



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Rakenteisen kirjaamisen auditointi kotihoidon yksikössä

---

Hiltunen, Ida

Pitko, Ninamari

2012 Laurea Lohja

**Laurea-ammattikorkeakoulu**  
Laurea Lohja

## **Rakenteisen kirjaamisen auditointi kotihoidon yksikössä**

Ida Hiltunen  
Ninamari Pitko  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2012

Ida Hiltunen, Ninamari Pitko

Rakenteisen kirjaamisen auditointi kotihoidon yksikössä

Vuosi 2012 Sivumäärä 43

---

Tämä opinnäytetyö oli auditointitutkimus erään uusimaalaisen kotihoidon yksikön henkilökunnan potilaskirjaamisesta. Tutkimusaineisto koostui yksikön asiakkaiden (N = 30, n = 20) hoitosuunnitelmista ja päivittäiskirjaamisesta yhden viikon ajalta. Auditointi toteutettiin Kailan ja Kuivalaisen (2008) HoiData-hankkeen yhteydessä kehittämän kirjaamisen arviointilomakkeen pohjalta. Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida kotihoidon yksikön kirjaamisen tilannetta kokonaisuudessaan arviointilomakkeen minimikriteerien avulla ja osoittaa mahdolliset kehittämisen kohteet saatujen tulosten pohjalta.

Auditoinnin tutkimusjoukon muodostivat sellaisten kotihoidon pitkäaikaisasiakkaiden potilaspaperit, joiden luokse kotihoidon henkilökunta teki käyntejä vähintään kolme kertaa viikossa. Tutkimuskriteerit täyttyviä kotihoidon asiakkaita oli kolmekymmentä, joista kotihoidon osastonhoitaja poimi kahdenkymmenen asiakkaan otoksen satunnaisotantaa käyttäen. Asiakkaiden yksityisyydensuojaa kunnioitettiin auditointia toteutettaessa ja tutkimukseen osallistuneilta pyydettiin kirjallinen suostumus potilastietojen hyödyntämiseen kirjaamisen auditoinnissa.

Tuloksissa kotihoidon yksikön kirjaamisen todettiin olevan hyvällä tasolla ja kehityksen kohteiden olevan selkeästi näkyvillä. Hoitosuunnitelmien teksteissä sekä päivittäiskirjaamisessa käytettiin usein hoitotyön prosessin vaiheita (hoidon tarve, hoidon tavoite, suunnitellut hoitotyön toiminnot), mutta päivittäiskirjaamista selvennettiin harvoin vapaalla tekstillä. Valmiiden prosessin vaiheiden ansiosta tarpeet, toteutukset ja suunnitellut toiminnot oli kirjattu aina niille varattuihin kohtiin hoitosuunnitelmaan. Näiltä osin kirjaaminen oli kiitettävää ja potilaan näkökulman huomioivaa. Niissä hoitotyön prosessin vaiheissa, joilla ei ollut erikseen nimettyä kirjaamiskohtaa (toteutukset toimenpiteet, hoidon tulos, hoidon arviointi), kirjaaminen oli puutteellista. Yleisesti hoitosuunnitelmat olivat perusteellisia ja asiakaslähtöisiä.

Kotihoidon yksikön kirjaamista suositeltiin kehitettävän etenkin hoitotyön tulosten arvioinnin osalta. Tulosten arvioinnille tulisi yhteisesti kotihoidon yksiköiden kesken luoda oma sarake, joka vastaa hoitotyön kirjaamisen tarpeita. Työyhteisön pitäisi korostaa keskinäisen oppimisen merkitystä ja antaa palautetta kirjaamisen osaamisesta. Eritasoiset kirjaamisen osaajat voivat täydentää ja kehittää osaamistaan yhdessä.

Jatkotoimenpiteiksi ehdotettiin, että arviointilomakkeen mukainen auditointi suoritetaan säännöllisin väliajoin ja hoitohenkilökunnan lisäkoulutus järjestetään tulosten perusteella.

Asiasanat: kirjaamisen auditointi, kotihoito, hoitotyön prosessi.

Ida Hiltunen, Ninamari Pitko

An audit of structured nursing documentation of a home care unit

Year	2012	Pages	43
------	------	-------	----

---

This thesis was an audit study of nursing documentation in a Finnish home care unit. The research material consisted of home care units' clients' (N = 30, n = 20) patient care plans and daily nursing documentation of a one week period. The audit was implemented with an assessment form created by Kaila and Kuivalainen (2008) during the HoiData project. The aim of the study was to evaluate nursing documentation with minimum criteria of the assessment form and point out potential improvements in documentation based on results.

The research group was constituted of patient recordings from those long-term home care units' clients, who were visited by home care nursing staff more than three times per week. Clients meeting the research criteria were thirty persons of which the head nurse chose twenty clients by random sample selection method. The privacy of the clients was respected during the research and those who participated in study were asked a written permission to use their patient records in documentation audit.

The results showed that the home care units' documentation was in a good level and the targets of improvement were clearly on display. The prepared headlines (need of care, aim of care and planned nursing procedures) provided by the system were often used in the patient care plans and daily documentation. However, they were usually not clarified with written text by nursing staff. Because of the already existing titles (need of care, daily documentation and planned nursing procedures), these were always documented in sections pointed to them. The documentation in these sections was excellent and clients' perspectives had been taken into consideration. Those parts of the nursing process that had no separate segments in the documentation system (implemented nursing procedures, outcome of care and assessment of care) were found out to be documented inadequately. Generally, the patient care plans were thorough and patient-oriented.

The recommendation based on results of the audit is to improve nursing documentation of the home care unit especially in patient care's outcome and assessment documentation. Home care units should jointly create segments for outcome and assessment of care, which correlate the needs of nursing documentation. The work community should emphasise the meaning of reciprocal learning and give feedback on documentation know-how. Experts of different levels can complete and improve their abilities together.

As proposals for further development, it is suggested that an audit consistent with the assessment form to be carried out regularly and nursing staff's education of documentation to be organized based on these results.

Keywords: nursing documentation audit, home care, nursing process.

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kotihoito.....	7
	2.1 Kotihoidon palvelut.....	7
	2.2 Yksikön kirjaamistottumukset.....	8
3	Teoreettiset lähtökohdat.....	9
	3.1 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen.....	9
	3.2 Hoitotyön prosessi osana kirjaamista.....	10
	3.3 Hoitokertomus ja hoitosuunnitelma.....	11
	3.4 Näyttöön perustuva hoitotyö kirjaamisessa ja sen arviointi.....	12
	3.5 Kansalliset hankkeet kirjaamisen mallina.....	12
	3.6 FinCC-luokituskokonaisuus.....	13
	3.6.1 FinCC-luokitusten mukainen kirjaaminen.....	14
	3.6.2 FinCC-luokitusten komponentit ja sisällöt.....	15
	3.7 Kirjaamisen lainsäädäntö.....	16
	3.7.1 Potilasasiakirjasäädökset.....	17
	3.8 Etiikka hoitotyössä ja hoitotyön kirjaamisessa.....	18
4	Toteutus.....	19
	4.1 Tutkimusetiikka.....	19
	4.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	20
	4.3 Kirjaamisen kriteerit.....	20
	4.4 Auditointi.....	21
	4.5 HoiData-hankkeen kirjaamisen arviointiprosessi.....	23
5	Tulokset.....	25
	5.1 Auditoinnin toteutus.....	25
	5.2 Auditoinnin tulokset.....	25
6	Pohdinta.....	30
	6.1 Tulosten tarkastelu ja kehitysehdotukset.....	30
	6.2 Virhemarginaali.....	31
	6.3 Eettinen näkökulma.....	32
	Lähteet.....	33
	Liitteet.....	37
	Taulukot.....	37

## 1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö käsittelee kirjaamisen arviointia erään uusimaalaisen kuntayhtymän kotihoidon yksikössä. Opinnäytetyö on keskittynyt tarkastelemaan hoitotyön kirjaamista koskevia tutkimuksia ja kirjallisuutta tarkoituksenaan arvioida kirjaamisen toteutumista kotihoidossa. Arviointi tapahtui HoiData 2007-2009 -hankkeen loppuraportin kirjaamisen arviointilomakkeen kriteereiden perusteella. Hankkeessa oli mukana kuntayhtymän kolmen kunnan kotihoidon yksiköt.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tarkastella auditoinnin avulla toteutuiko hoitohenkilökunnan potilastietojen ja hoitosuunnitelmien kirjaaminen HoiData-hankkeessa kehitettyjen ohjeiden mukaisesti. Työn tavoitteena oli tuottaa kotihoidon yksikölle tietoa henkilökunnan potilaskirjaamisen laadusta ja osoittaa mahdolliset kehittämisen kohteet. Hoitotyön kirjaamisen päätavoite on tuottaa tietoa potilaan hoidosta, sen laadusta, sujuvuudesta, resursoinnista tai tuloksista (Ensio & Saranto 2007). Hyvällä kirjaamisen opettelulla ja kehittämisellä selkeytetään hoitotyön omaa itsenäistä asemaa ja näkyvyyttä (Lehti 2004). Opinnäytetyön tarkoitus oli kertoa itse kirjaamisen toteutumisesta ja tarvittaessa kannustaa sen kehittämiseen kotihoidossa. Rakenteisen kirjaamisen järjestelmää on juurrutettu terveydenhuollon yksiköihin jo puolen vuosikymmenen ajan, mutta sen perusteellisesta ja hoitotyön kannalta oleellisesta käytöstä potilasraportoinnissa on vielä monia epäselvyyksiä henkilöstön osalta (Ensio & Saranto 2007). Tämän vuoksi opinnäytetyön aihe oli hyvin ajankohtainen.

Lupa tutkimuksen toteuttamiseen haettiin tutkimuslupahakemuksella kuntayhtymän ikäihmisten palvelulinjan johtajalta ja tutkimukseen osallistuneilta asiakkailta kerättiin suostumukset heidän potilaskertomustensa tarkasteluun. Tiedonhakuun käytettiin internetlähteinä julkisia hakukoneita sekä terveydenhoitoalan sivustoja ja lääketieteellisiä tietokantoja, kuten Medicia ja Duodecimia. Haku rajoitettiin seuraaviin sanoihin ja niiden yhdistelmiin: hoitotyön kirjaaminen + auditointi/arviointi sekä englannin kielellä home care/nursing + documentation. Tietoa opinnäytetyöhön etsittiin myös Lohjan Laurean opiskelijakirjaston ja Vihdin pääkirjaston kirjallisuusaineistoista. Hakuaineisto koostui väitöskirjoista, ammattikirjallisuudesta ja lehtiartikkeleista. HoiData 2007 - 2009 -hankkeen loppuraportista saatiin viitteitä kirjaamisen arvioinnin työkaluista ja opinnäytetyön materiaalin auditoinnin mittarina käytettiin hankkeen kirjaamisen arviointilomaketta.

## 2 Kotihoito

### 2.1 Kotihoidon palvelut

Kotihoito muodostuu kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta. Se lukeutuu ikäihmisten palvelulinjaan ja sen tavoitteena on täysipainoisen elämän mahdollistaminen korkeaan ikään asti tukemalla eri tavoin kotona asumista sekä varmistamalla yksilöllisen tarpeen mukainen hoito ja hoiva. Kotihoito koostuu kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta ja tukipalveluista. Kotihoito tarkoittaa asumiseen, henkilökohtaiseen hoitoon ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja niissä avustamista. Kotihoidon työn perusteina ovat sosiaalihuoltolaki (710/82) 20 ja 21 § sekä kansanterveyslaki (66/1972) 14 ja 17 §. Kotihoito on moniammatillista tiimityötä, jossa vastataan asiakkaan perustarpeisiin ja sen tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat yksityiset palveluntuottajat, omaiset ja vapaaehtoistyöntekijät. Tukipalveluja kotihoidon ohessa ovat ateriapalvelu, kuljetuspalvelu, päivätoiminta, turvapalvelu ja kuntouttava intervallihoito palvelutaloissa. Kotihoidon palveluita myönnetään alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn perusteella. Palvelut on kohdistettu pääsääntöisesti vanhuksille, vammaisille ja pitkäaikaissairaille. Kotihoidon palvelut voivat olla tilapäisiä tai säännöllisiä. Kaikille kotihoidon piirissä oleville asiakkaille tehdään henkilökohtainen kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa sovitaan myönnetyt palvelut. Kotihoidon henkilökunta koostuu muun muassa sairaanhoitajista, lähihoitajista, kodinhoitajista ja perushoitajista. (Ollila 2011.)

Suurin asiakasryhmä kotihoidossa ovat 75 - 84-vuotiaat, joka kolmas asiakkaista on täyttänyt 85 vuotta. Asiakkaista enemmistö on naisia. Kolmasosa asiakkaista tarvitsevat kaksi kotikäyntiä vuorokauden aikana. Säännöllistä kotihoitoa alentuneen fyysisen toimintakyvyn takia sai Stakesin hoitoilmoitusrekisterin (2005) mukaan 60,6 %. Tutkimusten ja somaattisten sairauksien hoidon osuus oli 17 %, niistä tavallisimpia sairauksia olivat sepelvaltimosairaudet, verenpainetauti, sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt, dementoivat sairaudet, diabetes ja osteoporoosi. Asiakkaista 10,8 % :lla oli diagnosoitu dementoiva sairaus, psykososiaalinen sairaus oli hoidon syynä 9,7 % :lla. (Luoma & Kattainen 2008.) Opinnäytetyössä tarkastellun kotihoidon asiakaskunta muodostuu pääosin iäkkäistä sekä päihde- ja mielenterveysasiakkaista.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja tai asiakokonaisuus, johon merkitään asiakkaan tarvitsemat palvelut ja hoito sekä hoidon muoto ja arvioitu kesto ja niiden sovitut ajankohdat. Suunnitelman tavoitteena on edistää ja tukea kuntouttavaa ja asiakaslähtöistä työtä sekä tukea ikäihmisten kotona asumista. (Päivärinta & Haverinen 2002.)

