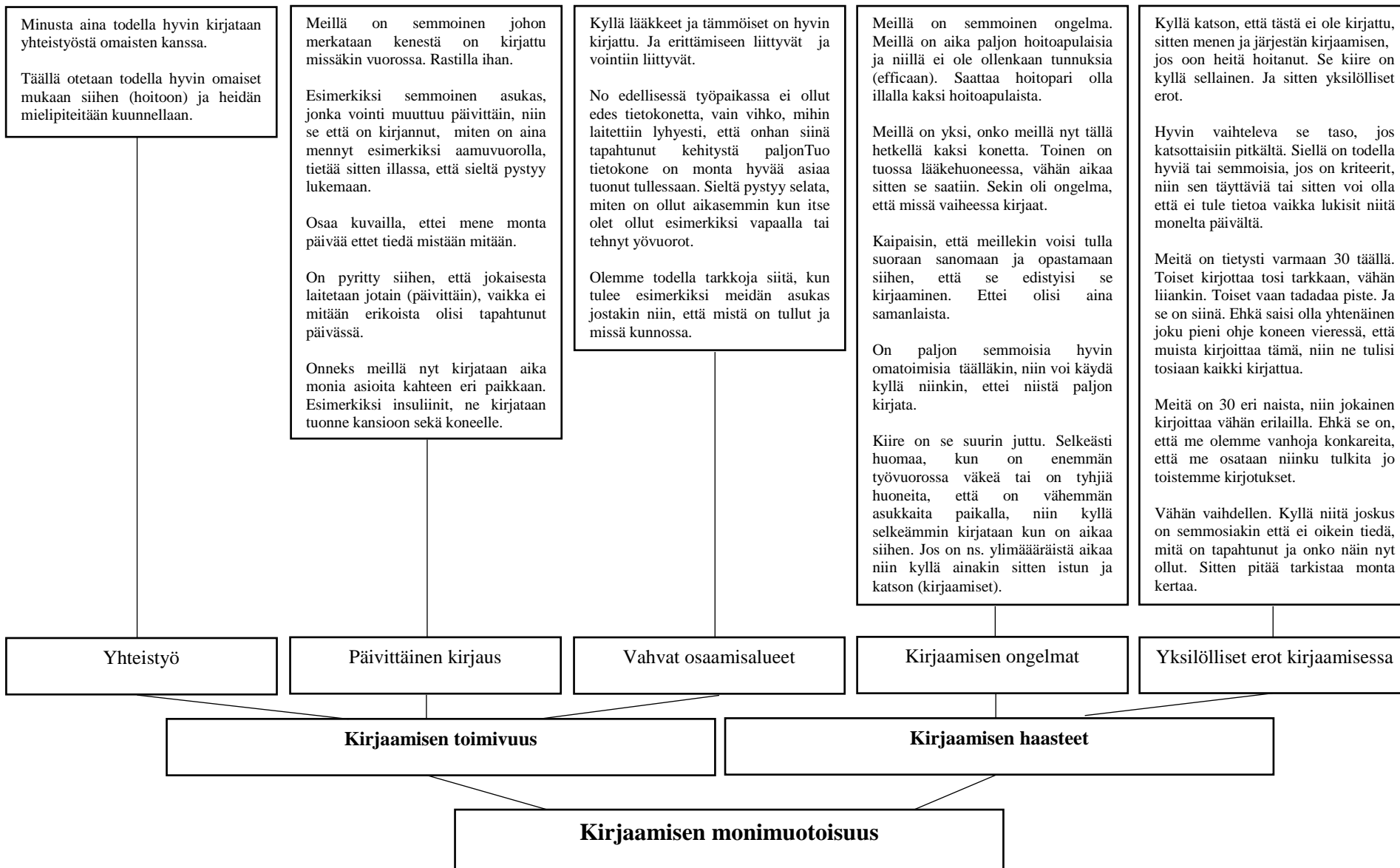
KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE																							
arvointikohde = yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso, yhteenvedo >3 kk tai pkl-käynti)																							
arviointiyksikkö:																		arviointipvm: / 20					
Auditointi osio/ hoitosuunnitelma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Σ ka		
1 <i>Hoitotyön tarve kirjattu 1)</i>																					0	0,00	
2 <i>Hoitotyön tavoite kirjattu 2)</i>																					0	0,00	
3 <i>Hoitotyön toteutus kirjattu 3)</i>																					0	0,00	
4 <i>Hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu 4)</i>																					0	0,00	
5 <i>Hoitotyön yhteenvedo kirjattu 5) paitsi 6)</i>																					0	0,00	
6 <i>Suunnitellut toiminnot kirjattu 7)</i>																					0	0,00	
7 <i>Suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu 5)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
8 <i>Tarve → tavoite, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
9 <i>Tavoite → toteutus, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
10 <i>Tavoite → arviointi, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
11 <i>Tarve=potilaan yksilöllinen 8)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
12 <i>Tavoite=yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen 9)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
13 <i>Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 10)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
14 <i>Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 11)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
15 <i>Yksilöllisyys &amp; loogisuus, &gt; 1 yhteinen tekijä, paitsi 12)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
Σ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	
tuloksen arviointi		tarvitaan kirjaamisen perusasioiden kehittämistä																		ei hyväksyttävä taso			
ei hyväksyttävä taso		0,00-4,99		▼		myös tarpeiden kirjaamisessa on kehitettävää																	
heikko taso		5,00-8,30		▼		myös tavoitteiden kirjaamisessa on kehitettävää																	
hyvä taso		8,31-11,60		▼		myös toteutuksen kirjaamisessa on kehitettävää																	
kiitettävä taso		11,61-15,00		▼		myös arvioinnin kirjaamisessa on kehitettävää																	
				▼		myös yhteenvedojen kirjaamisessa on kehitettävää																	
		1) jos osio 1 = 0, myös osiot 8, 11-15 = 0				7) jos osio 6 = 0, myös osiot 7 ja 15 = 0																	
		2) jos osio 2 = 0, myös osiot 8-10, 12-15 = 0				8) jos osio 11 = 0, myös osiot 12-15 = 0																	
		3) jos osio 3 = 0, myös osiot 9, 13, 15 = 0				9) jos osio 12 = 0, myös osiot 13-15 = 0																	
		4) jos osio 4 = 0, myös osiot 7, 10, 14, 15 = 0				10) jos osio 13 = 0, myös osio 15 = 0																	
		5) jos osiot 5, 7-10 = 0 myös osio 15 = 0				11) jos osio 14 = 0, myös osio 15 = 0																	
Arja Kaila, Leena Kuivalainen 2008/versio 31.03.2012©		6) ei koske yksittäistä pkl-käyntiä, jossa yhteenvedo = 1				12) ei koske yksittäistä lyhyttä pkl-käyntiä, jossa riittää 1 yhteinen tekijä																	

**Taulukkomalli**

## Millaista on hoitotyön laadukas kirjaaminen palvelutalossa hoitajien kokemana?



## Miten hoitotyön laadukas kirjaaminen toteutuu palvelutalossa hoitajien kokemana?



### Miten hoitotyön kirjaamista voidaan kehittää yhä laadukkaammaksi palvelutalossa?