## 2.2 Yksikön kirjaamistottumukset

Kohdeyksikössä on ollut käytössä sähköinen kirjaaminen 90-luvulta alkaen. Kotihoidon kirjaamiseen tarkoitettuun Pegasos-järjestelmään siirryttiin vuonna 2009, josta sähköinen rakenteisen kirjaamisen versio otettiin käyttöön 2010. Talven 2010 - 2011 aikana kaikelle kotihoidon henkilöstölle on järjestetty koulutusta päivitetyistä rakenteisesta kirjaamisesta. Opinnäytetyössä arvioidaan kirjaamisen kriteerien täyttymistä kotihoidon potilasraportoinnissa sekä henkilöstölle vastikään järjestetyn kirjaamisen koulutuksen onnistumista käytäntöön soveltamisessa. Kirjaamisen auditointi tarkoittaa tässä tapauksessa potilastietojen sähköisen raportoinnin minimikriteerien toteutumisen tarkastelua hoitosuunnitelmien ja hoitotyön toimintojen osalta HoiData 2007 - 2009-hankkeen arviointilomakkeen mukaisesti. Tavoitteena on saatujen tulosten pohjalta arvioida kotihoidon yksikön kirjaamisen tilannetta kokonaisuudessaan ja osoittaa mahdolliset kehityksen kohteet. Jatkossa yksikkö voi halutessaan arvioida omaa kirjaamista saman Kailan ja Kuivalaisen (2008) auditointilomakkeen avulla. Hoitotyön vaikuttavuuden itsearvioinnin on huomattu lisääntyneen huomattavasti kirjaamisen auditointien jälkeen, kuten esimerkiksi Turun yliopistollisessa sairaalassa toteutetusta tutkimuksesta ilmenee (Lehti 2004), sillä hoitotyöntekijät ovat kiinnostuneita tuloksistaan ja niiden vertailusta (Jokinen ym. 2011b).

Kotihoidon henkilöstö on jaettu maantieteellisesti neljään pienryhmään, jotka vastaavat asiakkaiden palveluista. Erikoisalueisiin perehtyneiden hoitajien asiantuntemusta hyödynnetään koko kotihoidon palvelualueella. Kotihoidossa on käytössä omahoitajajärjestelmä, johon on 90-luvulta lähtien kokeilujen kautta vähitellen siirrytty. Henkilöstön kirjaaminen tapahtuu kotihoidon toimistotiloissa asiakastapaamisten jälkeen. Kotihoidon asiakkaista suurin osa asuu 10 kilometrin säteellä ydinkeskustasta, mikä helpottaa henkilökunnan työtä.

Aihetta on tutkinut samaa auditointimenetelmää käyttäen muuan muassa Kristiina Aukeala (2009), joka tarkasteli Effica-käyttäjien kirjaamista Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä. Hän toteaa rakenteisen kirjaamisen ongelmakohdiksi hoitotyön tulosten arvioinnin sekä tavoitteiden tarkastelun potilaan näkökulmasta käsin. Tutkimuksen perusteella kirjaamista tulisi parantaa hoidon tavoitteen ja arvioinnin osalta sekä potilaan näkökulman viestittymiseksi. Hoitajille tulisi hänen mielestään antaa lisää opetusta hoitotyön toteutuksen ja arvioinnin kirjaamisessa erillisinä osinaan. (Aukeala 2009.) Myös Helsingin terveyskeskuksessa on tarkasteltu rakenteisen kirjaamisen toteutumista ja käytetyimpiä komponentteja kotihoidossa vuonna 2009, jolloin henkilökunta oli esittänyt toiveen Yleisvointi-luokituksen lisäämisestä kirjaamisjärjestelmään sen hankalan määrittämisen vuoksi nykyisessä luokituskokonaisuudessa (Jokinen ym. 2011a, 2011b).



### 3 Teoreettiset lähtökohdat

#### 3.1 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Auditoinnin pohjana toimivat HoiData-hankkeen kirjaamisen vähimmäisvaatimukset, joiden mukaan kotihoidon sähköisten potilaskertomusten sisältöjä tarkastellaan. Potilaan hoitotyöhön liittyvän raportoinnin arviointi on tärkeää, sillä kirjattu tieto sisältää informaatiota potilaan saamasta hoidosta ja hoidon tavoitteiden täyttymisestä sekä hoidon vaikutuksista potilaan terveydentilaan (Ensio & Saranto 2007). Kirjatun tiedon tulee olla virheetöntä, asianmukaista, selkeää, luotettavaa, arvioivaa ja perusteltua (Kassara ym. 2005). Laadukas kirjaaminen myös takaa potilaan lakisääteisten oikeuksien toteutumisen (Saranto & Sonninen 2007; Ensio & Saranto 2007) ja sitä voidaan käyttää myös terveydenhuollon toiminnan valvonta- ja valitustilanteissa. Kirjaamisen auditointi antaa tietoa hoitotyön jatkuvaa kehittämistä varten sekä perusteita mahdollisiin toiminnanmuutoksiin. Hoitotietojen ollessa puutteellisia myös potilasraporttien tarkoituksenmukainen hyödyntäminen ja potilaan hoidon toteutuminen vaikeutuvat. Lisäksi puutteellisesti kirjattu tieto lisää hoitovirheiden mahdollisuutta. (Ensio & Saranto 2007.) Sairaanhoidajien osaamisesta määrittää hoitotyön ongelmia, tavoitteita ja toimintoja on saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia. Suomalaiset tutkimukset kertovat, että sairaanhoidajat pystyvät määrittämään hyvin hoitotyön ongelmia, mutta potilaan hoidon kannalta oleellisten tietojen ja oman toiminnan täsmällisten tavoitteiden asettaminen tärkeysjärjestykseen tuottaa hankaluuksia. Hoitotyön toiminnot ja keinot ovat yleensä hyvin esitetyinä, mutta niiden yhtenäisyys hoitotyön ongelmien kanssa on puutteellista. (Lehti 2004.)

Rakenteisuus hoitotyön kirjaamisessa tarkoittaa potilaan hoitoon liittyvien tietojen merkitsemistä systemaattisesti, lähtökohtana on että kirjattava tieto merkitään hoitokertomuksessa sille tarkoitettuun kohtaan (Tanttu & Rusi 2007). Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa hoitotyössä käytettävien käsitteiden yhtenäisyyden, tukee hoitotyön kirjaamisen ohjausta ja perehdytystä sekä auttaa parantamaan kirjaamisen ja hoidon laatua. Lähetteisissä, tiivistelmissä, yhteenvedoissa ja hoitopalautteissa voidaan käyttää hyödyksi potilaan hoitotietoihin koottuja erilaisia hoitokokonaisuuksia. Yhtenäisyys kirjatuihin tiedoihin helpottaa potilaan hoitoon tarvittavien tietojen hakua potilaskertomusjärjestelmästä sekä mahdollistaa tiettyjen tietojen saatavuuden. Samanlaisten luokitusten, otsikoiden ja koodistojen avulla voidaan hakea helposti tietoja, niitä voidaan yhdistää myös potilaaseen, hoitoprosessin eri vaiheeseen, erikoisalaan, ammattiryhmään ja aikaan (Tanttu & Rusi 2007.) Hoitotyön yhteenveto on tiivistelmä hoitotyön kirjauksista, joka mahdollistaa hoitopaikan vaihtuessa hoidon jatkuvuuden. (Ensio & Saranto 2004.) Rakenteisiin hoitotyön tietoihin voidaan halutessa liittää myös arviointimittareita hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden tarkastelemiseksi. Saaduista tuloksista pystytään muodostamaan tilastoja komponenttien käytöstä, eri hoitotyönprosesseista sekä potilaan hoitoisuudesta. (Tanttu & Rusi 2007.)

Kirjaamisessa käytetään perinteisen, manuaalisen kirjaamisen mukaista prosessia, jotta tiedot olisivat mahdollisimman hyvin hyödynnettävissä. Sähköisen kirjaamisen hyödyt jäävät vähäisiksi, jos hoitotarpeiden määrittely ja hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi eivät ole näkyvissä. Onkin tärkeää, että kirjaaminen on rakenteista ja edistää luokitusten mukaan potilaslähtöistä hoitotyön toimintaa ja kirjaamista. (Ensio & Saranto 2004.) Onnistunut sähköisen kirjaamisen käyttöönotto vaatii osastolta nykytilanteen kartoitusta, yhtenäisiä toimintamalleja, kokonaisuuden hallintaa ja toimivaa muutosjohtamista (Salonen, Virta-Helenius, Renholm, Stenroos & Vuorinen 2012). Tiedon hyödyntäminen on vähäistä, jos työyksikössä ei ole sovittu yhtenäistä kirjaamistapaa. Eroavainen kirjaamistapa henkilökunnan välillä vaikuttaa kirjaamisen tasoon, tarkkuuteen ja tiedon laajuuteen. (Ensio 2007.) Yhtenäiset kirjaamistavat muuttavat terveydenhuollon ammattihenkilöiden tottumuksia potilastietojen dokumentointiin, mutta edistävät samalla tiedonsiirtoa sekä terveydenhuollon organisaation sisällä että eri organisaatioiden välillä potilaan siirtyessä jatkohoitoon (Häyrinen 2011). Yhtenäisesti kirjatut tiedot mahdollistavat myös niiden vertailukelpoisuuden eri hoitoyksiköiden välillä (Jokinen ym.2011b). Tiedonsiirron sujuvuus parantaa potilasturvallisuutta. Sähköisen kirjaamisen avulla talletetun tiedon laatu ja etenkin sen määrämuotoisuus mahdollistaa tietojen uudelleenkäytön kliinisessä, hallinnollisessa ja terveystieteellisessä päätöksenteossa. (Häyrinen 2011.)

### 3.2 Hoitotyön prosessi osana kirjaamista

Hoitotyön prosessi kuuluu kiinteästi potilaan hoitopolkuun. Hoitotyön prosessi jakautuu neljään eri osa-alueeseen, jotka ovat tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitotyön prosessi ohjaa sairaanhoitajan ammatillista ajattelua ja auttaa toimimaan johdonmukaisesti työtehtävissä. Tarpeen määrittäminen käsittää tietojen keruun ja analysoinnin, sekä potilaan hoitotyön tarpeiden tunnistamisen. Tietojen keruu tapahtuu potilaan ja hänen läheistensä haastattelujen sekä erilaisten mittauksien ja potilaan havainnoinnin avulla. Suunnitelmavaiheessa potilaan hoitotyö suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa, jolloin asetetaan hoitotyön tarpeet tärkeysjärjestykseen ja laaditaan tavoitteet, jotka pyritään saavuttamaan hoitajakson aikana. Nämä kirjataan potilaan hoitotyön suunnitelmaan. Toteutus on potilaan ja sairaanhoitajan tavoitteiden mukaista toimintaa potilaan hoitotyössä, johon potilas aktiivisesti osallistuu. Sairaanhoitaja on vastuussa siitä, että potilaan hoito etenee toivottuun suuntaan. Arviointi on hoitotyön onnistumisen edellytys. Hoitotyön vaikuttavuutta ja tavoitteiden täyttymistä arvioidaan potilaan kanssa jatkuvasti hoidon edetessä. Arvioinnissa huomioidaan potilaan oma kokemus tilanteestaan ja saamastaan hoidosta. Potilaan hoitotyöstä kirjattu tieto auttaa arvioinnissa sekä kertoo tavoitteiden täyttymisestä ja potilaan hoidon etenemisestä. (Kassara ym.2005.)

Salonen ym. (2012) ovat kartoittaneet hoitohenkilökunnan hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista sähköiseen potilastietojärjestelmään sekä esimiesten käsityksiä prosessin mukaisen kirjaamisen onnistumisesta. Tarkastelussa todettiin että hoitohenkilökunta ei hahmottanut eikä toteuttanut järjestelmällisesti prosessin mukaista kirjaamista ohjeistuksesta huolimatta. Rakenteisen kirjaamisen hoitotyön otsikoiden hyödyntäminen oli vaihtelevaa ja kirjaukset kuvasivat hoitajien suorittamaa tekemistä, eivät potilaan voinnin muutoksia. Valmiiden otsikoiden käyttämisen sijaan hoitohenkilöstö kirjasi usein vapaalla tekstillä kirjaamisohjelman tyhjälle välilehdelle, sillä he kokivat prosessin mukaisen kirjaamisen olevan epämiellyttävää ja hoidon dokumentointia rajaavaa. Teksti kirjattiin mieluiten ”päivittäiset hoitotyön tavoitteet”-otsikon alle ja siitä uupuivat hoidon arvioinnit. (Salonen ym.2012.)

### 3.3 Hoitokertomus ja hoitosuunnitelma

Hoitokertomuksella eli sähköisellä hoitokertomuksella tarkoitetaan kansallisen kirjaamismallin toteuttamista tietojärjestelmissä. Hoitokertomus mahdollistaa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen ja sen perustana ovat FinCC-luokituskokonaisuus ja hoitotyön prosessimalli. Hoitotyön kirjaamisessa on usein osasto- tai kuntakohtaisesti sovittu mitä ja miten kirjataan. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan kaikkia asiakirjoja, jotka koskevat potilasta ja yhtenä osana sitä on potilaskertomus. Hoitokertomus on potilaskertomuksen osa, jonka laatii hoitohenkilökunta. Kertomus käsittää potilaan hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen, hoidon seurannan ja hoidon arvioinnin. (Saranto & Sonninen 2007.) Hoitokertomuksen tieto on reaaliaikaista ja sen pitää olla käytettävissä viiveettä, myös moniammatillisuuden tulisi näkyä jatkuvuuden ja joustavuuden turvaamiseksi. Hoitokertomus tulee säilyttää kymmenen vuotta siitä kun hoitjakso on päättynyt. (Tanttu & Ikonen 2007.)

Hoitokertomuksesta ilmenevä hoitosuunnitelma on potilaan osastolla vastaanottavan hoitajan tai kotihoidon asiakkaalle osoitetun omahoitajan laatima kirjallinen kertomus potilaan hoidon tarpeista, ongelmista, tavoitteista ja aikataulusta. Hoitosuunnitelman pohjalta potilaalle tai asiakkaalle annetaan yksilöllistä hänen tarpeitaan vastaavaa hoitoa ja kuntoutusta sekä pyritään edistämään hänen terveyttään suunnitelman tavoitteita vastaavalle tasolle. Rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti hoitosuunnitelma laaditaan potilaslähtöisesti ja mieluiten potilaan omia sanontoja käyttäen. (Kärkkäinen 2005.) Hoitosuunnitelmissa esiintyvät ongelmat johtuvat usein epätarkkuuksista, kuten hoitosuunnitelmaan asetettujen tavoitteiden vaikeaselkoisuudesta tai ”ympäripyöreystä”. Puutteelliset ja epämääräiset hoitosuunnitelmat johtavat yhtä vajavaisiin ja epäselviin potilasraportteihin. (Karlsen 2007.)

### 3.4 Näyttöön perustuva hoitotyö kirjaamisessa ja sen arviointi

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja sen käyttöä potilaan terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja toiminnan toteutuksessa sekä hoitotyön tuloksessa ja hoidon arvioinnissa. Näyttö voidaan jakaa hyväksi havaittuun toimintanäyttöön, kokemukseen perustuvaan näyttöön ja tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön. (Leino-Kilpi & Lauri 2003.) Tämän tulisi ilmetä kirjauksissa joista ilmenee millaiseen tietoon päätöksen perustuvat ja mitä hoitotyön keinoilla saavutettiin.

Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaamisen tavoitteina ovat mm. eroon pääsy epätarkasta, muistinvaraisesta ja suullisesta tiedottamisesta. Ongelma ilmenee tutkimustiedon hakemisesta ja sen soveltamisessa käytännön työssä. Hoitotyön tutkimustietoa ei ole riittävästi kaikilta osa-alueilta, jolloin tieto hoitotyön kirjaamisesta leviää käytännön ammattilaisten erilaisten tutkintojen ja tietotaitojen kautta. Erilaisia täydennys- ja teoriakoulutuksia järjestetään, mutta sen perusteella lyhyen koulutuksen käyneitä ei voida edellyttää pystyvän perusteellaan toimintaansa näyttöön perustuvan hoitotyön edellyttämällä tavalla. (Hallila 2005.) Näyttöön perustuva hoitotyö näkyy tutkitun tiedon soveltamisena, kliinisenä ongelmanratkaisukykyä ja asiantuntijuuteen perustuvan käytännön kehittämisenä (Huovinen, Miettinen, Mykkänen & Saranto 2011).

Pekkalan (2007) mukaan näyttöön perustuvaa kirjaamista voidaan arvioida eri kriteerein. Potilasasiakirjasta näkyy, kuinka hoitoprosessin eri vaiheissa on toimittu (pätevyys) joka dokumentoidaan siten, että tapahtuma, niiden merkitykset ja perusteet ovat selkeitä (toistettavuus). Hoidon tarve kuvataan niin, että toinen voi soveltaa ja tulkita tietoa (luotettavuus), jolloin kaikkien osapuolten näkökulmat ovat kirjattuina potilas mukaan lukien (edustuksellisuus). Kaikkien asiakirjaa käyttävien on löydettävä oleelliset asiat hoitoon ja terveydentilaan liittyen (kliininen soveltavuus). Kirjauksesta tulee näkyä myös potilaan omien näkemysten huomioon ottaminen (joustavuus). Kirjattu kieli on selkeää, yhtenäistä ja määritelmien tulee olla täsmällisiä (selkeys) ja prosessin tulee olla kuvattu tarkasti (tarkkuus). (Pekkala 2007.)

### 3.5 Kansalliset hankkeet kirjaamisen mallina

Vuonna 2005 aloitettiin Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin HoiDok-hanke, jonka tavoitteena oli kehittää yhtenäinen rakenteinen kirjaamisen menetelmä hoitotyöhön. Hankkeen myötä kehitettiin uusin terveydenhuollon sähköinen kirjaamisjärjestelmä FinCC-luokituskokonaisuus (Finnish Care Classification), joka on Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin (HoiDok) -hankkeen 2005-2008 ja Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot (HoiData) -hankkeen 2007-2009 luoma koodisto terveydenhuollon hoitosuunnitelmien luomista, hoitotyön raportointia ja hoidon arviointia varten. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin

kuntayhtymä 2009.) Siirtymävaihe tapahtui uuden ja entisen kirjaamistavan rinnakkaisella käytöllä, jolloin muun muassa Helsingin terveystieteiden keskuksen kaupunginsairaalassa huomattiin uuden kirjaamistavan siirtymävaiheessa kirjaamisen tason huonontuneen. Tällöin välttämättömät merkinnät kirjattiin, mutta hoidon tuloksen arviointiin ei panostettu. Myös kotihoidon henkilökunta piti uutta kirjaamismallia hitaana, irrallisena tai asiakkaan voinnin kuvailemista hankaloittavana. Rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen on muuttanut kirjaamista laadukkaamaksi. Etenkin uudistunutta hoitosuunnitelmaa pidetään paremmin palvelevana ja helpompina päivittää, joka helpottaa varsinkin päivittäistä kirjaamista. Tämä mahdollistaa hoitohenkilökunnan paremman keskittymisen potilaan voinnin ja hoidonvaikutusten kuvaamiseen. (Jokinen ym.2011a.) Potilaskirjaamisen laatua tarkastellut Rykkje (2008) puolestaan käsittelee tutkimuksessaan sähköisen potilaskirjaamisen tehokkuutta VIPS -ohjelmalla sekä pyrkii laaduntarkastelun lisäksi ymmärtämään kirjaamisen sisältöä. Rykkje toteaa sähköisen potilaskirjaamisohjelmaan siirtymisen jälkeen potilaskertomusten sisällön olevan laadukkaampaa ja potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä huomioita esiintyvän vähemmän. Puutteita ilmenee erityisesti henkilökunnan kirjaamisissa hoitosuunnitelmissa. Kehittämisen varaa löytyy myös päivittäiskirjaamisen pitkissä aikaväleissä sekä avainsanoissa, joita käytetään kirjatessa usein liian vähän tai väärin. Parantamiseksi Rykkje listaa muun muassa tietokoneohjelman sovelluksen kehittämisen ja hoitohenkilökunnan lisäperehdytyksen ohjelmaan. (Rykkje 2008.)

Kristiina Häyrinen (2011) puolestaan korostaa väitöskirjassaan, että hoitohenkilökunta kaipaa edelleen yhtenäistä kirjaamismenetelmää. Hänen tutkimuksensa mukaan potilasta hoitavien henkilöiden kirjaamistavat eivät ole yhtenäisiä. Väitöskirjasta ilmenee että lääkärit ja fysioterapeutit kirjaavat pääasiassa vaihtelevasti jäseneltyä, vapaamuotoista tekstiä, joissa lääkärit hyödyntävät harvoin kansainvälistä tautiluokitusta (ICD 10) diagnoositietojen kirjaamisessa ja hoitajien dokumentaatio puolestaan perustuu hoidon prosessimalliin. Hoitajat hyödyntävät suomalaisia hoitotyön luokituksia kirjaamisessaan, mutta luokitusten käyttö on epäyhtenäistä. (Häyrinen 2011.) Salonen ym. (2012) korostavatkin esimiesten vastuuta hoitohenkilöstön kirjaamisen osaamisen laadusta ja rakenteisen kirjaamisen perusasioiden, kuten hoitotyön prosessin hallinnasta.

### 3.6 FinCC-luokituskokonaisuus

Hoitohenkilökunta hyödyntää FinCC-luokituskokonaisuutta kirjatessaan hoitotietoja systemaattisesti potilaan hoitokertomukseen. Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu suomalaisen hoitotyön luokituksen FinCC-rakennemallin mukaisesti, jossa määritellään hoitotyön tarve (SHTaL 2.0.1), toiminto (SHToL 2.0.1) ja tulos (SHTuL 1.0). (Ensio, Kaakinen & Liljamo 2008.)

Luokituskokonaisuudesta on ilmestynyt versio FinCC 3.0 loppuvuodesta 2011. Tässä tutkielmassa kuvataan luokitusta 2.0.1 koska sitä käytettiin auditoitavan kotihoidon yksikön kirjaamisessa.

Hoitotyön tarve tarkoittaa terveydellistä ongelmaa, johon voidaan hoitotyön toimintojen avulla vaikuttaa lievittävästi tai poistavasti. Tarve määritellään potilaan oman kokemuksen ja hoitajan tekemien havaintojen mukaisesti. Hoitokertomukseen kirjataan potilaan hoidon kannalta merkittävät tarpeet. Toiminto kuvaa potilaan hoitotyön tarpeeseen kohdistuvaa suunniteltua ja toteutettua toimintaa, joka tapahtuu osaston, poliklinikan tai palveluasumisen päivittäisessä hoitotyössä. (Ensio & Saranto 2007.) Hoitotyön tulos kertoo potilaan tilassa tapahtuneista muutoksista asteikolla parantunut, ennallaan ja huonontunut. Potilaan hoidon keskeiset ydintiedot ilmenevät hoitotyön yhteenvedosta, joka sisältää muualta potilaskertomuksesta tarvittavat moniammatillisesti yhteiset tiedot hoitajaksoon liittyen kuten henkilötiedot, hoidon aloitus ja tulotilanne. Potilaan hoitoisuusluokka määräytyy hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusten avulla kirjatun hoitotyön suunnittelun ja toteutuksen perusteella ja sen muodostaa yleensä potilaan omahoitaja. Hoitoisuusluokka kertoo, minkälaista hoitoa asiakas tarvitsee ja sen avulla määritellään potilaan päivittäisessä hoidossa oleellimmat tarpeet, yleisimmät hoitotyön kohteet ja niissä kuluva aika. (Ensio, Kaakinen & Liljamo 2008.)

### 3.6.1 FinCC-luokitusten mukainen kirjaaminen

**Tarpeen (SHTaL)** määrittämiseksi käytetään apuna hoidon tarveluokituksen pääluokkia (n = 88) tai alaluokkia (n = 179), jonka jälkeen hoidon tarpeelle voidaan määrittää varmuusaste (VAR = varma, TOD = todennäköinen, EP = epäily).

**Hoidon suunnitteluvaiheessa** tärkeysjärjestykseen asetetuille tarpeille valitaan tavoitteet ja hoitotyön toiminnot valitaan käyttämällä hoitotyön toimintoluokituksen pää- tai alaluokkia.

**Hoidon toteutusvaiheessa (SHToL)** toteutunut hoito kirjataan hoitotyön toimintoluokituksen avulla pääluokkien (n = 164) ja alaluokkien (n = 266) mukaisesti.

**Hoidon tulosta (SHTuL)** arvioidaan lopuksi suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen, tavoitteeseen ja toteutuneeseen hoitoon ja valitaan hoidon tuloksen tila (PA = parantunut, HU = huonontunut, EN = ennallaan).

**Hoitotyön yhteenveto** muodostetaan ydintietojen perusteella ja täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien avulla ja vapaamuotoisella tekstillä sekä hoitoisuustiedolla. (Ensio, Kaakinen & Liljamo 2008.)

### 3.6.2 FinCC-luokitusten komponentit ja sisällöt

Rakenteisessa kirjaamisessa hoidollisen päätöksenteon vaiheet, hoitotyön ydintiedot ja FinCC-luokitukset nivoutuvat yhteen. Komponentit (n = 19) kuvaavat potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita sekä käyttäytymistä ja terveystalvelujen käyttöä. (Ensio, Kaakinen & Liljammo 2008.)

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

(© Ensio, Kaakinen & Liljammo 2008)

#### Taulukko 1: FinnCC-luokitusten komponentit ja sisällöt

Komponentit ovat hoitotyön kirjaamisen otsikoita, joiden alle potilaan yksilölliset hoidon tarpeet, tavoitteet ja toteutus kirjataan.

HOIDON SUUNNITTELU			HOIDON TOTEUTUS	HOIDON ARVIOINTI
Hoidon tarve (SHTaL)	Hoidon tavoitteet	Suunnitellut toiminnot (SHToL)	Hoitotyön toiminto (SHToL + vapaa teksti)	Potilaan tila
5297 Aistitoiminta		1201 Lääkehoito	1201 Lääkehoito	PAR = parantunut
5319 Krooninen kipu	Kivun lievittyminen niin että pystyy liikkumaan, olotilan helpottuminen	1215 Lääkkeen antaminen	1215 Lääkkeen antaminen	
5320 Kudonvaurioon liittyvä kipu TOD Saanut lonkkamurtuman putoamisen seurauksena, operoitu x.x.2011 ruuvikiinnityksin, asentohoito: lonkka tuettu geelitynyllä, varaamiskielto.		1216 Lääke suun kautta Tarvittaessa annettavat lääkkeet Panacod, Burana 800 mg, Oxycontin 10 mg/ml	1216 Lääke suun kautta Annettu potilaalle klo 12 Panacod x 2 lonkan kipuihin (VAS 8).	
		1510 Aistitoiminta	1510 Aistitoiminta	
		1538 Kivun hoito Asentohoito geelitynyjen avulla.	1535 Kivun seuranta 1536 Kivun voimakkuuden mittaaminen Klo 13 potilas kertoo kivun helpottuneen (VAS 2).	

Taulukko 2: FinnCC-luokitusten mukainen kirjaaminen (mukaillen Makkonen 2010)

Taulukossa on potilasesimerkki FinnCC-luokitusten mukaisesta hoitotyön kirjaamisesta, josta ilmenevät hoidon suunnittelu eli tarve, tavoite ja suunnitellut toiminnot, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi. Kirjaamisen näkymä on järjestelmästä riippuen näkymältään erilainen kuin esimerkissä, mutta rakenteisen kirjaamisen periaate on sama.

### 3.7 Kirjaamisen lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat useat lainsäädännöt ja asetukset. Lainsäädännön tarkoituksena on valvoa tietojen tarpeellisuutta sekä virheettömyyttä hoitotyön toiminnassa. Lainmukainen tieto käsittää tietojen jakamisen oikeille henkilöille, tiedon riittävän laajuuden ja ajantasaisuuden. (Saranto 2007.)



Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan 9.2.2007, jolloin riittäväksi raportointijärjestelmien siirtymäajaksi arvioitiin neljä vuotta (Finlex 2007). Myöhemmin arvioitiin että sähköinen käsittelymenetelmä ei ehdi tänä aikana tulla kaikkien terveydenhuollon palvelujen käytettäväksi ja lakiin tehtiin muutos 21.12.2010, jonka mukaan velvollisuus siirtyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi tulee voimaan 1.9.2014 (Finlex 2010). Tällä hetkellä projekti on siis yhä käynnissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lain pohjalta Suomessa toteutetaan vuoteen 2014 mennessä yhtenäinen potilastietojen sähköinen käsittely- ja arkistointijärjestelmä (Finlex 2010). Järjestelmän avulla pyritään edistämään terveydenhuollon potilasturvallisuutta ja tehokkuutta sekä helpottamaan potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. Kaikkia julkisia terveydenhuollon palvelujen tarjoajia koskeva laki velvoittaa siirtymään valtakunnallisten tietojärjestelmien käyttäjiksi. Laki koskee yksityisiä terveydenhuollon palvelujen tarjoajia, jos potilasasiakirjojen pitkäaikaissäilytys tapahtuu sähköisesti. Kansaeläkelaitos huolehtii sähköisten potilasasiakirjojen arkistoinnista. (Finlex 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista tuli voimaan maaliskuussa 2009, asetus sisältää tietoja potilasasiakirjojen laatisesta sekä yleisiä potilasasiakirjoja koskevia vaatimuksia ja periaatteita potilasasiakirjaan merkittävistä tiedoista, potilasasiakirjojen säilyttämisestä ja hävittämisestä. (Finlex 2009.) Tietojenkäsittelytavan noudattamista ja kehittämistä ohjaa henkilötietolaki 523/1999. Lain tarkoituksena on ylläpitää potilasasiakirjoja käsitellessä yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia. (Finlex 1999.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista käsittelee luvussa 4 potilasasiakirjoihin liittyviä säädöksiä. Lain mukaan terveydenhuollossa toimivan ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin ne tiedot joilla voidaan turvata potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu ja seuranta. Salassapitovelvollisuus koskee kaikkia potilasasiakirjan tietoja. (Finlex 2000.) Poikkeuksia lukuunottamatta Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman asetuksen mukaan potilasasiakirjoja säilytetään 12 vuotta potilaan kuolemasta, tai jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä. Näihin asiakirjoihin luetaan myös hoidon suunnitteluun, toteutukseen, seurantaan ja arviointiin liittyvät merkinnät ja merkinnöistä muodostetut asiakirjat. (Finlex 2009.)

### 3.7.1 Potilasasiakirjasäädökset

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Potilaan voimien muutoksista tulee tehdä merkinnät riittävän usein. Kirjaamisen tulee olla selkeätä, siinä käytetään yleisesti hyväksytyjä käsitteitä eikä se saa sisältää lyhennettyjä sanoja. Terveydenhuollon ammattihenkilön on kirjattava potilaan hoidon kannalta merkittävät puhe-

linyhteydet ja muut konsultaatiot tai hoitoneuvottelut. Potilasasiakirjoihin merkintöjä tekevien henkilöiden tulee olla potilaan hoitoon osallistuvia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Myös opiskelijat voivat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin ohjaajansa kanssa. Kirjaajan ja hoitomääräyksen antajan nimien ja ammattinimikkeiden on oltava näkyvissä. (Finlex 2001.)

Potilasasiakirjojen avulla taataan hoitoa koskeva tiedonsaanti potilasta hoitavien henkilöiden ja organisaatioiden kesken (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Tästä syystä kirjaamistapojen tulee olla yhtenäisiä (Finlex 2007). Potilaasta kerätään ja tallennetaan ainoastaan sellaisia henkilötietoja, jotka ovat hoidon kannalta tarpeellisia ja virheettömiä. Tiedot kerätään ja kysytään ensisijaisesti potilaalta itseltään. (Finlex 1999.) Potilasasiakirjoista tulee käyda ilmi, että potilaalle on annettu selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista, riskitekijöistä, komplikaatiomahdollisuuksista sekä muista seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hoidosta (Finlex 1992). Potilasasiakirjoihin on merkitty, jos potilas kieltäytyy hoidosta (Finlex 2001).

### 3.8 Etiikka hoitotyössä ja hoitotyön kirjaamisessa

Välimäki (2003) kuvailee terveydenhuollon organisaatiossa olevan paljon erilaisia käytäntöjä, jotka perustuvat vanhaan toimintatapaan ja periaatteeseen. Käytäntöjen ylläpito ei välttämättä ole perusteltua ja niistä luopuminen on vaikeaa. (Välimäki 2003.) ETENE, valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, on julkaissut terveydenhuollon eettiset periaatteet. Hoitamisen tavoitteena on hyvä terveys ja vain terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneet ammattihenkilöt toteuttavat ammatillista hoitamista tietoon perustuvien auttamismenetelmien avulla. Hoitotyön etiikka käsittelee kysymyksiä oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta. Eettisyyden ja hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää potilaan tietoisesti antama suostumus (informed consent). Silloin kun potilas on tietoinen häntä koskevista asioista ja hoidollisesta toiminnasta, pystyy hän itse tekemään päätöksen. (Leino-Kilpi 2003.) Ammatillisen osaamisen yksi keskeinen osa on hoitotyön kirjaaminen, kirjaamisen eettiset näkökulmat korostuvat silloin kun tarkastellaan kirjatun tiedon oleellisuutta, asiallisuutta ja riittävyttä. Oleellisten tietojen kirjaaminen, todenmukaisuus, luottamuksellisuus ja asiallisuus kuuluvat kirjaamisen hyvään käytäntöön. (Haho 2009.) Eettisyys ja vaitiolovelvollisuus korostuvat hoitotyön kirjaamisessa, josta on yleensä erikseen laadittu ohjeet laadukkaasti hoitotiedon varmistamiseksi. Yleensä kuntakohtaisesti laaditut kirjaamisen normit sekä henkilötietolaki 523/1999, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista varmistavat että kirjaamiseen annettu ohjeistus on eettistä. Kirjatun tekstin sisällöstä vastaa hoitohenkilökunta, jonka sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin perustuvat päätökset ja eettinen tapa kirjata vaikuttavat kirjattuun hoitotietoon.

## 4 Toteutus

### 4.1 Tutkimusetiikka

Tutkimuksen tekoon liittyy monia huomioon otettavia eettisiä kysymyksiä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksen toteutusvaiheessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004). Arviointia tehdessä ollaan aina yhteydessä sellaisten asioiden kanssa jotka vaikuttavat ihmisten työskentelytapoihin ja elämään, jonka vuoksi on tärkeää että arviointi on korkeatasoista ja luotettavaa. Tutkimuksessa käytettyjen potilasraporttien käytöstä opinnäytetyössä on pyydetty erikseen suostumus potilailta itseltään, huolimatta siitä että tarkoitus ei ole tarkastella heidän hoitonsa laatua vaan hoitohenkilökunnan kirjaamisen toteutumista. Lupa materiaalin käyttämiseen oli pyydetty erikseen tutkimusluvalla perusturvakuntayhtymän ikäihmisten palvelulinjan johtajalta. Auditointi toteutettiin kotihoidon tiloissa potilasasiakirjoista, joiden henkilötiedot oli peitetty. Materiaali oli kerätty satunnaisotannalla osastonhoitajan toimesta. Näin potilasasiakirjojen näkyminen asiaankuulumattomille henkilöille ja päätyminen väärin käsiin estettiin. Opinnäytetyön tekijöillä on täysi vaitiolovelvollisuus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) edistää Suomessa tutkimusetiikkaa koskevaa keskustelua ja tiedotustoimintaa sekä toimii aloitteentekijänä tutkimusetiikan edistämiseksi. Neuvottelukunnan laatimien tutkimuseettisten ohjeiden perusteella määritellään hyvät tieteelliset tutkimuskäytännöt ja sen loukkaukset monitieteisestä näkökulmasta. Ohjeiden tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä ja ennaltaehkäistä tieteellistä epärehellisyttä kaikissa tutkimusta harjoittavissa organisaatioissa, kuten yliopistoissa, tutkimuslaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa. Tutkimuseettisiä ohjeita voidaan soveltuvin osin noudattaa myös yritysten kanssa yhteistyössä tehtävässä tutkimus- ja kehitystyössä. Eri tieteenalojen omat eettiset normistot käsittävät yksityiskohtaisempia ohjeita tutkimuksen tekijän ja kohteen välisistä suhteista, kuten Valtakunnallinen terveydenhuollon neuvottelukunta ETENE.

Tutkimukselle ajankohtaisia eettisiä kysymyksiä ovat suostumus, yksityisyys ja luottamuksellisuus sekä riskit suhteessa hyötyyn. Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytyksenä on että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön (*good scientific practice*) edellyttämällä tavalla. Tämä tarkoittaa että tutkimuksen harjoittajat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia rehellisiä ja huolellisia toimintatapoja, soveltavat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia eettisiä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä huomioivat muiden tutkijoiden saavutukset asianmukaisella, arvostavalla tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön lukeutuu myös että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen määritelmien edellyttämällä tavalla, tutkimusryhmän jäsenten asema, oikeudet, osuus, vas-

tuut ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset on määritelty ja kirjattu osapuolten hyväksymällä tavalla ennen tutkimuksen aloittamista ja että rahoituslähteet ja muut merkitykselliset sidonnaisuudet ilmoitetaan ja raportoidaan tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on kaikkien tiedeyhteisön jäsenten vastuulla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

#### 4.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Arviointi tapahtui kotihoidon henkilökunnan kirjaamien kahdenkymmenen potilasraportin sisältöä tarkastelemalla ja kirjaamalla potilasraporttien sisältö arviointilomakkeeseen. Tutki ja kirjaa -teoksessa Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2004) kertovat määrällisen tutkimuksen tunnusmerkeiksi muun muassa satunnaisotannan, jota opinnäytetyön materiaalin valinnassa käytettiin kotihoidon asiakkaiden potilasraporttien muodostamasta perusjoukosta poimimalla. Satunnaisotannalla voidaan estää tutkimustuloksiin vaikuttamista potilasvalinnan avulla ja siitä saatu otos kuvaa tiettyä määrää satunnaisia, tutkimukseen soveltuvia henkilöitä. Määrällisessä tutkimuksessa etsitään tiettyjä lähdeaineistossa esiintyviä piirteitä, joista materiaalin kokonaisuus ja tutkimuksen tulokset arvioidaan. Yksinkertaisessa satunnaisotannassa jokaisella potilasraportilla on yhtä suuri todennäköisyys tulla poimituksi auditoitavaan otokseen. (Hirsjärvi ym. 2004.) Yksinkertainen satunnaisotanta suoritettiin arpomalla, jonka tässä tapauksessa toteutti kotihoidon yksikön osastonhoitaja. Otoksen suuruus on kaksikymmentä hoitotyön suunnitelmaa. Materiaali käsiteltiin anonyymisti asiakkaiden yksityisyydensuojaa kunnioittaen.

#### 4.3 Kirjaamisen kriteerit

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirja-asetuksessa kirjaamista ohjaavilla kriteereillä tarkoitetaan, että potilaasta kirjataan vain hoitotyön ja hoidon kannalta oleelliset, välttämättömät ja tarpeelliset tiedot. Hoitajan tulee huomioida potilaan yksityisyys ja salassapitovelvollisuus. Kirjaamisen tulee olla kieleltään ja sisällöltään selkeää, lyhenteitä kirjaamisessa ei saa käyttää. Kirjatussa tekstissä tulee ilmetä onko asia potilaan, omaisen vai hoitajan huomio tai päätelmä myös suullisesti annettujen potilasohjeiden sisällön tulee olla kirjattuna. Päivittäisten toimintojen kirjaamisen tulee olla arvioivaa, ei toteavaa. Hyvä kirjaaminen antaa selkeän kuvan potilaan tarpeista, tavoitteista ja tuloksista. Hoitojaksoista tulee tehdä yhteenveto ja asiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä tulee ilmetä merkintöjen tekijän ammattinimike sekä nimi. (Finlex 2009.)

Laadukkaasti kirjattu potilastieto on tallennettu yhdenmukaisin periaattein rakenteisessa muodossa ja keskeiset tiedot ovat viiveettä potilaan terveydenhoitoon osallistuvien ammatti-

laisten käytettävissä (Huovinen ym. 2011). Hoitotyön kirjaamisen tulee olla systemaattista sekä tavoitteellista, sillä kirjatussa tekstissä käsitellään oleellisia asioita. Kirjaamisessa ja sen yhteydessä tulee näkyä myös tavoitteellinen toiminta, joka viittaa tulevaisuudessa tapahtuvaan, tavoiteltuun muutokseen potilaan terveydentilassa ja hoidossa. Kirjaamisen muoto vaihtelee yksiköittäin. Myös hoidon luonne, esimerkiksi pitkäaikainen seuranta, vaikuttaa kirjaamiseen. (Eriksson, Hupli & Lauri 1998.)

Minimikriteerit määrittävät mitä potilasasiakirjoista tulee vähintään ilmetä. Minimikriteereitä on määritelty henkilötietolaissa 523/1999 sekä potilaan asemaa ja oikeuksia 785/1992 ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä 159/2005 koskevissa laeissa. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatisesta 99/2001 määrittää kirjaamisen kriteereitä. Kirjaamisen minimikriteerit voidaan määrittää pitkäjänteisen hoitotyön kehittämisen tulosten perusteella ja sitä kautta syntyvät myös suositukset hyvästä kirjaamiskäytännöstä (Lehti 2004). HoiData-arviointilomakkeen mukaiset minimikriteerit koskevat tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja tuloksen kirjaamista oikeisiin kohtiin, niiden välisiä yhteyksiä, potilaan näkökulman välittymistä kirjaamisesta, sen osuutta potilaan hoitosuunnitelmassa sekä auttamismenetelmän arviointia. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2009.) Kailan ja Kuivalaisen (2008) lomakkeen minimilaatutuso vaatii että hoitotyön tarve, tavoite, toteutus ja arviointi on kirjattu niille varattuihin kohtiin potilaan hoitosuunnitelmaan. Jos kyseessä on hoitajakso (alle 3 kk), minimilaatutason saavuttaminen edellyttää että siitä on tehty yhteenveto. Auditoitavan materiaalin kriteerit on eritelty tarkemmin kohdissa 4.6.1 Yhden potilaan hoitosuunnitelman arviointilomake ja 4.6.2 Kokoava kirjaamisen arviointilomake. (Kaila & Kuivalainen 2008.)

#### 4.4 Auditointi

Auditointi eli laadun arviointi on systemaattinen lähestymistapa yhteisön tai osa-alueen kehittämisen mahdollisuuksien ja työkalujen löytämiseksi sekä laadun parantamiseksi. Sen tulosten avulla voidaan arvioida täyttyvätkö tutkimuskohteen laatuvaatimukset ja antaa kehitysehdotuksia laatutason ylläpitämiseksi tai parantamiseksi. Auditoinnin prosessin tulee olla ajankohdainen, puolueeton, rajattu ja toistettavissa. Auditoinnin tuloksen tulisi voida vaikuttaa toimintaan asianmukaisena muutoksena. (Shaw & Costain 1989; Huovinen ym. 2011.) Arvioinnilla tähdätään tietyn asian, kuten ohjelman, innovaation, intervention, projektin tai palvelun, arvon tai ansion määrittämiseen (Robson 2000). Sackettin ym. (1996) mukaan auditointi on sovittujen käytäntöjen mittaamista näyttöön perustuviin työtapoihin pohjautuvien vaatimusten mukaisesti, tavoitteena oikea-aikainen, turvallinen ja tehokas potilashoito (Sackett, Rosenberg & Gray 1996). National Institute for Health and Clinical Excellence (2002) puolestaan määrittelee auditoinnin laadunparantamisen prosessiksi, joka pyrkii kehittämään potilashoitoa ja tuloksia systemaattisen näkökulman, täsmällisten kriteerien ja muutoksen toteutuksen välityksellä (National Institute for Health and Clinical Excellence 2002). Grainger (2010) ku-

vailee auditointia oppimisen ja palautteen jatkuvana kehänä, joka sisältää seuraavat vaiheet: ongelman tunnistaminen; vaatimusten asettaminen; auditointityökalun suunnittelu, valinta ja testaaminen; aineiston kerääminen; aineiston analysointi; viestintä, tiedottaminen ja oppimisen tuloksista; sekä kehitysehdotukset (Grainger 2010).

Kuten sairaanhoidon myös auditoinnin merkittävänä uranuurtajana pidetään Florence Nightingalea, joka keräsi tietoja sotasairaaloissa potilaina olleista sotilasta Krimin sodan aikana vuosina 1853-1856 toteuttaen historian ensimmäisen laadunarvioinnin. Nightingale pyrki keräämiensä hoitotietojen avulla alentamaan sotilaiden kuolleisuuslukuja (Nightingale 1858) ja vakuutti tiedoillaan Britannian puolustusvoimien sekä valtion johtajat tekemään vallankumouksellisia muutoksia armeijan terveydenhuoltojärjestelmään parantaen näin haavoittuneiden sotilaiden hoitoa (Schmelzer 2008).

Laadunarviointi on merkittävä kliinisen tehokkuuden osa ja mahdollistaa terveydenhuollossa tarkoituksenmukaisten tavoitteiden syntymisen saavuttaen suurimman hyödyn (Winyard & Burnett 1998). Laatukriteeri kuvaa minkäläistä tulosta ja laatutasoa arvioitaessa tavoitellaan. Kirjaamisen arviointilomakkeen avulla saadaan selkeästi määritelty tulos välillä ei hyväksyttävä - kiitettävä. (Huovinen ym. 2011.) Kirjaamisen arviointi tuottaa aina tietoa siitä, kuinka hoitotyötä voitaisiin mahdollisesti kehittää ja antaa myös perusteita toiminnan muuttamiselle. (Ensio & Saranto 2007). Arvioinnin toteuttajien tehtävänä on saavuttaa hyvätasoinen arviointi, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessakin (Robson 2000). Heidän haasteenaan onkin kehittävien käytäntöjen vakuuttava ja rohkaiseva esittäminen kohdeyksikölle, sillä muutokset aiheuttavat usein vastahakoisuutta henkilökunnassa totuttujen työtapojen muuttumisen vuoksi (Grainger 2010). Vajavaisesti toteutettujen auditointien vaikutus potilashoidon parantamiseksi jää vähäiseksi (Jamtved ym.2003.)

Arviointitapoja on useita erilaisia ja sitä voidaan suorittaa prosessien eri vaiheissa. Hoitotyön kirjaamisen auditoinnin avulla voidaan tuottaa monipuolista tietoa käytännön toiminnasta ja se mahdollistaa että hoitotyöstä saadaan esiin tietoa asioiden esiintyvyydestä. Näiden tulosten pohjalta voidaan tehdä tilastoja ja raportteja, joita pystytään käyttämään hyödyksi sekä operatiivisessa että hallinnollisessa päätöksenteossa. Arvioinnin vaikuttavuutta ja siitä saatujen tulosten hyödynnettävyyttä voidaan parantaa määrittelemällä selkeästi sen tavoitteet ja toivotut lopputulokset. Auditoinnissa toteutettava systemaattisuus, arviointimenetelmät ja säännöllisyys edistävät tiedon luotettavuutta ja sen käytettävyyttä. (Ensio & Saranto 2007.) Jotta tutkimus voidaan uusia samalla tavalla ja aineisto säilyy samana sen kerääjästä ja tutkimuksen toteuttajasta riippumatta, tulee auditointityökalujen olla luotettavia (Grainger 2010). Taustalla oleva näyttöön perustuva tieto auttaa johtajia kestäviin päätöksiin esimerkiksi laadun kehittämisessä sekä toiminnan ja resurssien suunnittelussa. Hoitotyön henkilökunnan tekemät kirjaukset rakenteisessa potilaskertomuksessa antavat tärkeää tietoa hoito-

työn tarpeista ja toteutuksista, jonka myötä myös nykyisistä hoito- ja palvelukokonaisuuksista saadaan lisää informaatiota. (Ensio & Saranto 2007.) Muun muassa Rykkje (2008) on todennut auditointinsa perusteella sähköisen potilaskirjaamisohjelman parantaneen potilaskertomusten sisällön laatua ja vähentäneen hoidon kannalta epäoleellisten asioiden merkintää. (Rykkje 2008). Tässä opinnäytetyöhankkeessa tarkastellaan täyttyvätkö kirjaamiselle asetetut minimivaatimukset kotihoidon Pegasos-potilastietojärjestelmään kirjatuihin potilaskertomuksissa HoiData-arviointilomakkeen mukaisesti. (Kaila & Kuivalainen 2008.)

#### 4.5 HoiData-hankkeen kirjaamisen arviointiprosessi

Kailan ja Kuivalaisen (2008) luoman HoiData-hankkeen kirjaamisen arviointiprosessi sisältää yhden potilaan hoitotyön suunnitelmaa tarkastelevan arviointilomakkeen (Liite 1) ja kahdenkymmenen arviointikohteen yhteenvetona täytetyn lomakkeen (Liite 2), jonka pisteiden keskiarvojen perusteella tutkimuskohteen kirjaamisen tulos arvioidaan. Auditointitutkimuksessa käytetyt arviointilomakkeet ovat määrällisiä. Kailan ja Kuivalaisen (2008) kehittämässä hoito-suunnitelman arviointilomakkeessa kysytään seuraavia osa-alueita:

1. Tarve: Onko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?
2. Tavoite: Onko tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?
3. Onko valitut auttamismenetelmät kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?
4. Toteutus: Onko toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan?
5. Tuloksen arviointi: Onko arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?
6. Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?
7. Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?
8. Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena?
9. Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena?
10. Onko toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa?
11. Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?
12. Onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu/onko valitulla auttamismenetelmällä ollut vaikutusta?
13. Onko yhteenveto tehty hoitajaksesta, pitkäaikaispotilaasta <3 kk tai sarjakäynnistä? Ei koske yksittäistä pkl-käyntiä.

Lomakkeen viimeinen kohta 13 koskee hoitajakson yhteenvettoa, eikä se ole oleellinen tarkasteltaessa esimerkiksi kotihoidon pitkäaikaisasiakkaiden hoidon kirjaamista.

Arviointikohteen ollessa yhden potilaan hoitotyön suunnitelma tarkastellaan sen sisällöstä kolmeatoista lomakkeen määrittämää osiota vastauksilla kyllä (1 piste) ja ei (0 pistettä). Arviointilomakkeessa tarkastellaan onko suunnitelmaan kirjattu hoitotyön tarve, toiminto, toteutus ja tulos niille varattuihin kohtiin, onko valitut auttamismenetelmät kirjattu suunnitteluvaiheessa, onko tarpeen ja toteutuksen välillä yhteys, ovatko tarve ja tavoite ilmaistu poti-

laan näkökulmasta, onko toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa, onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen, onko valitun auttamismenetelmän tulos tai vaikuttavuus arvioitu ja onko hoitotyön yhteenveto tehty. Arviointilomakkeen loppuun on eritelty kyllä- ja ei-vastausten sisällöt, joiden avulla auditoija määrittää yhden arviointikohteen kirjaamisen laatutason. Minimikriteereitä ovat että kohdat yksi, kaksi, neljä, viisi ja kolmetoista on merkitty yhden potilaan hoitosuunnitelmaan.

Yhden potilaan hoitosuunnitelman pohjalta täytetyn lomakkeen tulokset kirjataan kokoavaan kirjaamisen arviointilomakkeeseen, josta lopullinen kirjaamisen arvioinnin tulos lasketaan otoksesta koottujen pisteiden keskiarvona. Auditoitava hoitosuunnitelma saa yhden pisteen aina yhden kriteerin täytyessä (= kyllä-vastaus), maksimipistemäärä on 12.

Lomakkeen mukaiset kirjaamisen minimikriteerit ovat että tarve, tavoite, suunnitellut auttamismenetelmät, toteutus ja tulos on kirjattu, tarpeen ja tavoitteen sekä tavoitteen ja toteutuksen välillä on yhteys, tarpeesta ja tavoitteesta välittyy potilaan näkemys, toteutus on osa hoitosuunnitelmaa, tulos vastaa potilaan yksilöllistä tavoitetta, auttamismenetelmän vaikutus on kirjattu sekä yhteenveto tehty. Lopullinen otoksesta määritetty kirjaamisen taso ilmaistaan asteikolla ei hyväksyttävä (0,00 - 4,99 pistettä), heikko (5,00 - 6,99), tyydyttävä (7,00 - 8,99), hyvä (9,00 - 10,99) ja kiitettävä (11,00 - 12,00 pistettä). Mahdollisia kirjaamistoiminnan kehitysehdotuksia arvioinnin päätteeksi ovat hoitohenkilökunnan osaamisen ja asenteen varmistaminen sekä niiden mukaisen kirjaamisen kehittämissuunnitelman luominen. (Kaila & Kuivalainen 2008.) Kirjaamisen laatua voidaan arvioida toistuvasti kyseessä olevan auditointimenetelmän avulla (Huovinen ym.2011.)



## 5 Tulokset

### 5.1 Auditoinnin toteutus

Tarkasteltavana oli 20 kotihoidon yksikön asiakkaan satunnaisotannalla valikoitua hoitosuunnitelmaa sekä päivittäiskirjaamista viikon ajalta marraskuussa 2011. Otantahetkellä asiakkaita oli kotihoidon yksikössä yhteensä 200 henkilöä, joista tutkimuskriteerit täyttäviä 30 henkilöä. Satunnaisotanta toteutettiin kotihoidon osastonhoitajan toimesta arpomalla. Kaikilta auditointiin mukaan otettujen hoitosuunnitelmien kahdeltakymmeneltä asiakkaalta saatiin suositumus tietojen käyttämiseen tutkimustarkoituksessa.

Arviointilomakkeen mukaan kyllä-vastaus täyttyy kun arvioitavasta kohdasta löytyy yksikin maininta auditoitavasta materiaalista viikon ajalta. Tästä johtuen toteutus-kohdasta sai yhden pisteen, vaikka vapaata tekstiä löytyi vain yhdestä tai kahdesta päivittäiskirjaamisen kohdasta (4 ”Toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan”, 95 prosenttia,  $n = 19/20$ ). Auditointilomakkeen perusteella kiitettävään tasoon voidaan siis päästä, vaikka vain yksi hoitaja kirjaisi tunnollisesti ja lomakkeen kriteerien mukaista kirjaamista löytyisi vain yhdeltä päivältä.

Yksikössä ei ole käytössä olevassa Pegasos-kirjaamisjärjestelmässä paikkaa tuloksen arvioinnille (5 ”Tulos kirjattu”) ja asiakkaan terveydentilassa tapahtuvat muutokset on yhteisesti sovitettu kirjattavaksi toteutuksen yhteyteen. Tästä johtuen kohtaan viisi on hyväksytty auttamismenetelmien tulosten arviointi päivittäiskirjaamisen yhteydessä. Jatkuvista hoitajaksoista ei kotihoidossa tehdä yhteenvetoa, joten kohta 13 jätettiin kokonaan arvioimatta.

### 5.2 Auditoinnin tulokset

Arviointilomake edellyttää että kohdat 1 - 2, 4 - 5 ja 13 on kirjattu, joten tämän mukaan minimilaatutaso ei täytyisi lainkaan tuloksen arvioinnin täydellisen puuttumisen vuoksi. Asiakkaan auttamismenetelmien tulosten arviointia löytyi viidestä päivittäiskirjaamisen toteutuksesta eli 25 prosentista tutkimusmateriaalia. Tämä vaikutti kohtien; 11 ”Tulos vastaa potilaan yksilöllistä tavoitetta” ja 12 ”Auttamismenetelmän vaikutus kirjattu”; pisteytykseen suoraan ja molempien tulokseksi saatiin 25 prosenttia ( $n = 5$ ).

Hoitosuunnitelmien teksteissä sekä päivittäiskirjaamisessa käytettiin usein komponentteja, joita ei kuitenkaan selvennetty vapaalla tekstillä. Muutamassa auditointimateriaalissa koko viikon ajalta esiintyi päivittäiskirjaamista asiakkaasta vain yhden komponentin osalta (esim. ”Lääkehoito” - ”Lääkkeet jaettu dosettiin”), vaikka hoitosuunnitelmassa tarpeita olisi useita kyseisen komponentin lisäksi (esim. ”Muistihäiriö, liikunnan väheneminen, painon aleneminen” jne.). Eräässä hoitosuunnitelmassa esiintyi samoja tarpeita eri nimillä, kuten ”Ravinnon vähäisyys” ja ”Ei muista syödä”, joihin oli asetettu samoja suunniteltuja toimenpiteitä (”pun-

nitus 1 x vko”). Päivittäiskirjaamisen komponenttien alle kirjatussa vapaassa tekstissä ilmeni myös epäolennaisuuksia, joilla ei ollut asiakkaan voinnin tai hoidon kannalta merkitystä (esim. ”Ravinnonsaannin turvaaminen” - ”X nukkumassa kun tulin. Ruoka lämmitetty”). Jos päivittäiskirjaamisen perusteella ei puolestaan pystytty näkemään asiakkaan luona tapahtuneita toimenpiteitä, niiden tarkoitusta ja asiakkaan näkökulmaa, ei toteutusta pidetty kiinteänä osana potilaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa (10 ”Toteutus kiinteä osa suunnitelmaa”, 55 prosenttia, n = 11/20).

Arvioitava osio	Kyllä	Ei
1. Tarve: onko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?	20	0
2. Tavoite: onko tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?	20	0
3. Onko valitut auttamismenetelmät kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?	20	0
4. Toteutus: onko toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan?	19	1
5. Tuloksen arviointi: onko arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?	5	15
6. Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?	19	1
7. Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?	20	0
8. Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena?	20	0
9. Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena?	20	0
10. Onko toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa?	11	9
11. Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?	5	15
12. Onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu/onko valituilla auttamismenetelmillä ollut vaikuttavuutta?	5	15

### Taulukko 3: Tulokset

Taulukkoon on jaoteltu kirjaamisen auditoinnista saadut tulokset sen perusteella, toteutuvatko arviointilomakkeen kriteerit.

Kaikkien potilaiden hoitosuunnitelmien tarpeet, tavoitteet ja suunnitellut auttamismenetelmät oli kirjattu kiitettävästi (kohdat 1, 2 ja 3: 100 prosenttia). Valmiiden komponenttien ansiosta tarpeet ja toteutukset oli kirjattu aina niille varattuihin kohtiin hoitosuunnitelmaan ja potilaan näkökulmasta.

Toteutus eli päivittäinen kirjaaminen vapaalla tekstillä (kohta 4: 95 prosenttia, n = 19) oli lomakkeen kriteerien perusteella toteutettu huolellisesti, mutta todellisuudessa päivittäinen kirjaaminen oli rajallista. Vapaata tekstiä saattoi löytyä vain yhdeltä päivältä seitsemästä, mutta tämä riitti täyttämään lomakkeen kriteerit jotka eivät edellytä käyttämään vapaata tekstiä päivittäin. Koska yksikin maininta riittää lomakkeen mukaan täyttämään kyllä-

kriteerin, tarkoittaa tämä käytännössä sitä että kirjaamisen auditoinnin läpäisemiseen riittää yhden kotihoidon hoitajan laadukas kirjaaminen. Yhden hoitosuunnitelman päivittäiskirjaamisessa ei ollut vapaata tekstiä viikon ajalta lainkaan.

	<b>Auditoitava osio</b>	<b>n / 20</b>	<b>%</b>
1	<b>Tarve kirjattu</b>	20	<b>100,00</b>
2	<b>Tavoite kirjattu</b>	20	<b>100,00</b>
3	<b>Suunnitellut auttamismenetelmät kirjattu</b>	20	<b>100,00</b>
4	<b>Toteutus kirjattu</b>	19	<b>95,00</b>
5	<b>Tulos kirjattu</b>	5	<b>25,00</b>
6	<b>Tarve → tavoite</b>	19	<b>95,00</b>
7	<b>Tavoite → toteutus</b>	20	<b>100,00</b>
8	<b>Tarve = potilaan yksilöllinen</b>	20	<b>100,00</b>
9	<b>Tavoite = potilaan yksilöllinen</b>	20	<b>100,00</b>
10	<b>Toteutus = osa hoitosuunnitelmaa</b>	11	<b>55,00</b>
11	<b>Tulos vs. potilaan yksilöllinen tavoite</b>	5	<b>25,00</b>
12	<b>Auttamismenetelmän vaikutus kirjattu</b>	5	<b>25,00</b>
13	<b>Yhteenveto kirjattu hoitajaksosta</b>	0	<b>0,00</b>

Taulukko 4: Tulokset prosentteina

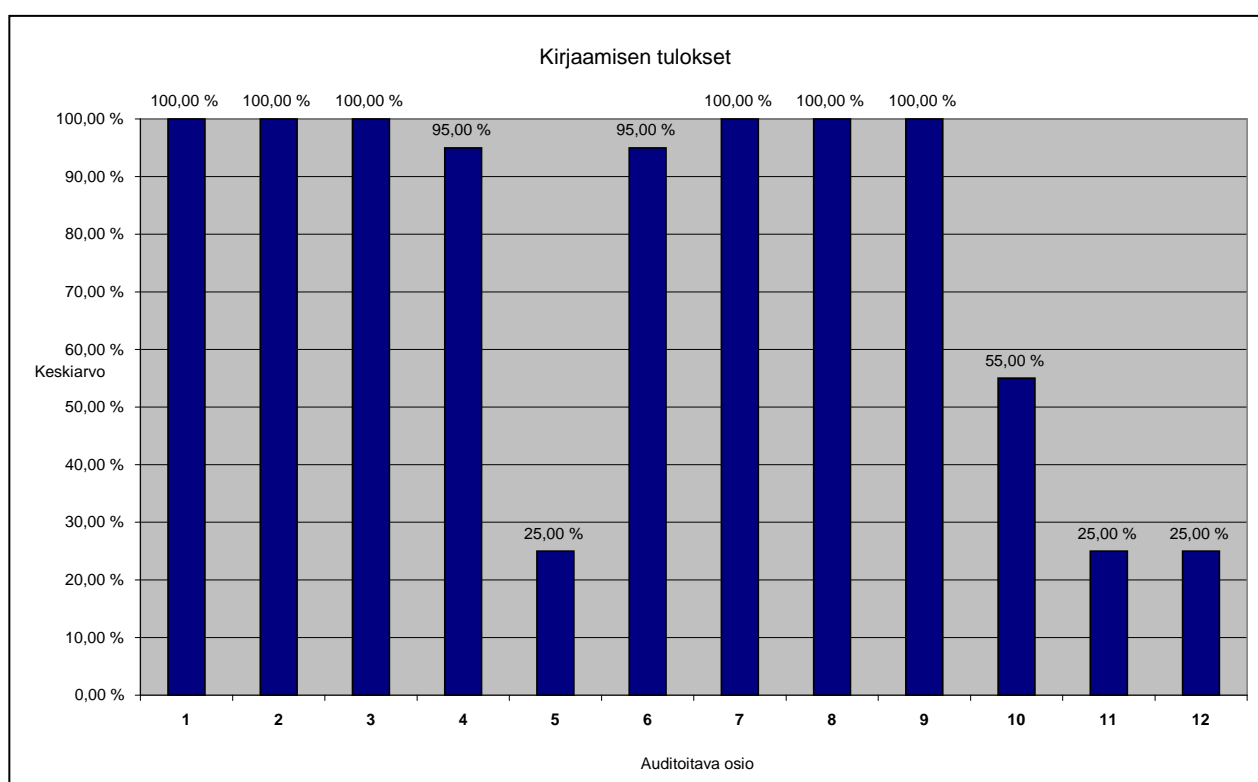
Taulukkoon on koottu kirjaamisen arviointilomakkeista toteutuneiden kriteerien määrä prosenttiyksiköissä.

Koska tuloksen kirjaamiselle (kohta 5: 25 prosenttia, n = 5) ei ole kotihoidon Pegasos-järjestelmässä omaa kohtaa, ei minimilaatutaso lomakkeen kriteerien mukaan voi täytyä. Arviointilomakkeessa pisteen saamiseksi on siis hyväksytty tuloksen kirjaaminen päivittäiskirjaamisen yhteyteen, jota ilmeni viiden hoitosuunnitelman toteutuksessa. Potilaan tarpeet ja tavoitteet olivat selvästi yhteydessä toisiinsa (kohta 6: 95 prosenttia, n = 19) ja nämä oli aina määritelty hoitosuunnitelmaan komponentteja käyttäen. Yhden hoitosuunnitelman tarpeet eivät vastanneet siihen kirjattuja tavoitteita. Tavoitteen ja toteutuksen välillä oli aina yhteys (kohta 7: 100 prosenttia). Tarve ja tavoite oli aina ilmaistu potilaan yksilöllisen hoitotarpeen mukaan komponenttien avulla (kohdat 8 ja 9: 100 prosenttia).

Toteutuksen kirjaaminen luettiin kiinteäksi osaksi potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa (kohta 10: 55 prosenttia, n = 11) jos tarpeita ja tavoitteita vastaavaa päivittäiskirjaamista esiintyi enemmän kuin kahdesta tarpeesta. Yhdeksässä hoitosuunnitelmassa tämä ei toteutunut. Tulos oli ilmaistu potilaan yksilöllisen tavoitteen mukaan (kohta 11: 25 prosenttia, n = 5) vain niiltä osin kuin hoitotyön tulosta oli päivittäiskirjaamisessa arvioitu, koska käytössä ei ole

nimettyä paikkaa tuloksen arvioinnille. Valitun auttamismenetelmän tulosta ja sen vaikuttavuutta oli arvioitu vähän (kohta 12: 25 prosenttia, n = 5). ja vain niissä hoitosuunnitelmissa joissa tulos ylipäänsä päivittäiskirjaamisessa ilmeni.

Yleisesti hoitosuunnitelmat olivat perusteellisia ja asiakaslähtöisiä (kohdat 1, 2 ja 3: 100 prosenttia). Tavoitteen ja toteutuksen välillä nähtiin yhteys kaikissa päivittäiskirjaamisissa, kuten myös potilaan näkökulma ilmeni hoitosuunnitelmissa tarvetta ja tavoitetta määritettäessä (kohdat 7, 8 ja 9: 100 prosenttia).



Taulukko 5: Tulokset pylväsdiagrammina

Taulukossa on yksikön kirjaamisen tulokset pylväsdiagrammiesityksenä. Kirjaamisen eri osa-alueiden kehityskohteet ovat selvästi nähtävissä.

Kotihoidon yksikön kirjaamisen auditoinnin tulokseksi saatiin 9,20 ja näin ollen potilaskirjaaminen on arviointilomakkeen perusteella laadultaan hyvää (maksimitaso 12,00). Päivittäiskirjaamisessa ja hoitotyön arvioinnissa nähtiin puutteita, jotka ovat parannettavissa sopimalla yhtenäisestä kirjaamis- ja arviointitavasta yksikön sisällä. Arviointilomakkeen mukainen suositus kirjaamisen kehittämiseen on varmistaa osaaminen lomakkeen jokaisen kohdan osalta ja tehdä sen mukainen kehittämissuunnitelma.

TASO	TULOS	SUOSITUS
Ei-hyväksyttävä	0,00 - 4,99	Huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle
Heikko	5,00 - 6,99	Tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaimisosaaminen ja tee kehittämissuunnitelma
Tyydyttävä	7,00 - 8,99	Varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
Hyvä	9,00 - 10,99	Varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
Kiitettävä	11,00 - 12,00	Varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla

Taulukko 6: Kirjaamisen tasot Kailan ja Kuivalaisen (2008) lomakkeen mukaan

Taulukossa on kokoavassa kirjaamisen arviointilomakkeessa näkyvät saatujen tulosten mukaiset suositukset.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu ja kehitysehdotukset

Kotihoidon yksikön kirjaamisen todettiin olevan hyvällä tasolla (tulos 9,20) ja kehityksen kohteet ovat selkeästi näkyvillä. Asiakkaiden hoito- ja auttamismenetelmien sekä voinnin arvioinnissa esiintyi runsaasti puutteita. Samoja puutteita ilmeni Helsingin terveyskeskuksen kaupunginsairaalaossa teetetyssä tutkimuksessa vuonna 2009, jossa taso saatiin nousemaan hyväksi myös hoidon arvioinnin osalta kirjaamisen kehittämisen avulla vuoteen 2011 mennessä. Myös Salosen ym. (2012) ja Rykkjen (2008) tutkimuksissa ilmeni samankaltaisia tuloksia potilaan hoidon ja voinnin arvioinnin puutteellisuudesta. Tuloksen arviointia helpottaa jos kotihoidossa luodaan sille rakenteisen kirjaamisen näkymään oma paikka, jota tällä hetkellä ei ole. Tuloksen ja auttamismenetelmän arviointi ovat toisiinsa suoraan verrannollisia ja puutteellinen kirjaaminen jommankumman kohdalla vaikuttaa automaattisesti negatiivisesti toisen merkintään. Toteutuksen eli päivittäiskirjaamisen tulisi olla lyhyttä ja ytimekästä, mutta sisällöltään monipuolista. Tärkeintä on korostaa potilaan tarpeiden ja tavoitteiden vastaavan hoidon tapahtumista potilaan näkökulma huomioiden. Tämän vuoksi toteutuksen kirjaaminen ei mielestämme ollut kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa jos päivittäiskirjaaminen rajoittui esimerkiksi vain lääkehoitoon ja ravitsemukseen, eikä huomioon otettu potilaalle luotuja muita tarpeita.

Rykkjen (2008) tutkimuksessaan huomaamia epäoleellisia tietoja asiakaskäynneistä korostui myös tässä auditoinnissa ja potilaan voinnin kehityksen kannalta oleellisia tietoja jäi kirjaamatta. Tällöin toteutus ei myöskään vastaa hoitosuunnitelmaan merkittyjä, potilaan yksilöllisiä tavoitteita. Valmiit komponentit mahdollistavat yhtenäisen kirjaamisen hoitosuhteen alusta loppuun. Myös potilaan tarpeiden ja tavoitteiden määrittäminen yhtenäiseksi on komponenttien ansiosta tehty yksinkertaiseksi yksilöllisyyttä korostaen, tällä tavoin kirjaamisen arviointilomakkeen kriteerien luulisi täyttyvän luonnostaan. Laadukkaan kirjaamisen edellytys on kuitenkin mielestämme hoitajan päättely- ja arviointikyvyn käyttäminen päivittäiskirjaamista toteutettaessa. Ilman arviointia ja päättelyä kirjaaminen ei kerro potilaan nykyvoinnista ja sen muutoksista mitään. Jos potilaan hoitokertomuksessa lukee joka päivän kohdalla vain ”Lääkkeet jaettu dosettiin”, mutta muut tarpeet on päivittäiskirjaamisen mukaan jätetty huomioimatta, on vaikea hahmottaa mitä hoitotoimenpiteitä potilaan luona on tehty ja miten ne ovat potilaan vointiin vaikuttaneet. Toimiva sähköinen kirjaaminen lisää asiakkaiden terveydenhoidon turvallisuutta parantaen samalla hoitohenkilöstön oikeusturvaa. Jos asiakaskäynneistä ja hoitotoimenpiteistä ei ole asianmukaisesti kirjattu, ei kirjaaminen palvele tarkoituksenmukaisesti kumpaakaan osapuolta. Pahimmillaan asiakkaan terveydentilassa syntyvät muutokset eivät ilmene lainkaan potilasasiakirjoista ja tietokatkoksista voi aiheutua hoitovirheitä. Hoitotoimenpiteitä ja asiakaskäynntejä on vaikea todentaa tehdyiksi, jos niistä ei ole merkintää.

Rakenteinen kirjaaminen on luotu, jotta potilaan koko hoitopolku ja hänen vointinsa muutokset näkyisivät selkeästi kaikille häntä hoitaville terveydenhuollon asiantuntijoille. Yksi merkittävä kirjaamisen tavoite on pystyä arvioimaan potilaan hoidon vaikuttavuutta ja tuloksia. Huolellisen kirjaamisen avulla voidaan edistää potilaan hoitoa ja minimoida virheellisten toimenpiteiden mahdollisuus. Jotta potilasta hoitavat tahot saavuttaisivat tiedon potilaan hoidossa ja voinnissa tapahtuvista muutoksista, on tulosten arviointi ja sen kirjaaminen tärkeää.

Kotihoidon yksikön kirjaamista tulisi kehittää etenkin hoitotyön tulosten arvioinnin osalta. Kirjaamiskäytännöistä pitäisi yhteisesti sopia kotihoidon yksiköiden kesken ja tulosten arvioinnille luoda oma sarake, joka vastaa hoitotyön kirjaamisen tarpeita. Nykyajan sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksessa painotetaan kirjaamisen tärkeyttä ja sen opiskeluun panostetaan. Kirjaamista harjoitellaan konkreettisesti ja siitä saadaan suoraa palautetta. Myös työyhteisössä tulisi korostaa keskinäisen oppimisen merkitystä ja pystyä antamaan palautetta toisilleen myös kirjaamisen osaamisen osalta. Kun yksikössä on eritasoisia kirjaamisen osaajia, voisivat he yhdessä täydentää ja kehittää osaamistaan. Yhdymme Salosen ym. (2012) käsitykseen siitä, että esimiehillä on päävastuu hoitohenkilöstön kirjaamisen osaamisen kokonaisuuden hallinnassa. Osastonhoitajien tulisi arvioida yksiköiden kirjaamisen laatua arviointilomakkeen kriteerien mukaisesti, jotta kehityskohteisiin olisi helpompi puuttua jo varhaisessa vaiheessa. Kirjaamisen arviointilomakkeen mukainen auditointi olisi hyvä suorittaa säännöllisin väliajoin, kuten kerran vuodessa ja järjestää tarvittaessa hoitohenkilökunnalle lisäkoulutusta siitä saatujen tulosten perusteella.

## 6.2 Virhemarginaali

Kailan ja Kuivalaisen (2008) arviointilomakkeen mukaan kyllä-vastaus täyttyy kun auditoitavasta materiaalista löytyy viikon ajalta yksikin maininta arvioitavasta kohdasta ja täten kiitettävään tasoon voidaan yltää vain yhden päivän laadukkaalla kirjaamisella. Mielestämme arviointilomaketta tulisi kehittää niin, että myös kohdeyksiköiden kirjaamisen kehittämiskohteet tulisivat selkeämmin esille auditoinnin avulla ja arviointilomakkeen kriteerien täyttymiseen olisi yksityiskohtaisemmat ohjeet. Lomakkeen mukaan kirjaaminen saattaa olla hyvää vaikka todellisuudessa päivittäiskirjaamista olisi laiminlyöty paljonkin. Vaikka jokaisessa 20 hoitosuunnitelmassa olisi toteutuksen osalta vapaata tekstiä vain yhden päivän kohdalla viikon ajalta, olisi kohta arviointilomakkeen kriteerien mukaan hyväksytty vapaan tekstin sisällöstä riippumatta. Tämä antaa yksikön kirjaamisen tasosta herkästi vääristyneen kuvan. Auditointien ei tulisi sokeasti luottaa kirjaamisen arviointilomakkeen avulla saavutettuihin tuloksiin vaan tarkastella puolueettomasti myös tutkimusmateriaalin sisältöä.

### 6.3 Eettinen näkökulma

Virallisten henkilötietojen sensuroinnista huolimatta tutkimusmateriaalin päivittäiskirjaamisen yhteydessä ilmeni hoidettavien asiakkaiden nimiä (esim. ”Pirjo [nimi muutettu] käynyt omatoimisesti suihkussa”). Potilaslähtöisen kirjaamisen ja ammatimaisen kirjaamistavan välillä on ristiriita. Yksikössä kannattaisi pohtia, voiko nimen tilalla käyttää sanaa ”asiakas” tai jättää kohta avoimeksi (esim. ”Asiakas kertoi käyneensä omatoimisesti suihkussa”). Merkinnet tulisi muotoilla yhteisen sopimuksen mukaan eettisen kirjaamistavan toteutumiseksi.

Eettisyyteen voitaisiin panostaa ylemmältä taholta käsin enemmän huolehtimalla yhteneväisestä ja kattavasta kirjaamisen koulutuksesta. Kuten Salonen ym. (2012) totesivat, epäselvyyksiä hoitohenkilökunnalle ilmenee jo hoitotyön prosessin ymmärtämisessä. Koska prosessi on oleellinen osa hoitotyön rakenteista kirjaamista, tulisi se sisällyttää kirjaamisen koulutukseen. Yleisesti koulutuksissa puhutaan kirjaamisen rakenteisuudesta, mutta itse hoitotyön prosessia ja sen roolia kirjaamisessa harvoin avataan koulutettavalle hoitohenkilökunnalle, jolle käsite voi olla tuntematon.

Auditoinnin tarkoitus ei ollut tutkia asiakkaiden hoidon laatua vaan hoitohenkilökunnan kirjaamisen toteutumista hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Auditoinnille ominaisia eettisiä osa-alueita ovat suostumus, yksityisyys ja luottamuksellisuus, joten luvat potilasmateriaalien hyödyntämiseen oli pyydetty virallisella tutkimusluvalla ja allekirjoitetuilla suostumuksilla asiakkailta itseltään. Potilasasiakirjojen näkyminen asiaankuulumattomille henkilöille ja päätyminen väärin käsiin estettiin huolellisella asiakirjojen käsittelyllä, opinnäytetyön tekijöitä velvoittaa täysi vaitiolovelvollisuus.



## Lähteet

- Aukeala K. 2009. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen auditointi Effica-käyttäjille. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot - hanke. Loppuraportti 30.11.2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 14.10.2011.  
<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf>
- Burnett AC. & Winyard G. 1998. Clinical audit at the heart of clinical effectiveness. Journal of Quality in Clinical Practice, vol. 18, no. 3/1998. 3-19.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9563557>
- Ensio A. 2007. Tavoitteena toiminnan ja palvelujen kehittäminen. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tanttu K., Sonninen A.-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Ensio A., Kaakinen P. & Liljamo P. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 29.05.2011.  
[http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC\\_OHJEKIRJA\\_VERSIO\\_1\\_0\\_final\\_a.pdf](http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSIO_1_0_final_a.pdf)
- Ensio A. & Saranto K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.
- Ensio A. & Saranto K. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia H. & Koponen L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoitajaliitto. Gummerus: Jyväskylä, 123-138.
- Eriksson E., Hupli M. & Lauri S. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY.
- Finlex. 1972. Kansanterveyslaki 66/1972. Finlex valtion säädöstietopankki. Viitattu 02.03.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>
- Finlex. 1982. Sosiaalihuoltolaki 710/1982. Finlex valtion säädöstietopankki. Viitattu 02.03.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>
- Finlex. 1999. Henkilötietolaki 523/1999. Finlex valtion säädöstietopankki. Viitattu 02.03.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Finlex. 2000. Muutokset lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista 653/2000. Finlex valtion säädöstietopankki. Viitattu 02.03.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Finlex. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. Finlex valtion säädöstietopankki. Viitattu 20.09.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>
- Finlex. 2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Finlex valtion säädöstietopankki. Viitattu 02.03.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>
- Finlex. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Finlex valtion säädöstietopankki. Viitattu 30.5.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Finlex. 2010. Muutokset lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Finlex valtion säädöstietopankki. Viitattu 29.06.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227>

- Grainger, A. 2010. Clinical Audit: Shining a light on good practice. *Nursing Management*, vol. 17, no. 4/2010, 30-33.
- Haho A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. *Sairaanhoitaja*, vol.82, no. 12/2009.
- Hallila L. & Graeffe R. 2005. Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila L (toim.). 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara S. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huovinen H., Miettinen M., Mykkänen M. & Saranto K. 2011. Dokumentointi parantaa turvallisuutta ja laatua. *Sairaanhoitaja*, vol.83, no. 6-7/2011, 62-65.
- Häyrinen K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa: Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon ala: Itä-Suomen yliopisto.
- Jamtvéd G., Young JM., Kristoffersen DT., O'Brien MA. & Oxman AD. 2003. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1.
- Jokinen T., Isotalo T., Turunen R., Aho V., Koskivirta J., Myyryläinen M., Jaakkola V., Keränen S., Toivainen S., Kupiainen M., Aura H. & Helldan P. 2011a. Hoitotyön kirjaamismuutos Helsingin terveystieteiden keskuksessa. *Sairaanhoitaja*, vol.84, no.10/2011, 54-57.
- Jokinen T., Isotalo T., Turunen R., Aho V., Koskivirta J., Myyryläinen M., Jaakkola V., Keränen S., Toivainen S., Kupiainen M., Aura H. & Helldan P. 2011b. Hoitotyön kirjaamismuutoksen tuloksena luokiteltua tietoa. *Sairaanhoitaja*, vol.84, no.12/2011, 55-58.
- Kaila A. & Kuivalainen L. 2008. Kirjaamisen arviointilomake. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot- hanke 9/2007-10/2009. Loppuraportti 30.11.2009. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Hallintokeskus.
- Karlsen R. 2007. Improving the nursing documentation: professional consciousness-raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14/2007, 573-577.
- Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tutkiva hoitotyö, 2/2004, 4-9.
- Kassara H., Palokoski K., Holmia S., Murtonen I., Lipponen V., Ketola M.-L. & Hietanen H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.
- Kärkkäinen O. 2005. Documentation of patient care as evidence of caring substance. Väitöskirja. Hoitotieteellinen tiedekunta: Oulun yliopisto.
- Leino-Kilpi H. & Lauri S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Luoma M.-L. & Kattainen E. 2008. Asiakasrakente. Teoksessa Heinola R. (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito - laatukäsikirja ikääntyneiden kotihoitoon. STAKES oppaita 73.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. 2002. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Nightingale F. 1858. Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Administration of the British Army. Founded Chiefly on the Experience of the Late War. Lontoo: Harrison and Sons.

Ollila A. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto.

Pekkala E. 2007. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tantt K., Sonninen A.-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY: Helsinki.

Päivärinta E. & Haverinen R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma - opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. STAKES oppaita 52. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntaliitto.

Robson C. 2000. Käytännön arvioinnin perusteet. Tammerpaino Oy: Tampere.

Rykkje L. 2008. Implementing Electronic Patient Record and VIPS in medical hospital wards: Evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-ing. Vård i Norden, vol. 29, 2/2009, 9-13.

Sackett D., Rosenburg W. & Gray JM. 1996. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, vol. 7023, no. 3/12, 71-72.

Schmelzer M. 2008. The importance of nursing science: six lessons from history. Gastroenterology Nursing, vol. 31, no. 6/2008, 438-440.

Salo P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. 13-24. Teoksessa Hopia H. & Koponen L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto. Gummerrus: Jyväskylä.

Salonen A., Virta-Helenius M., Renholm M., Stenroos M.-L. & Vuorinen R. 2012. Sähköisen kirjaamisen käyttöönoton haasteet. Sairaanhoidaja, vol.85, no. 8/2012. 55-57.

Saranto K. & Sonninen A.-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. 12-16. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tantt K., Sonninen A.-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY: Helsinki.

Shaw C. & Costain D. 1998. Guidelines for medical audit: seven principles. British Medical Journal, vol. 299, no. 8/1989. 498-499. Viitattu 15.02.2012.  
<http://www.bmj.com/content/299/6697/498.short>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Oppaita 2001:3. Viitattu 20.09.2011.  
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys80.htm>

Stakes. 2008a. FinCC- Finnish Care Classification. Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL versio 2.0.1. Tulostettu 5.9.2008. <http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>

Stakes. 2008b. FinCC- Finnish Care Classification. Suomalainen hoidon toimintoluokitus SHToL versio 2.0.1. Tulostettu 5.9.2008. <http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>

Stakes. 2008c. FinCC- Finnish Care Classification. Suomalainen hoidon tulosluokitus SHTuL versio 1.0. Tulostettu 5.9.2008. <http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>

Tantt K. & Ikonen H. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tantt K., Sonninen A.-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY: Helsinki.

Tanttu K. & Rusi R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa: Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto. Gummerus: Jyväskylä, 113-122.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö-ohje 2002. Viitattu 14.03.2012. [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/kaytanto.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot- hanke 9/2007-10/2009. HoiData. Loppuraportti 30.11.2009. Hallintokeskus. Turku.

## Liitteet

Liite 1. Kirjaamisen arviointilomake .....	38
Liite 2. Kokoava kirjaamisen arviointilomake.....	39
Liite 3. Tutkimuslupahakemus .....	40
Liite 4. Tutkimuslupapäätös .....	41
Liite 5. Tutkimuslupapäätös 2 .....	42
Liite 6. Suostumuslomake .....	43

## Taulukot

Taulukko 1: FinnCC-luokitusten komponentit ja sisällöt.....	15
Taulukko 2: FinnCC-luokitusten mukainen kirjaaminen (mukailen Makkonen 2010).....	16
Taulukko 3: Tulokset .....	26
Taulukko 4: Tulokset prosentteina .....	27
Taulukko 5: Tulokset pylväsdiagrammina .....	28
Taulukko 6: Kirjaamisen tasot Kailan ja Kuivalaisen (2008) lomakkeen mukaan .....	29

## Liite 1. Kirjaamisen arviointilomake

## KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE

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

Nro	Arvioitava osio Minimilaatutaso: kohdat 1-2,4-5 ja 13 kirjattu	Kyllä =1	Ei =0
1	Tarve: onko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?		
2	Tavoite: onko tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?		
3	Onko valitut auttamismenetelmät kirjattu jo suunnitteluvaiheessa		
4	Toteutus: onko toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan?		
5	Tuloksen arviointi: onko arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?		
6	Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?		
7	Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?		
8	Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena?		
9	Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena?		
10	Onko toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa?		
11	Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?		
12	Onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu / onko valituilla auttamismenetelmillä ollut vaikuttavuutta?		
13	Yhteenvedo: onko yhteenvedo tehty hoitajaksesta, pitkäaikaispotilaasta < 3 kk tai sarjakäynnistä? <u>Ei koske yksittäistä pkl-käyntiä</u>		

ilmiö/asia löytyy = yksikin maininta riittää täyttämään kyllä-kriteerin

Kohta 8	Kyllä	tarve ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, tarpeena
	Ei	tarve ilmaistu hoitajan tekemisenä esim. potilaan tiedon tarve kontrolliajasta, jatkohoito, toimenpide
Kohta 9	Kyllä	tavoite ilmaistu potilaan tekemisenä, potilaan toiminta on kuvattu verbinä esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, potilaan tilanne pysyy ennallaan
	Ei	tavoite on ilmaistu hoitajan tekemisenä esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa
Kohta 10	Kyllä	toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tavoitteeseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen <b>juuri tällä potilaalla</b> <b>HUOM! tässä kirjaus kuuluu olla hoitajan tekemistä</b>
	Ei	hoitajan toiminta on kirjattu irrallisena, rutiininomaisena tekemisenä tai potilaan tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole edes kirjattu esim. annettu ohjeellinen, keskustelu ravitsemuksesta (ilman tarkempaa sisältöä), muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään
Kohta 11	Kyllä	tulos on vertailua suhteessa potilaan tavoitteen saavuttamiseen (kts. kohta 9)
	Ei	tulos on kuvausta hoitajan tekemisestä esim. ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty, kotiutui taksilla, sai reseptit mukaan
Kohta 12	Kyllä	On kirjattu vähintään yhden auttamismenetelmän vaikutus potilaan näkökulmasta esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko
	Ei	On kirjattu auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa sen tuloksesta esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, mutta ei ole mainintaa auttoiko se potilasta, keskusteltu ravitsemuksesta, mutta ei mainintaa, mikä oli keskustelun tulos

Liite 2. Kokoava kirjaamisen arviointilomake

**KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE**  
 arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma  
 (päättynyt hoitojakso/yhteenveto tai pkl-käynti), otos = 20 hoitotyön suunnitelmaa

Auditaitava 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 Tarve kirjattu																						0	0,00	
2 Tavoite kirjattu																							0	0,00
3 Suunnitellut auttamismenettelmät kirjattu																							0	0,00
4 Toteutus kirjattu																							0	0,00
5 Tulos kirjattu																							0	0,00
6 Tarve → tavoite																							0	0,00
7 Tavoite → toteutus																							0	0,00
8 Tarve = potilaan yksilöllinen																							0	0,00
9 Tavoite = potilaan yksilöllinen																							0	0,00
10 Toteutus = osa hoitosuunnitelmaa																							0	0,00
11 Tulos vs. potilaan yksilöllinen tavoite																							0	0,00
12 Auttamismenetelmän vaikutus kirjattu																							0	0,00
13 Yhteenveto kirjattu hoitojaksosta																							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	0	0,00

tuloksen arviointi

ei hyväksyttävä taso	0,00-4,99
heikko taso	5,00-6,99
tydyttävä taso	7,00-8,99
hyvä taso	9,00-10,99
kiitettävä taso	11,00-12,00

**kokonaistulos**

huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle  
 tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisosaaaminen ja tee kehittämissuunnitelma  
 varmista osaaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma  
 varmista osaaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma  
 varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla

**Jos kyseessä hoitojakso, niin minimitasoon kuuluu myös kohta 13, jolloin arviointitasoihin lisätään + 1**  
 Arja Kaila, Leena Kuivalainen 2008©

Liite 3. Tutkimuslupahakemus



LAUREA - AMMATTIKORKEAKOULU

Tutkimuslupahakemus

Opinnäytetyön tekijät Anne Lintunen, Elisa Makkonen, Ida Hiltunen, Ninamari Pitko

Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot [anne.lintunen@laurea.fi](mailto:anne.lintunen@laurea.fi), [elisa.makkonen@laurea.fi](mailto:elisa.makkonen@laurea.fi), [ida.l.hiltunen@laurea.fi](mailto:ida.l.hiltunen@laurea.fi), [ninamari.pitko@laurea.fi](mailto:ninamari.pitko@laurea.fi)

Organisaatio/yksikkö Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohja

Organisaation/yksikön yhteystiedot Nummentie 6, 08100 Lohja  
(09) 8868 7800

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyön ohjaaja Outi Ahonen, Anne Makkonen

Opinnäytetyön nimi [redacted] kotihoidon kirjaamisen hanke

Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma Rakenteisen kirjaamisen auditointi [redacted] kotihoidossa

Opinnäytetyön aineisto, menetelmät ja aikataulu Määrällinen tutkimus satunnaisotannalla valittujen kotihoidon asiakkaiden hoitosuunnitelmien (yht. n=60) kirjaamisen laadusta Kailan & Kuivalaisen (2008) luoman auditointilomakkeen kriteerien mukaisesti heinäkuun-joulukuun 2011 aikana.

Opinnäytetyön asiasanat Hoitotyön kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, auditointi, kotihoito

Tutkimussuunnitelman tiivistelmä liitteenä

Lohja 09/06 2011

Paikka ja aika

Ne. Ninamari Pitko Ida Hiltunen

Elisa Makkonen Lintunen Anne

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

Anne Makkonen Outi Ahonen

Opinnäytetyön ohjaajan/ohjaajien allekirjoitus/allekirjoitukset

Tutkimuslupa on myönnetty

31/8 2011

Paikka ja aika

[redacted]  
Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intimitetin ja anonymiteetin.



#### Liite 4. Tutkimuslupapäätös

PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ [REDACTED]	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
Ikäihmisten palvelulinjajohtaja	07.09.2011 4 §
23/13.00/2011	
Tutkimuslupa: Anne Lintunen	
Hakijat/asianosaiset	Anne Lintunen, Elisa Makkonen, Ida Hiltunen, Ninamaria Pitko
Selostus asiasta	Kyseessä on tutkimuslupapyyntö liittyen opinnäytetyöhön Perusturvakuntayhtymä [REDACTED] kotihoidon kirjaamisen kehittämiseen tähtäävä hanke [REDACTED] kotihoidon kirjaamisen hanke - opinnäytetyön tavoitteena on rakenteisen kirjaamisen auditointi [REDACTED] kotihoidossa. Aineisto kerätään satunnaisotannalla valittujen kotihoidon asiakkaiden hoitosuunnitelmista (n= 60). Tutkimus toteutetaan heinäkuun-joulukuun 2011 aikana. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Asiakkailta pyydetään kirjallinen lupa potilasasiakirjatietojen auditointiin ja tutkimuksessa noudatetaan vaitiolovelvollisuutta.
Päätös	Päätän myöntää luvan Kotihoidon kirjaamisen arviointi opinnäytetyön tekijöille Anne Lintuselle, Elisa Makkoselle, Ida Hiltuselle ja Ninamaria Pitkole.
Päätöksen peruste	Hallintosääntö 10 §
Päiväys ja allekirjoitus	[REDACTED] 07.09.2011 [REDACTED] Ikäihmisten palvelulinjajohtaja

## Liite 5. Tutkimuslupapäätös 2

PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ [REDACTED] VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Ikäihmisten palvelulinjajohtaja

07.09.2011

4 §

### Oikaisuvaatimusohjeet

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) ja kunnan jäsen. Oikaisuvaatimus tehdään perusturvakuntayhtymä [REDACTED] yhtymähallitukselle (Perusturvakuntayhtymä [REDACTED]). Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä ja siitä on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava.

Jos viranhaltijalla, työntekijällä tai viranhaltija- tai työntekijäyhdistyksellä on oikeus panna asia vireille työuomioistuimessa, viranhaltija tai työntekijä ei voi saattaa sitä oikaisuvaatimuksena käsiteltäväksi.

Päätöksen nähtävänäpito Tämä päätös on nähtävänä 26.9.2011 virka-aikana.

Tiedoksianto asianosaisille ja muille

Pvm	tiedoksiantotapa	kenelle
7.9.2011	postitse	hakijat
	sähköpostilla	[REDACTED]

Tiedoksiantaja

[REDACTED]  
toimistos sihteeri

## Liite 6. Suostumuslomake

Hyvä kotihoidon asiakas,

toteutamme [REDACTED] kotihoidoissa kirjaamisen arvioinnin osana perusturvakuntayhtymä [REDACTED] ja Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteen yhteistä kotihoidon kirjaamisen kehittämishanketta. Tällä tarkoitetaan sitä, että me allekirjoittaneet sairaanhoitajaopiskelijat arvioimme kotihoidon hoitajien kirjaamista asiakaskäynneistä suhteessa kansallisiin kirjaamissuosituksiin. Tutkimukselle on anottu ja saatu tutkimuslupa perusturvakuntayhtymä [REDACTED]. Tutkimuksen tavoitteena on parantaa kirjaamisen laatua. Näin parannetaan myös asiakasturvallisuutta sekä hoidon asiakaslähtöisyyttä.

Tutkiaksemme kirjaamissuosistusten toteutumista hoitotyön suunnitelmissa ja päivittäisessä kirjaamisessa tarvitsemme käyttöömme kotihoidon asiakkaiden hoitotyön suunnitelmat ja päivittäiskirjaamismerkinnät yhden viikon ajalta. Tutkimukseen valituksi tulleet asiakkaat on valikoitu satunnaisotantamenetelmällä niin, että jokaisella asiakkaalla, jonka luo kotihoito tekee vähintään kolme viikottaista käyntiä, on ollut yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi.

Tutkimus toteutetaan niin, että kenenkään yksittäisen asiakkaan henkilötiedot eivät missään tutkimuksen vaiheessa tule tutkimuksen tekijöiden tietoon. Tutkimukseen osallistuvien hoitotyön suunnitelmien ja päivittäiskirjaamisten käsittelyssä tullaan noudattamaan ehdotonta huolellisuutta ja vaitiolovelvollisuutta. Tutkimuksen tekijät eivät arvioi asiakkaan tilaa tai hänen saamaansa hoitoa, vaan ainoastaan kirjaamisen toteutumista suhteessa kansallisiin suosituksiin.

Pyydämmekin kohteliaimmin suostumustanne saada käyttää tutkimukseemme Teille laadittua hoitotyön suunnitelmaa sekä hoitajien luoksenne tekemistään käynneistä laatimia päivittäiskirjaamismerkintöjä yhden viikon ajalta.

[REDACTED] 20.9.2011

Elisa Makkonen, Anne Lintunen, Ninamari Pitko ja Ida Hiltunen  
sairaanhoitajaopiskelijat, Laurea Lohja

---

Annan suostumukseni käyttää hoitotyön suunnitelmaani sekä päivittäiskirjaamismerkintöjä yhden viikon ajalta osana Laurea Lohjan sairaanhoitajaopiskelijoiden toteuttamaa kirjaamisen arviointia.

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys