



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Vantaan palvelulupauksen toteutuminen hiljaisen raportoinnin kirjauksessa

Utriainen, Riitta

2014 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Yksikkö

Vantaan palvelulupauksen toteutuminen
hiljaisen raportoinnin kirjauksessa

Riitta Utriainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2014

Riitta Utriainen

Vantaan kaupungin palvelulupauksen toteutuminen hiljaisen raportoinnin kirjaamisessa

Vuosi 2014 Sivumäärä 48

Tämä opinnäytetyö kuvaa Vantaan kaupungin hoiva-asumisen palvelulupauksen näkymistä hoitosuunnitelmissa ja päivittäisissä kirjauksissa. Hoiva-asumispalveluiden johto halusi tietää, minkä tasoista kirjaaminen oli. Siksi tutkittiin, miten palvelulupauksessa mainitut teemat näkyivät hoitosuunnitelmissa ja mitä palvelulupauksen mukaisia suunnitelmia oli kirjattu päivittäisiin kirjauksiin. Samalla tarkasteltiin kirjauksien asiakaslähtöisyyttä ja riittävyttä.

Opinnäytetyöhön kerättiin teoria-aineistoa laadukkaasta, asiakaslähtöisestä, systemaattisesta ja rakenteellisesta hoitotyön kirjaamisesta sekä hiljaisesta raportoinnista. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Osa tuloksista annetaan määrällisenä. Tutkimusaineisto valittiin ositettuna otantana. Tutkimus sisälsi Vantaan vanhainkotien 14 asukkaan hoitosuunnitelman ja päivittäiset kirjaukset viikon ajalta marraskuussa 2013.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että vähintään yksi palvelulupauksen mukainen nimetty suunnitelma löytyi 79 %:sta hoitosuunnitelmista (n=14). Hoitosuunnitelmien taso oli vaihteleva. Hoidon tarpeet oli kirjattu 71–100 %:ssa, tavoitteet 50–64 %:ssa ja toiminnot 79–100 %:ssa. Palvelulupauksen mukaisilla suunnitelmilla on määrätty paikat, joihin ne tulisi kirjata. Liikuntasuunnitelma oli kirjattu 44,4 %:ssa oikeaa paikkaan (n=9), virikesuunnitelma 87,5 %:ssa (n=8) ja ravitsemussuunnitelma 33 %:ssa (n=6).

Päivittäiset kirjaukset jaettiin kolmeen teemaan: liikuntaan, virikkeisiin ja ravitsemukseen. Sen jälkeen ne analysoitiin, mikä toi esiin yhden yhdistävän tekijän kaikille teemoille: ”Kirjaukset puuttuvat.” Kirjausten puuttuminen vaikuttaa negatiivisesti sekä palvelulupauksen toteutumiseen, asiakaslähtöisyyteen että hiljaiseen raportointiin. Päivittäiset kirjaukset olivat pääsääntöisesti asiakaslähtöisiä. Positiivista oli kirjausten selkeys ja hyvä suomen kieli.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitosuunnitelmia tulisi täydentää ja niiden tekemiseen tulisi antaa hoitohenkilökunnalle lisäkoulutusta. Henkilökunnan tulisi tutustua kirjausohjeistuksiin paremmin.

Opinnäytetyön tulokset herättivät seuraavanlaisia ajatuksia: miten hiljainen raportointi toteutuu osastoilla ja onko hiljainen raportointi vanhainkodeissa suullista raportointia tehokkaampaa.

Avainsanat: kirjaaminen, hoitotyön kirjaaminen, raportointi, hiljainen raportointi, tiedonsiirto, asiakaslähtöisyys

Riitta Utriainen

The realization of service promises in silent documenting in the city of Vantaa

Year	2014	Pages	48
------	------	-------	----

This thesis describes services promises set up by the city of Vantaa and how the service promises show up in nursing care plans and in daily documentation. The management of nursing care homes wanted to know at what level the documentation actually was. Therefore it was explored as to how the themes specified in service promises appeared in nursing care plans and what care plans according to service promises were documented in daily documentation. At the same time studies took place as to whether the documentation was client-orientated and adequate.

The theory based material for the thesis was gathered from qualitative, client-oriented, systematic and structural nursing care documentation, and also from silent reporting. This thesis is based on qualitative research and it contained theory based around an analysis of the content. The study included nursing care plans and daily documentation of 14 clients, all living in retirement homes in the city of Vantaa, during a period of one week in November 2013.

The results of the thesis showed that there was at least one care plan, which was compatible with the service promise, in 79% of all care plans (n=14). Quality of care plans was variable. Needs of care was documented in 71–100%, aims in 50–64% and actions in 79–100% of care plans. There is a specific place in care planning for the plans specified in the service promise, where these plans should be documented. The exercise plan was documented correctly in 44.4% (n=9), the activity plan was correctly documented in 87.5% (n=8) and the nutrition plan in 33% of care plans (n=6).

Daily documentation was divided into three categories; exercise, activity and nutrition. After the documentation was assessed it showed one common theme throughout, "The lack of documentation". This lack of documentation has a negative effect on the fulfillment of service promises, client-orientation and silent reporting. Daily documentation was mainly client-orientated. A positive outcome was the clarity of documentation and good Finnish language. It can be pointed out from the conclusion of the thesis that care plans should be supplemented and there should be adequate training for nursing staff. Nursing staff should also familiarize themselves with existing written instructions.

A Few considerations were raised as a result of the thesis. How does silent reporting accurately materialize in nursing settings, and is it more effective than verbal reporting.

Keywords: documentation, nursing documentation, reporting, silent reporting, information transfer, client-orientation

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Kirjaaminen ja hiljainen raportointi	8
2.1	Hoitotyön kirjaaminen	8
2.2	Systemaattinen kirjaaminen	10
2.3	Rakenteinen kirjaaminen	11
2.4	Kirjaamisen laatu	15
2.4.1	Kirjaamisen laatu hoidon ja hoitajien näkökulmasta	15
2.4.2	Kirjaamisen minimivaatimukset	17
2.4.3	Asiakaslähtöinen kirjaaminen	17
2.4.4	Hoitotyön kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö	19
2.5	Hiljainen raportointi	21
3	Opinnäytetyön toteuttaminen	24
3.1	Tutkimusaineisto ja aineiston keruu	24
3.2	Tutkimusmenetelmä ja aineiston analyysi	25
4	Opinnäytetyön tulokset	27
5	Eettiset näkökohdat ja luotettavuus	31
6	Johtopäätökset ja pohdinta	32
	Lähteet	36
	Kuviot	39
	Liitteet	40

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Vantaan kaupungin hoiva-asumisen palvelulupauksen näkymistä hiljaisen raportoinnin kirjaamisessa ja antaa kehitysehdotuksia kirjaamisen parantamiseksi. Vantaan kaupungilla on kolme omaa vanhainkotiä: Simonkoti, Myyrinkoti ja Metsonkoti, joissa asuu eri-ikäisiä ja erikuntoisia vanhuksia. Palvelulupauksessa luvataan heille aktiivista hoiva-asumista (Liite 1). Vanhainkodit siirtyivät 1.9.2012 hiljaiseen raportointiin, ja tämä opinnäytetyö antaa kuvaa siitä, millaista kirjaaminen on vuoden kuluttua hiljaiseen raportointiin siirtymisen jälkeen. Opinnäytetyössä tarkastellaan, onko kirjaaminen riittävä, jotta hiljainen raportointi voisi toteutua laadukkaasti.

Aiheeseen tähän opinnäytetyöhön antoi elokuussa 2012 Vantaan vanhus- ja vammaispalvelun hoiva-asumisen palveluiden ylihoitaja Tuula Lahti. Vanhus- ja vammaispalveluiden johto halusi tietää, onko hiljaisen raportoinnin kirjaaminen laadukasta vai tarvitaanko kirjaamiseen lisäkoulutusta (Lahti 2012). Vantaan kaupunki on antanut palvelulupauksen aktiivisesta hoiva-asumisesta (Liite 1), jota tarkastellaan kirjaamisen osalta. Kirjaaminen on olennainen osa hoitotyötä. Sen avulla voidaan todeta hoidon toteutuminen, ja se suojaa hoitajaa ristiriitaitilanteissa. Opinnäytetyön tuloksien avulla saadaan selville, miten Vantaan kaupungin palvelulupaus aktiivisesta hoiva-asumisesta toteutuu kirjaamisessa.

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin viikon ajan 14 Vantaan kaupungin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan asukkaan hoitosuunnitelmaa ja päivittäisiä kirjauksia. Niistä etsittiin, mitä Vantaan kaupungin palvelulupauksessa mainittuja asioita oli kirjattu, miten ne oli kirjattu ja oliko ne kirjattu hyvän kirjaamistavan mukaan. Tausta-aineistona käytettiin tutkimuksia kirjaamisesta, hiljaisesta raportoinnista ja asiakaslähtöisyydestä. Kirjaamisesta ja raportoinnista löytyi paljon erilaista tutkimustietoa, mm. kvantitatiivisia ja empiirisiä tutkimuksia. Asiakaslähtöisestä kirjaamisesta ei juuri löytynyt tutkimustietoa, mutta asiakaslähtöisyydestä löytyi. Useimmiten tutkimukset oli tehty yliopistollisissa keskussairaaloissa. Tämän opinnäytetyön tausta-aineistona oli myös useita lakeja ja asetuksia sekä eettisiä ohjeistuksia esim. laki potilaan asemasta ja oikeuksista (PL 785/1992) sekä sairaanhoitajan eettiset ohjeet (Sairaanhoitajaliitto 2013).

Vantaan kaupunginhallitus (Vantaa vanhenee viisaasti 2010, 35) on luvannut aktiivista hoiva-asumista vanhainkoteihinsa. Tällä asiakaslähtöisellä palvelulupauksella pyritään takaamaan asukkaiden virikkeellinen, toimintakykyä lisäävä ja osallistumisen mahdollistava arki. Lupaukseen kuuluvat liikkumis-, virike- ja ravitsemussuunnitelmat, jotka tulee olla jokaisen asukkaan hoitosuunnitelmassa. Lukemalla päivittäistä kirjaamista nähdään, toteutuvatko suunnitelmat myös hoitotyössä. Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin suunnitelmia asiakaslähtöisyyden kan-

nalta. Samalla tutkittiin, löytyivätkö suunnitelmat kirjauksista siten, että ne hyödyntävät hiljaisen raportoinnin vastaanottanutta hoitajaa.

Opinnäytetyössä käytettiin kirjallisuutta vuosilta 2005–2013. Kirjallisuus liittyi kirjaamiseen, raportointiin, hiljaiseen raportointiin ja asiakaslähtöisyyteen. Kirjallisuutta ja aikaisempia tutkimuksia haettiin Medicin, EBSCO:n, Duodecimin, FiMnetin, Melindan ja Aleksin tietokannoista sekä THL:n ja Finlexin www-sivuilta. Hakusanoina olivat kirjaaminen, hoitotyön kirjaaminen, raportointi, hiljainen raportointi, tiedonsiirto ja asiakaslähtöisyys. Englanninkielisinä hakusanoina olivat nursing documentation ja reporting. Opinnäytetyön kirjallinen osuus kerättiin Laurean ja HelMetin kirjastoista sekä verkosta keväällä ja kesällä 2013, jolloin siihen myös perehdyttiin ja tuotettiin kirjallinen osuus.

Opinnäytetyön ohjaajana toimi Laurean puolesta aluksi lehtori Outi Pyrhönen ja lopuksi yliopettaja Eija Mattila. Työpaikalla ohjaajana oli vanhainkodin puolesta Myyrinkodin osasto 5. osastonhoitaja Irmeli Österman.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata hoitosuunnitelmien ja päivittäisten kirjaamisten toteutusta Vantaan kaupungin vanhainkodeissa, joissa on ollut hiljainen raportointi reilun vuoden ajan. Hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan tässä työssä asukkaan hoitotyön suunnitelmaa. Opinnäytetyön tarkoitus on myös tuottaa tietoa siitä, miten ja missä asioissa kirjaamista voitaisiin parantaa. Kirjaamista ei ole tutkittu ennen hiljaiseen raportointiin siirtymistä, minkä vuoksi kirjaamisen muuttumista ei voitu tässä tutkimuksessa kuvata. Asukkaan hoitosuunnitelmaa ja päivittäisiä kirjauksia tutkittiin ja verrattiin hyvän kirjaamisen kriteereihin. Siitä saatiin kuva, minkä tasoista kirjaaminen oli. Tutkimustuloksien ja kirjaamiskriteerien pohjalta etsittiin ratkaisua, miten kirjaamisen laadukkuutta voitaisiin lisätä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitosuunnitelmaan on kirjattu palvelulupauksen mukaiset teemat?
 - a) Mitä palvelulupauksen mukaisia suunnitelmia on merkitty hoitosuunnitelmaan?
 - b) Minkä komponentin tai luokan alle palvelulupauksen mukainen suunnitelma on kirjattu?
 - c) Miten hoidon tarve, tavoite ja toiminto on kirjattu hoitosuunnitelmaan?
2. Mitä palvelulupauksen mukaisia suunnitelmia on päivittäisissä kirjauksissa?
 - a) Mitä liikuntaan liittyviä kirjauksia löytyy?
 - b) Mitä virikkeisiin liittyviä kirjauksia löytyy?
 - c) Mitä ravitsemukseen liittyviä kirjauksia löytyy?

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata, minkä tasoista kirjaus on Vantaan kaupungin palvelulupauksen osalta hiljaisessa raportoinnissa. Näin tuotettiin tietoa hoiva-asumispalveluiden ja

vanhainkotien henkilökunnalle siitä, miten kirjaamista voitaisiin parantaa, jotta se olisi mahdollisimman riittävää, laadukasta ja asiakaslähtöistä. Tässä opinnäytetyössä hoitotyön kirjaamisen riittävydellä tarkoitetaan palvelulupauksessa (Liite 1) luvattujen asioiden näkymistä asiakaslähtöisenä ja tarkoituksenmukaisena kirjaamisena. Tavoitteena on kirjaamista kehittämällä parantaa myös hoidon laatua. Opinnäytetyöstä saatujen tuloksien pohjalta voidaan tehdä parannusehdotuksia kirjaamisesta.

2 Kirjaaminen ja hiljainen raportointi

Hiljainen raportointi on potilasasiakirjojen kuten hoitosuunnitelmien ja edellisten työvuorojen kirjausten lukemista potilastietojärjestelmästä. Laadukas hoito edellyttää hyvää hoitotyön kirjaamista ja kirjattun tiedon ymmärtämistä. Tässä työssä tutkitaan kirjaamista ja hiljaista raportointia Vantaan palvelulupauksen mukaisten teemojen osalta.

2.1 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan yleensä potilastietojen kirjaamista potilasasiakirjoihin. Vanhainkodeissa puhutaan potilastietojen sijasta yleensä asukastiedoista. Vantaan kaupungin vanhainkodeissa potilasasiakirjat ovat pääasiassa sähköisinä, mikä helpottaa asukastietojen käsittelyä ja saamista (Nordström 2008, 40). Tietoliikenteen käyttö- tai sähkökatkosten aikana hoitajat ja käyttäjätunnuksettomat sijaiset voivat kirjata tietoja paperisiin potilasasiakirjoihin, joita ei muuten käytetä. Paperilla olevat tiedot pyritään kirjaamaan myöhemmin sähköiseen järjestelmään, mutta ne voivat jäädä myös kirjaamatta. (Österman 2013.) Sähköisessä kirjaamisessa on käytössä hoitotyön kansallinen kirjaamismalli, joka on kehitetty Suomessa erikois- ja perusterveydenhuollon käyttöön (Nykänen & Juntila 2012, 15). Sähköisestä potilasasiakirjasta löytyvät asukkaan reaaliaikaiset perus-, sairaus-, lääkitys- ja riskitiedot, hoitotahdot, päivittäiset kirjaukset sekä kirjaajan tiedot ja kirjauksen ajankohta. Näiden tietojen on tarkoitus seurata henkilöä hoitopaikasta toiseen sähköisesti esim. asukkaan joutuessa yllättäen sairaalahoitoon. Sähköinen tiedonsiirto takaa nopean, luotettavan ja tarkoituksenmukaisen hoidon. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 168; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 70.)

Jotta kirjaaminen olisi luotettavaa, hyvää ja tarkoituksenmukaista, sen tulisi olla selkeää, ymmärrettävää, oikeaa ja ajantasaista sekä potilasta kunnioittavaa. Asukkaan tila tulee olla mahdollisimman hyvin kuvattua. Hyvä kirjaaminen on tarkkaa, kattavaa, joustavaa, pätevää ja käytäntöön soveltuvaa (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2010, 58). Annettujen palvelujen vaikuttavuus, riittävyys ja kohdennettavuus näkyvät kirjaamisessa, asukkaan hyvinvoinnissa ja terveydentilassa (Saranto ym. 2008, 204–205). Ruotsalaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että kun kirjaaminen oli riittämätöntä ravitsemuksen osalta, aliravitsemusriski jäi

sen takia usein tunnistamatta (Söderhamn, Bachrach-Lindström & Ek 2007, 1997–2006). Hoitokertomus, joka on osa potilaskertomusta (Nykänen & Junttila 2012, 15), sisältää tiedon hoidon suunnittelusta, järjestämisestä, toteuttamisesta ja seurannasta sekä arvioinnista. Se turvaa kokonaihoidon ja toimii näyttönä hoidon vaikuttavuudesta. (Kuusio 2007, 29–37.) Kirjaamisen tarkoitus on varmistaa, että asukas saa parasta mahdollista hoitoa ja hoidon jatkuvuus on taattua. Siksi hoidon tarpeen arviointi ja toteutus suunnitellaan näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Pekkala (2008, 48–55) painottaa näyttöön perustuvan tiedon, asukkaan toiveiden ja hoitajan osaamisen yhdistämistä kokonaisuudeksi hoitokäytännössä ja kirjaamisessa. Potilasasiakirjoista selviää, mitä asukkaalle on tehty ja kerrottu sekä mitä hänestä on huomioitu. Kirjaaminen on myös todiste siitä, että työntekijä on toiminut asukkaan edun ja sovitun hoitosuunnitelman mukaisesti. Kirjaamisen tarkoitus on kuvata asukkaan koko hoitoprosessi (Kuusio 2007, 29–37). Kirjaamisessa on huomioitava asukkaan yksilöllisyyden lisäksi hänen hoidon ja hoivan tarpeensa sekä kaikkien hoitotietoja tarvitsevien tiedon tarpeet. Lehdon (2007, 6–16) tutkimuksen mukaan tarpeet ohjaavat vähemmän kirjaamista kuin erilaiset organisaation säädökset kuten tiedon luokittelu ja kooditus. Kirjaamisessa tulee muistaa myös salassapitosäännökset ja henkilörekisterilain määräykset. (Iivanainen & Syväoja 2012, 13–15; Coco, Lahti & Simola 2011, 12–13; Saranto ym. 2008, 15; Iivanainen ym. 2010, 70.)

Pekkala (2008, 48–55) vertaa näyttöön perustuvaa kirjaamista näyttöön perustuvaan hoitosuositukseen. Hän asettaa hyvälle kirjaamiselle selkeitä kriteereitä kuten luotettavuus, selkeys, tarkkuus, pätevyys ja soveltuvuus. Hyvä kirjaaminen vaatii hoitajalta tarkkaavaisuutta ja kriittistä asennetta. Hoitajan tulee hallita kokonaisuuksia, tunnistaa asukkaissa tapahtuvia muutoksia, laittaa asiat tärkeysjärjestykseen ja ymmärtää lääketieteellisiä perusteita hoitotyössä. (Rantalainen 2009a.) Sähköistä kirjaamista ohjaavat erilaiset tekijät kuten hoitoisuusluokitukset, hoitotyön prosessimalli, opitut mallit, kokemus ja intuitiot (Järvi, Kulla, Liljeborg, Metsäsalo, Tirkkonen, Selander & Kilku 2010, 54–56). Hoitajan kirjaamista ohjaavat hoitotyön normit, eettiset velvoitteet ja lainsäädäntö (Lehto 2007, 6–16). Sähköisesti kirjaatessa huomioidaan myös kieli ja rakenne. Haasteena on yhdenmukaisesta kirjaamisesta sovitujen käytänteiden noudattaminen sekä henkilökunnan tietojärjestelmien ja ohjelmien hallinta (Kuusio 2007, 29–37). Erilaisten kuvasymbolien ja lyhenteiden käyttöä ei tule sallia kirjaamisessa, koska ne voivat tarkoittaa toisessa työyksikössä eri asiaa ja vaarantaa näin ollen potilasturvallisuuden (Saranto ym. 2008, 73; Virolainen 2006, 26).

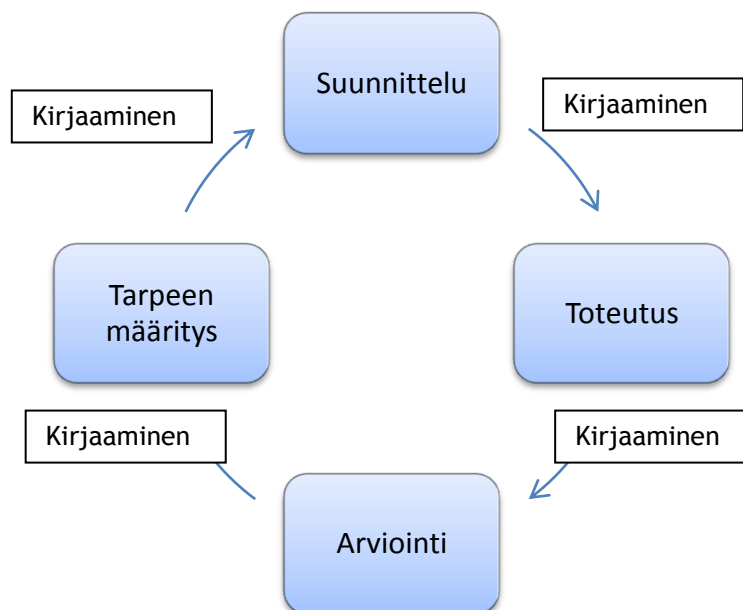
Hoitotyössä kirjaaminen turvaa hoitotyöntekijän ja asukkaan oikeuksia. Se on kirjallinen näyttö siitä, mitä on tehty. Kirjaamisen avulla tieto siirtyy asukkaan hoidon tarpeista, tavoitteista ja toiminnoista seuraaville hoitotyöhön osallistuville. Kirjaamisen tarkoitus on varmistaa asukkaan hoidon sujuva eteneminen ja jatkuminen. Sen tulee taata hoitoa koskeva tiedonsaanti, hoidon toteutuminen ja sen seuranta. (Saranto ym. 2008, 129.) Hoitotyön laadukas kirjaaminen varmistaa turvallisen ja tehokkaan hoidon, mutta hoitajat eivät aina tunnista

laadukkaan kirjaamisen tärkeyttä. Se on yhtä merkittävää kuin hoitaminen. (Blair & Smith 2012, 160–168.) Kirjaamisen avulla voidaan myöhemmin hoitaa asukasta samassa tai toisessa hoitopaikassa (Lehto 2007, 6–16). Kirjaamista ohjaavat periaatteet ovat hoidon jatkuvuus, asiakaslähtöisyys, yksilöllisyys, turvallisuus, tiedon siirto sekä tekstin todenmukaisuus, kokonaisvaltaisuus, juridiset asiat, tekstin selkeys ja ymmärrettävyys sekä puolueettomuus (Järvi ym. 2010, 54–56). Rantalaisen (2009b) mukaan kirjatun tiedon perusoletuksia ovat tiedon mitattavuus, riittävyys, virheettömyys ja oikeaksi todistettavuus. Kirjaamisen on oltava kattavaa ja selkeää, jotta se olisi asukkaan kannalta mahdollisimman riskitöntä. Suullisesti saadut tiedot tulisi varmistaa toistamalla, ennen kuin ne kirjataan hoitotietoihin. Näin varmistetaan hoidon turvallisuus jatkossa. (Helovuori ym. 2012, 72.)

Hoitotyön kirjaamisen perusohjeena voidaan pitää, että kirjataan ajantasaisesti vain merkittävä tieto, jota ei ole järjestelmistä muuten saatavilla (Nykänen & Juntila 2012, 24). Näin vältetään turhan tiedon levittäminen ja toistaminen. Hoitotietojen tulee olla myös riittävän laajoja, asiallisia ja virheettömiä (Saranto ym. 2007, 18; Blair & Smith 2012, 160–168.) STM ja THL suunnittelevat rakenteellisen kirjaamisen yhtenäistämistä. Tavoitteena on saada käyttöön yhtenäinen kirjaamiskäytäntö sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle vuoden 2018 loppuun mennessä. (Nykänen & Juntila 2012, 35.)

2.2 Systemaattinen kirjaaminen

Systemaattinen kirjaaminen eli kirjaamisen yhtenäisyys tarkoittaa hoitotyössä sovitun sisällön ja rakenteen kirjaamista asukkaan hoitokertomukseen (Tanttu 2011, 10–12). Siitä saadaan selkeä kuva asukkaan hoidosta ja hoidon tuottamista tuloksista. Kirjattavaa tietoa saadaan asukkaan lisäksi omaisilta ja läheisiltä. Tiedon kirjaa asukkaan hoitoon osallistuva työntekijä. Samoja tietoja ei tarvitse kirjata uudelleen potilasasiakirjoihin, vaan yhden henkilön kirjaaminen riittää. Hoitotietoja päivitetään, arvioidaan ja kirjataan jatkuvasti. Kirjaaminen tapahtuu reaaliaikaisesti. Hoidontyön suunnitelma tehdään ja sitä muokataan mahdollisuuksien mukaan yhdessä asukkaan kanssa (Coco ym. 2011, 13). Hoitosuunnitelma ja päivittäiset kirjaamiset muodostavat asukkaasta sähköisessä kirjaamisessa hoitokertomuksen, jossa on hoidon suunnitelma, toteutus, seuranta ja arviointi sekä yhteenveto (Liite 2). Hoitokertomuksen tarkoitus on antaa eväitä hoidon järjestämiselle ja taata laadukkaan hoidon jatkuvuus. Hyvä systemaattinen kirjaus parantaa hoidon laatua ja tiedon kulkua. Kirjaamisen lisäksi hoitosuunnitelma ja sen ajantasaisuus ovat edellytyksenä paremmalle hoidolle (Muurinen & Soini 2009, 7). (Saranto ym. 2008, 72–77; Iivanainen ym. 2010, 71.)



Kuvio 1: Hoitotyön prosessi ja kirjaaminen (Anttila ym. 2010, 52)

Suomessa hoitotyön systemaattinen kirjaaminen perustuu WHO:n päätöksenteon prosessimaliin sekä sähköiseen että rakenteiseen kirjaamiseen (Saranto ym. 2008, 13). Hoitotyön prosessi (Kuvio 1) sisältää asukkaan hoidon tarpeet, tilan muutosta koskevat tavoitteet eli suunnittelun, hoitotyön toteutuksen ja arvioinnin (Iivanainen & Syväoja 2012, 15; Anttila ym. 2010, 51–52). Tantan ja Iksen mukaan hoitotyön prosessin kokonaisuuteen kuuluu myös yhteenvehto, johon kootaan hoitajakson keskeiset tapahtumat hoitajakson loppuessa (ks. Saranto ym. 2008, 112–114). Hoitotyön prosessi on samalla kirjaamisen perusrakenne (Saranto ym. 2008, 129). Sähköisessä kirjaamisessa tieto on luokiteltua. Tiedon käytettävyys riippuu potilastietojärjestelmien teknisistä ominaisuuksista. (Saranto ym. 2008, 59.)

2.3 Rakenteinen kirjaaminen

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin tapahtuu sähköisen potilastietojärjestelmän avulla. Kirjaaminen perustuu hoitosuunnitelman ja päivittäisen kirjaamisen rakenteellisuuteen. Se tarkoittaa, että kirjatun tiedon esitysmuoto on tarkasti määriteltyä (Tanttu 2011, 10–12). Suomessa ja Vantaan kaupungin vanhainkodeissa käytössä oleva kirjaamismalli on FinCC (Finnish Care Classification). Se sisältää hoidon tarveluokituksen (SHTaL), hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) ja hoidon tulosluokituksen (SHTuL). Tarve- ja toimintoluokitukset jaetaan vielä kolmeen tasoon: komponentti, pääluokka ja alaluokka, sekä tulosluokitus kolmeen kategoriaan potilaan voinnin mukaan: parantunut, ennallaan tai huonontunut. Komponentissa on kyse asiakokonaisuudesta, kun taas pää- ja alaluokissa asiaa puolestaan täsmennetään (Nykänen & Junttila 2012, 25). Koska suomalaisessa hoitotyön toimintoluokituksessa on paljon luokituksia, hoitajat ja työpaikat joutuvat pohtimaan, minkä luokituksen alle mikäkin asia kirjataan sekä mitä ja miten kirjataan. Luokitusten käyttö vahvistaa asiakasläh-

töistä kirjaamista, ja kokemus opettaa kirjaamaan hoitotyön kannalta oikeanlaista tietoa (Saranto ym. 2008, 116). Hoitotyön luokiteltu rakenteinen kirjaaminen helpottaa tiedon löytymistä ja hyödyntämistä. Sen merkitys myös tiedon välittämisessä hoitajalta toiselle on tärkeää (Saranto ym. 2008, 3). Potilasasiakirjoja käyttävät ja täydentävät myös muut ammattihenkilöt. Heidän on helppoa ja nopeaa etsiä tarvitsemaansa tietoa tiettyjen luokitusten alta. (Iivanainen & Syväoja 2012, 13–15; Coco ym. 2011, 12; Saranto ym. 2008, 12–14.)

Vantaan kaupunki on antanut omat ohjeet, mitä asioita hoitosuunnitelmaan tulee kirjata. Liitteessä 3 on mainittu palvelulupauksen mukaisten suunnitelmien kirjausohjeet. (Holland 2012.) FinCC-ohjeistuksen mukaan ”suunniteltu toiminto siirtyy automaattisesti osaksi hoidon toteutuksen kirjaamista.” Tavoitteena on, että hoitosuunnitelmassa käytettyä ala- tai pääluokkaa käytetään päivittäisen kirjaamisen luokkana. Koska liikuntasuunnitelma on Vantaan vanhainkotien suosituksen mukaan kirjattava toiminnallisen kuntoutuksen (1005) alle, tulee päivittäiset kirjaukset kirjata asukkaan liikkumisen osalta toiminnallisen kuntoutuksen alle. Sama koskee virikesuunnitelmaa ja virikkeisiin osallistumista, jotka kirjoitetaan alaluokan virikkeiden järjestämisen (1004) alle. Ravitsemuksen osalta vaihtoehtoja on useimpia. Pääsääntöisesti ravitsemussuunnitelma kirjataan ruokailun seurannan (1249) alle. Muina otsikoina voidaan käyttää erityisruokavalion toteuttamista (1250), letkuruokinnan toteuttamista (1251), lisäravinteiden tarjoamista (1253) tai mieliruokien tarjoamista (1254). (Holland 2012; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 39, 68–74.)

Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoitotyön ydintiedot, joita ovat hoidon tarve ja tavoite, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto. Ne kirjataan hoitotyön luokituksilla ja vapaalla tekstillä (Tanttu 2011, 10–12). Näistä hoitoisuutta, jota mitataan hoitoisuusluokitusmittarilla, ei Vantaan kaupungin käyttämässä GFS-järjestelmässä ole (Österman 2013). Mittari on käytössä mm. Helsingin kaupungin RAFAELA:ssa, johon hoitaja tekee päivittäin hoitoisuusarvion oman näkemyksensä ja suoritettujen hoitotoimintojen mukaan. GFS-järjestelmässä hoitoisuutta voidaan arvioida tarpeiden avulla. Mitä enemmän asukkaalla on tarveluokituksia, sitä vaikeahoitoisemmaksi hänet voidaan luokitella. Hoitoisuusluokitusta voidaan käyttää resurssien tarpeen ja kustannuksien laskennassa sekä laadun kriteerinä (Viro-lainen 2006, 21). (Iivanainen ym. 2010, 71–72.)

Hoidon tarve ilmaisee sellaisia asioita, joissa asukkaalla on ongelma tai asukas ei tule itsenäisesti toimeen vaan tarvitsee hoitajan apua tai ohjausta. Hoidon tarpeen arvioinnissa on tärkeää tiedon hankinta. Sitä kartoitetaan mittaamalla, tarkkailemalla ja havainnoimalla asukasta. Tietoa saadaan myös tutustumalla aikaisempiin hoitokertomuksiin ja lähetteisiin sekä haastatteleamalla asukasta ja tämän läheisiä. Asukkaan hoitoon tulon syy ja vointi hoidon aikana voidaan kirjata hoitotyön tarpeina, jotka voidaan kokea myös asukkaan ongelmina (Saranto ym. 2008, 80). Tarve voi olla myös lähtöisin asukkaan omista kokemuksista. Hoitotyön

tarve kirjataan SHTaL-luokitusten mukaan hoitosuunnitelmaan käyttäen hyväksi komponentteja, pää- ja alaluokkia sekä vapaata tekstiä (Kuvio 2). (Iivanainen & Syväoja 2012, 16; Iivanainen ym. 2010, 71.)

HOITOTYÖN SUUNNITELMA: TARVE	
Komponentti:	Aktiviteetti
Pää- tai alaluokka:	Aktiviteetin muutos Liikkumisen rajoittuminen
Vapaa teksti:	Asukas ei pääse sängystä itsenäisesti ylös

Kuvio 2: Malli FinCC 3.0:n mukaisesta hoitotyön tarpeesta (Liljamo ym. 2012, 58)

Hoidon tavoite on kertoa, mitä toivotaan saavutettavan annettulla hoidolla asukkaan tarpeiden lieventämiseksi ja poistamiseksi tai toimintakyvyn parantamiseksi sekä kuinka paljon aikaa tavoitteen toteutumiseen menee. Ilman tavoitteita hoidon toteutumisen arviointi on hankalaa (Rantalainen 2009a). Hoidon tavoite on aina asiakaslähtöistä, arvioitavaa ja toteutettavissa olevaa sekä suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin (Saranto ym. 2008, 113). Se tulee kirjata täsmällisesti (Kuvio 3). Kirjattaessa on muistettava, että tavoite on asukkaan eikä hoitajan. Hoitotyön tavoitteet asetetaan ja kirjataan SHTaL-luokitusten mukaisesti. Niiden toteutuminen voidaan sitten arvioida asteikolla: parantunut, ennallaan tai huonontunut (Saranto ym. 2008, 91). (Virolainen 2006, 18; Iivanainen & Syväoja 2012, 16–17; Coco ym. 2011, 13.)

HOITOTYÖN SUUNNITELMA: TAVOITE	
Komponentti:	Aktiviteetti
Pää- tai alaluokka:	Aktiviteetin muutos
Vapaa teksti:	Asukas pääsee ylös sängystä päivittäin ja oppii käyttämään nousutukea itsenäisesti kuu-kauden kuluessa

Kuvio 3: Malli FinCC 3.0:n mukaisesta hoitotyön tavoitteesta (Liljamo ym. 2012, 58)

Hoitotyön toiminnot suunnitellaan hoidon tavoitteiden pohjalta ja hoitotyön periaatteiden mukaan huomioiden näyttöön perustuva tieto, esim. Käypä hoito -suositukset. Suunnitelmat voivat olla myös lääkärin määräyksiä tai hoitajan asiantuntemukseen pohjautuvia ratkaisuja. Hoitotyön periaatteina ovat mm. asukkaan voimavarojen hyväksikäyttö, yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoito sekä ammatillisuus ja turvallisuus. Hoitotoiminnoissa huomioidaan asukkaan voimavarat ja hoitopaikan resurssit. Hoitotyö toteutetaan suunniteltuja toimintoja noudattaen ja asukkaan omia haluja kunnioittaen. Hoitotyön suunnitellut toiminnot kirjataan hoitosuunnitelmaan ja toteutuneet hoitotyöt päivittäisen hoidon toteutukseen (Kuvio 4 ja 5) SHTaL-luokitusten mukaan (Saranto ym. 2008, 91). Hoitotyön toimintojen ja toteutuksen ta-

voite on asukkaan omatoimisuuden lisääminen, jolloin hänen riippuvuutensa hoitajista vähenee. Hyvässä hoitosuunnitelmassa näkyvät asukkaan tai hänen läheisen kannanotto, ajanmukaisen tutkimustiedon käyttö ja käytännön toiminta (Saranto ym. 2008, 243). (Iivanainen & Syväoja 2012, 17; Iivanainen ym. 2010, 72.)

HOITOTYÖN SUUNNITELMA: TOIMINTO	
Komponentti:	Aktiviteetti
Pää- tai alaluokka	Aktiviteettia edistävätoiminta Toiminnallinen kuntoutus
Vapaa teksti:	Opastetaan asukasta käyttämään nousutukea ja autetaan tarvittaessa nousemisessa

Kuvio 4: Malli FinCC 3.0:n mukaisesta hoitotyön suunnitelmasta (Liljamo ym. 2012, 68)

PÄIVITTÄISEN HOIDON TOTEUTUS	
Komponentti:	Aktiviteetti
Pää- tai alaluokka	Aktiviteettia edistävätoiminta Toiminnallinen kuntoutus
Vapaa teksti:	Asukas on ohjatusti kääntynyt oikealle kyljel- le, ottanut kiinni nousutuesta vasemmalla kädellä ja vetänyt itsensä vuoteen laidalle. Tästä asennosta asukas on saanut jalat kohti lattiaa ja päässyt istumaan. Asukas on tehnyt toiminnon ohjattuna ilman fyysistä apua.

Kuvio 5: Malli FinCC 3.0:n mukaisesta hoitotyön toteutuksesta (Liljamo ym. 2012, 68)

Hoidon arvioinnissa kerrotaan hoidosta saadut tulokset: mitä asukas on saavuttanut hoidolla, miten hän on kokenut saamansa hoidon, miten hoito on vastannut tarpeisiin ja onko hoidosta saatu tavoiteltu hyöty. Hoito arvioidaan asukkaan voinnin mukaan FinCC:n tulosluokituksella (SHTuL) sekä sanallisesti (Kuvio 6). Pitkäaikaispotilaiden arviointia vanhainkodeissa suoritetaan kolmen kuukauden välein ja aina tarvittaessa (Vahvan jory 2011). Arviointia helpottaa sovitusti suoritettu kirjaaminen potilastietojärjestelmään (Saranto ym. 2008, 15–16). Arvioinnin jälkeen tehdään uusi tarpeiden määrittäminen. Hoitotyön yhteenveto tehdään, kun asukkaan hoito päättyy. Pitkäaikaishoidossa yhteenvetoa käytetään asukkaan vaihtaessa hoitopaikkaa tai kuoleman tapauksissa (Österman 2013). Kotona kotihoidon tekemää yhteenvetoa voidaan käyttää tietolähteenä pitkäaikaishoidon alussa hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitotyön yhteenvetoon merkitään asukkaan hoidon tarpeet, mitä niiden hyväksi on tehty ja onko niistä ollut apua (Saranto ym. 2008, 78). (Iivanainen & Syväoja 2012, 18–20; Iivanainen ym. 2010, 72.)

HOITOTYÖN SUUNNITELMA: ARVIOINTI	
Komponentti:	Aktiviteetti
Vapaa teksti:	Asukas osaa käyttää nousutukea ja pääsee istumaan ilman hoitajan apua. Asukas on tyytyväinen, että pääsee ylös itsenäisesti.
Arviointi	Parantunut

Kuvio 6: Malli FinCC 1.0:n mukaisesta hoitotyön arvioinnista (Liljamo ym. 2012, 84)

2.4 Kirjaamisen laatu

Hoitotyön kirjaamisen laatu korreloi annetun hoidon, hoitajan arvojen ja asenteiden kanssa. Kirjaamisen lainsäädäntö ja vanhainkotikohtaiset vaatimukset määrittelevät, mitä ja miten kirjataan. Vantaan kaupungin vanhainkodeilla on omat minimivaatimuksensa kirjaamisesta (Liite 4). (Österman 2013.) ”Hyvä kirjaaminen ei jätä varaa erilaisille tulkinnoille,” sanoo Sairaanhoidotalon puheenjohtaja Laaksonen (2009, 5).

2.4.1 Kirjaamisen laatu hoidon ja hoitajien näkökulmasta

Arvioitaessa hoidon laatua kirjaamisen pohjalta tulee huomioida kirjaamisen laatu. Jos kirjaaminen ei ole laadukasta, se ei välttämättä tarkoita sitä, ettei hoito olisi laadukasta. Hoidon laatua voidaan kuitenkin kehittää kirjaamista kehittämällä. Friberg, Bergh ja Lepp (2006, 1550–1558) totesivat tutkimuksessaan hoitajien kirjaamiskoulutuksen varmistavan potilaiden saaman korkealaatuisen hoidon. Tarkasteltaessa kirjaamisen laatua voidaan arvioida sen laatuksiteereitä, joita ovat rakenne-, prosessi- ja tuloksititeerit. Rakennekriteereihin kuuluvat henkilökunnan kirjaamistaidot ja -halut, tietojärjestelmän toimivuus, tietokoneiden määrä, kirjaamiseen kuluva aika ja kirjaamismukavuus. Prosessikriteereitä ovat kirjaamiskäytänteiden yhteneväisyys, tietojärjestelmän helppokäyttöisyys ja toimivuus toisten tietojärjestelmien kanssa. Tuloksititeerinä on asukkaan saama hyvä hoito, joka on asianmukaisesti kirjattu. Kirjaamisessa on huomioitu luottamuksellisuus, yksityisyys ja tiedonsaannin turvaaminen asukkaalle. Sujuva ja turvallinen käyttöjärjestelmä sekä hoitopäätösten kirjaamiset ja jatkokäyttömahdollisuudet ovat myös osa hyvää hoitoa. Jotta kirjaaminen olisi tehokasta ja asiakaslähtöistä, sitä tulisi voida käyttää hyväksi muissakin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa (Virolainen 2006, 8). Kirjaamisen tulee olla myös merkityksellistä sekä potilaan että hoidonantajan näkökulmasta. (Saranto ym. 2008, 189–192; Muurinen & Soini 2009, 7.)

Kirjaamisen laatua heikentävät ja vähentävät liian pienet resurssit, kiire, kirjaamisen pitäminen uhkana ja tarpeettomana sekä suullinen raportointi. Koneen hitaus ja kirjaamistilan leivottomuus huonontavat myös kirjaamista. Kirjaamisen laatua voidaan lisätä sen arvostusta parantamalla, koulutuksella sekä kollegoiden, hoitotyön johtajien ja esimiesten tuella. (Viro-

lainen 2006, 13–14, 36–38.) Kirjaamisen tärkeyden ymmärtäminen ja rakenteellisuus parantavat kirjaamista, jonka laatuun vaikuttavat hoitajan osaaminen ja tämän hoitotyön kokonaisuuksien hallinta. Kirjaamisen laadun takaa kirjaajan kriittisyys, ammattitaito ja tutkitun tiedon käyttö. (Lehto 2007, 6–16; Saranto ym. 2008, 52–54.) Kirjaamisen laatuun vaikuttaa hoitohenkilökunnan kyky käyttää tietojärjestelmää kattavasti. Mittaristojen ja haavanhoitosioiden käyttäminen sekä virheellisten ja muuttuvien tietojen päivittäminen on olennainen osa tietojärjestelmän hallintaa. (Rantalainen 2009b.)

Hoitotyön kirjaamisen on toivottu olevan yhtenäistä koko Suomessa. Ongelmana on ollut FinCC-luokitusten haastavuus, epäkäytännöllisyys ja sopimattomuus. FinCC:n kehitystyö onkin vielä kesken ja henkilökuntaa koulutetaan sen yhdenmukaiseen käyttöön. Vuonna 2010 STM:n ja Työsuojelurahaston rahoittamassa käytettävyytutkimuksessa selvitettiin hoitotyön kirjaamisongelmia. Siinä todettiin, että kirjaamismalli on jaettu liian pieniin yksityiskohtiin. Tämä aiheuttaa ongelmia tiedonhaussa. Käytettävyytutkimus suosittelee kirjaamismallin yksinkertaistamista ja eri tilanteeseen omanlaisen mallipohjan suunnittelemista. Myös Lääkäriliiton teettämässä tutkimuksessa havaittiin samanlaisia ongelmia ja huomattiin niiden aiheuttavan vaaraa potilaiden hoidossa. (Nykänen & Juntila 2012, 20–21.)

Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmä suosittelee loppuraportissaan muuttamaan FinCC-luokitusta siten, että vain komponenttitason alle kirjattaisiin vapaata tekstiä. Pää- ja alaluokkien alle tulisi ainoastaan tietty luokka tai mittaustulos. Tällainen toiminta mahdollistaisi luokituksien rakenteisen kokonaisuuden ja hyvän kirjaamisen kehittymisen. (Nykänen & Juntila 2012, 25). Ensio ja kuusi muuta asiantuntijaa eivät ole samaa mieltä. Heidän mielestään tällainen kirjaamistapa lisää vapaan tekstin määrää ja on paluuta entiseen kirjaamiskäytäntöön, jossa kirjattiin otsikoiden alle. Ension ja muiden mielestä hoitajalla tulee olla päätösvalta siitä, mille tasolle hän oman kirjaamisensa haluaa kohdentaa. (ks. Nykänen ja Juntila 2012, 39.) Loppuraportissa mainitaan myös hoitotyön kirjaamiskoulutuksen ja ammattitaidon vaikutus kirjaamisen tasoon ja kykyyn hyödyntää potilasasiakirjojen antamaa tietoa. (Nykänen & Juntila 2012, 28–29).

Kirjaamisen laatua voidaan parantaa kirjaamisympäristöä parantamalla. Hiljainen ja ärsykeetön kirjaamispaikka mahdollistavat kirjaamisen rauhassa. Toisaalta hoitohenkilökunta haluaisi kirjata ja käyttää potilastietojärjestelmää hoidon aikana. Tällöin potilaasta saatava tieto ja kirjaukset tapahtuisivat reaaliaikaisina, heti hoitotoimenpidettä tehtäessä tai sen tapahduttua. Tällainen toiminta vaatisi kannettavan tai taskutietokoneen jokaiselle hoitohenkilökuntaan kuuluvalla. (Jylhä, Kinnunen & Saranto 2009, 36–40.)

2.4.2 Kirjaamisen minimivaatimukset

Yleisiin hoitotyön kirjaamisvaatimuksiin kuuluu Muurisen ja Soinin tutkimuksen (2009, 13) mukaan hoitosuunnitelman teko moniammatillisesti, mikä tarkoittaa eri ammattikuntien näkemysten kirjaamista hoitosuunnitelmaan. Vantaan vanhainkodeissa moniammatilliseen tiimiin kuuluvat asiakas, omainen, sairaanhoitaja, omahoitaja, lääkäri ja fysioterapeutti sekä tarvittaessa sosiaalihoitaja (Österman 2013). Hoitotyön tarve, tavoite ja toiminto kirjataan mahdollisimman pian hoidon alussa, päivittäinen toteutus reaaliaikaisesti työvuoroittain ja arviointi kolmen kuukauden kuluttua hoidon alusta tai tarvittaessa aikaisemmin. Kirjaamisessa tulee näkyä asukkaan itsenäinen suoriutuminen ja avun tarve. Näitä varten on olemassa erilaisia mittaristoja liitettynä sähköisiin potilasasiakirjoihin kuten MMSE, RAVA ja RAI. Näiden tekeminen ennen hoitosuunnitelman laatimista auttaa tunnistamaan asukkaan yksilölliset tarpeet ja voimavarat, joiden avulla haetaan tarvittavat komponentit hoitosuunnitelmaan (Vahvan jory 2012). Perustiedot, hoitosuunnitelma ja päivittäiset toiminnot tulee kirjata tarkasti ja ymmärrettävästi. (Muurinen & Soini 2009, 13–18.)

Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla on omat kirjaamisen minimivaatimukset vanhus- ja vammaispalvelulle (Liite 4). Ohje antaa kirjaamiselle eettisiä ja juridisia vaatimuksia sekä konkreettisia ohjeita siitä, mitä ja miten pitää kirjata. Ohje painottaa, että kirjaamisessa tulee huomioida asukas, asiakas tai potilas. Asukas on se, josta kirjataan ja jonka tulee saada olla mukana suunnittelemassa hoitoaan. Aina asukas ei kykene itse osallistumaan hoitosuunnitelman tekoon, jolloin omainen tai mahdollinen hoitotestamentti voi olla määrittelemässä hoitolinjauksia. Kirjatun tekstin tulee olla virheetöntä, ymmärrettävää ja tarpeettomia lyhenteitä tulee välttää. Asukkaan perustietojen lisäksi kirjataan hoitotyön ydintiedot, joiden teko aloitetaan heti asukkaan tullessa hoitoyksikköön. Kirjaamisvastuu on nimetyllä omahoitajalla tai korvaavalla hoitajalla tai molemmilla. Päivittäiset kirjaukset tulee tehdä jokaisessa työvuorossa hoitosuunnitelman pohjalta. (Vahvan jory 2011.)

KanTa asettaa kirjaamiselle omat minimivaatimukset. KanTa on Kansallinen terveydenhuollon tietojärjestelmäarkkitehtuuri, joka ohjaa terveydenhuollon ja muiden organisaatioiden potilas-, asiakas- ja asukaskertomusjärjestelmien kehitystä. Näiden asiakirjojen yhteneväisyys mahdollistaa potilastietojen kokoamisen valtakunnalliseen arkistoon, mistä tarvittavat tiedot on helposti haettavissa. Asukkaan tilasta ja suoritetuista hoitotoimenpiteistä tulee tehdä merkintöjä päivittäin. (Nykänen & Junttila 2012, 12.)

2.4.3 Asiakaslähtöinen kirjaaminen

Asiakaslähtöinen hoitotyön kirjaaminen perustuu samoihin asioihin, joihin asiakaslähtöinen hoitotyökin eli yksilöllisyyteen, valinnanvapauteen, perhekeskisyyteen, hoitajan ja asukkaan

väliseen vuorovaikutukseen sekä asukkaan mahdollisuuteen olla osallisena hoidossa ja sen suunnittelussa (Niemi 2006, 85). Väestöliitto (2013) korostaa asiakaslähtöisyydessä yksilöllisten tarpeiden, toiveiden, tunteiden ja tiedontarpeiden sekä henkilökohtaisen vakaumuksen ja arvokkuuden huomioon ottamista. Asiakaslähtöisyyden tavoite on parantaa asukkaan asemaa ja palvelun laatua. Niemen (2006, 12) mukaan yhteiskunnan arvot määrittelevät sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyttä. Kunnallisessa päätöksenteossa vaikuttavat kunnan organisaation ohjeet, päätökset ja palvelustrategiat. Vantaalla vanhainkotien asukkaiden asiakaslähtöisyyttä toteutetaan palvelulupauksen (Liite 1) ja vanhainkodin arvojen mukaisesti. Arvoja ovat turvallisuus, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja jatkuvuus. Myös lainsäädäntö asettaa omat vaatimukset asiakaslähtöisyydelle, esim. laki potilaan asemasta ja oikeuksista (PL 785/1992). Asukkaan tarpeiden kokonaisvaltainen tunnistaminen ja niihin vastaaminen on osa asiakaslähtöisyyttä, mikä näkyy myös kirjauksissa asukkaan tyytyväisyytenä (Honkinen 2008). Asiakaslähtöinen kirjaaminen on asukasta kunnioittavaa, voimavarat huomioivaa ja siinä näkyvät, miten hoitotyön toiminnot ovat kohdanneet asukkaan tarpeet ja sovitut tavoitteet (Virta, Koivunen & Klimoff 2008). Niemen (2006, 19) mukaan hoitotyötä ja kirjaamista tulee kehittää asiakaslähtöisyydestä käsin. Toimittaessa kappaleen 2.3 kuvioiden 2–6 mukaan asukkaan hoitosuunnitelma toteutuu asiakaslähtöisesti.

Palvelua pidetään asiakaslähtöisenä, jos asukas koetaan aktiiviseksi palvelunkäyttäjäksi, joka on vapaa valitsemaan haluamansa palvelun. Asiakaslähtöisen hoitotyön vastakohtina voidaan pitää tehtäväkeskeistä, rutiininomaista, ennalta määrättyä tai asiakkaan huomiotta jättävää hoitotyötä. Asiakaslähtöisessä kirjaamisessa kuvastuu luottamuksellisuus, joka toteutuu salassapitovelvollisuutena ja mahdollisuutena nähdä itsestä kirjatut potilastiedot (Valvira 2012, 3). Asiantuntijalähtöisyyttä sitä vastoin voidaan joiltain osin pitää asiakaslähtöisyytenä, koska siinä ajatellaan asiakkaan parasta. Kunnallisella puolella asiakaslähtöisyyden ongelmaksi koetaan tasa-arvon toteuttaminen ja taloudelliset seikat. (Niemi 2006, 48, 57.)

Erilaiset eettiset ohjeet määrittelevät asiakaslähtöisyyttä. Sairaanhoidajaliiton (2013) vuonna 1996 tekemät eettiset ohjeet kuvaavat sairaanhoidajan tehtäviä luoda asiakaslähtöistä hoitokulttuuria, joka kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta luottamuksella ja mahdollistaa asiakkaan osallistumisen omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun ja päätöksentekoon. Sairaanhoidajalle asiakas on läheinen, jota hän kuuntelee ja jota hän kohtelee oikeudenmukaisesti suojellen ihmiselämää eläytyen asiakkaan tilanteeseen. Hoitosuhteen perusta on avoin vuorovaikutus ja keskinäinen luottamus. (Sairaanhoidajaliitto 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman suosituksen mukaan asiakaslähtöisyys on asiakkaan kokemus palvelusta. Palvelunantajan on huomioitava asiakkaan tarpeet ja voimavarat. Asiakkaan tulee saada olla mukana hoitosuunnitelman teossa ja koko hoitoprosessissa sekä antaa palautetta saamastaan hoidosta. Lisäksi asiakkaan valinnanvapaus palvelun tarjoajasta ja tar-

jotusta palvelusta liittyy asiakaslähtöisyyteen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 60.)

Kärkkäisen (2007) mukaan asiakaslähtöinen kirjaaminen perustuu asukkaan käsitykseen omasta terveyden ja sairauden tuntemuksesta. Asukkaan yksilöllinen käsitys tulee toteuttaa hoitotyössä ja kirjata se asukkaan toiveiden mukaisesti hoitosuunnitelmaan. Tulotilanteen arviointi, hoidon suunnittelu ja hoidon arviointi tehdään yhdessä asukkaan tai omaisen tai molempien kanssa, jolloin niistä tulee yksilöllisempiä ja monipuolisempia. Kun asukkaan omat voimavarat huomioidaan hoidossa ja kirjauksissa, ne saadaan kasvamaan, mikä on asukkaankin edun mukaista. Hoidon laatu ja siitä saadut tulokset on kyettävä näyttämään asukkaalle. Hyvät hoitotulokset voivat vaikuttaa asukkaan mielipiteeseen saadusta hoidosta. Mielipide tulee kirjata asukkaan näkemyksien mukaisesti hoitokertomukseen. Hoidon toteutuksessa ja kirjaamisessa huomioidaan hoitosuunnitelma, yksilöllisyys, voimavarat, perustarpeet, ohjaus ja jatkuvuus sekä annettu hoito. (Kärkkäinen 2007, 89–96.)

Mäkisen, Sippola-Mäkisen ja Lipposen (2009) mukaan asiakaslähtöisyys on itsemääräämisoikeuksien toteutumista. Se tulee huomioida myös laadittaessa asukkaan hoitosuunnitelmaa, johon tulee merkitä asukkaan tottumukset ja tavat. Kun asiakkaan toiveet huomioidaan ja hoitotoiminnot sekä kirjaaminen suoritetaan hoitosuunnitelman mukaan, on hoito ja sen kirjaaminen asiakaslähtöistä. Vantaan kaupungin vanhainkodeissa käytössä oleva RAI on asiakaslähtöinen mittausjärjestelmä, jolla voidaan arvioida ja seurata asukkaiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Österman 2013). RAI-järjestelmän avulla hoitosuunnitelmiin saadaan yksilöllisyyttä, helpotusta ja tarkkuutta. RAI:n avulla voidaan kehittää asiakaslähtöistä kirjaamista, kun asukkaan RAI:ta pidetään ajan tasalla. Silloin nähdään asukkaan toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset ja pystytään ymmärtämään hoitotyön merkitys asukkaalle. Hoitosuunnitelman kirjaamiseen saadaan lisää asiakaslähtöisyyttä, kun asukas ja hänen läheisensä otetaan mukaan hoitosuunnitelman tekoon. (Mäkinen, Sippola-Mäkinen & Lipponen 2009.)

2.4.4 Hoitotyön kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavat lakeihin perustuvat säädökset ja eettiset suositukset (Nykänen & Juntila 2012, 12). Erilaiset lait, asetukset, periaatteet ja ohjeistukset määrittelevät, mitä ja miten potilasasiakirjoihin voi kirjata. Samat seikat koskettavat niin paperisia kuin sähköisiä potilasasiakirjoja. (Palviainen 2005, 24.) Sähköiseen kirjaamiseen liittyy laki sähköisen viestinnän tietosuojasta (SVTL 516/2004), jonka tarkoitus on varmistaa yleisessä viestintäverkossa tapahtuvaa tietoturva ja yksityisyyden suoja. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (LASK 159/2007) puolestaan edistää sähköisen potilastiedon turvallisuutta, yhtenäisyyttä ja potilaan tiedonsaantioikeutta. Se antaa lisäksi sosiaali-

ja terveydenhuollon palvelun antajalle mahdollisuuden käyttää asiakastietojärjestelmästä saatua tutkimustietoa omaan suunnitteluun.

”Asiakastietojärjestelmästä tulee voida tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen antajan oman suunnittelun, johtamisen ja tilastoinnin, sekä valtakunnallisen tutkimus- ja tilastotoiminnan kannalta tarpeelliset tiedot ja hoidon tarpeen arviointia sekä hoitoon pääsyn ajankohtaa koskevat tiedot.”
(LASK 159/2007, 7 §.)

Potilaslaki eli laki potilaan asemasta ja oikeuksista (PL 785/1992) ottaa kantaa kirjaamiseen liittyvissä asioissa sosiaali- ja terveydenhuollon potilaan ja asiakkaan aseman eettisiin kysymyksiin, potilasasiakirjoihin ja itsestä kirjatun tiedon tarkastamisoikeuteen. Siinä mainitaan tarpeellisten tietojen kirjaaminen potilasasiakirjoihin hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi eli hoitotyön prosessin onnistumiseksi. Tässä laissa otetaan kantaa myös potilaan itsemääräämisoikeuteen, mikä tulee kirjaamisessa näkyviin asiakaslähtöisenä kirjaamisena. Hoidonjärjestämisessä tulee ottaa huomioon potilaan tai hänen läheistensä mielipiteet. Laissa puhutaan myös potilasasiakirjojen säilyttämisestä ja salassapitovelvollisuuksista. Tämän lain mukaan asukkaiden oikeutta voivat rajoittaa terveydenhuollon tai vanhainkodin käytettävissä olevat voimavarat. Toisaalta Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (STML 341/3011) määrää johdon vastaamaan siitä, että henkilökunnalla on edellytykset toimia laadukkaasti ja potilasturvallisuus huomioon ottaen.

Terveydenhuoltolaissa (TeHL 1326/2010) on samantapaiset vaatimukset terveyden edistämisestä ja ylläpidosta sekä sosiaalisen turvallisuuden luomisesta ja asiakaslähtöisyydestä kuin Vantaan kaupungin palvelulupauksessa. Henkilötietolain (HTL 523/1999) tarkoitus on turvata yksityisyys henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvää tietojenkäsittelyn noudattamista ja kehittämistä. Potilasasiakirjojen käsittelyssä tulee tämän lain mukaan noudattaa huolellisuusvelvoitetta siten, että potilaan henkilötietojen luottamuksellisuus ja yksityisyys turvataan. Laki määrää myös henkilörekisterin pitäjän huolehtimaan henkilötietojen virheettömyydestä ja siitä, että henkilötiedoissa on vain käsittelyn kannalta tarpeellisia tietoja. (HTL 523/1999.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä laaditun lain (LTA 559/1994) tarkoitus on lisätä terveyspalvelujen laatua ja edistää potilasturvallisuutta. Tämä laki määrittelee, kuka on terveydenhuollon ammattihenkilö ja kenellä on oikeus harjoittaa terveydenhuoltoa koulutuksensa perusteella. Se määrittelee myös terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudet mm. potilasasiakirjojen laatimisesta, säilyttämisestä ja salassapidosta sekä täydennyskoulutukseen osallistumisesta. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla riittävä suullinen ja kirjallinen kielitaito. (LTA 559/1994.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut potilasasiakirjoista asetuksen (STMA 298/2009), joka määrittelee asiakirjojen säilytystä, käytettävyyttä ja rakennetta koskevat periaatteet ja vaatimukset. Asetuksessa eritellään, kenellä on lupa käsitellä potilasasiakirjoja ja missä laajuudessa. Siinä mainitaan erikseen sähköisen tietojärjestelmän käyttöoikeuksista ja miten jokainen järjestelmän käyttäjä tulee yksilöidä erikseen, jotta hänet voidaan tunnistaa varmasti. 7 § sisältää etenkin kirjaamisen kannalta merkittävää tekstiä siitä, mitä potilasasiakirjaan tulee merkitä ja miten. (STMA 298/2009.)

”Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja.” (STMA 298/2009, 7 §.)

Potilasasiakirjoista laadittu asetus luettelee myös ne perustiedot, jotka tulee olla potilasasiakirjoissa. Siinä mainitaan lisäksi, että osastohoidossa olevien potilaiden potilaskertomuksiin tulee kirjata vähintään päivittäin potilaan tilaan liittyvistä seikoista, hoidoista tai havainnoista. Asetus määrittelee myös osastohoidon ja laitoshoidon päättymiseen kuuluvan loppulauseen ohjeistukset. (STMA 298/2009.)

2.5 Hiljainen raportointi

Vantaan kaupungin vanhainkodeissa siirryttiin hiljaiseen raportointiin 1.9.2012. Sitä ennen raportointi hoidettiin suullisesti hoitajalta hoitajalle. Hiljaisen raportoinnin tarkoituksena on välittää edellisten työvuorojen tapahtumat ja potilaan hoidon toteutuminen GFS:n päivittäisten kirjausten ja hoitosuunnitelmien avulla seuraaville hoitajille ilman suullista raportointia. (Österman 2013.)

Raportointi on tiedonvälitystä joko suullisesti tai kirjallisesti. Se perustuu kirjattuihin hoitotietoihin ja sen tarkoitus on hoidon jatkuvuuden varmistaminen (Rantalainen 2009a). Suullisessa raportissa tiedonantajat ja sitä vastaanottavat ovat samassa tilassa tai puhelimesta keskenään. Annettu suullinen raportti sisältää hoitotiedon lisäksi antajan subjektiivisen näkemyksen tilanteesta ja saatu tieto on aina välillistä. Suullinen raportointi voidaan järjestää myös asukkaan kuullen, jolloin hänellä on mahdollisuus osallistua keskusteluun. Suullista raportointia käytetään yleensä vuorojen vaihtuessa tai asukkaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan. Ongelmia suulliseen raportointiin voi aiheuttaa erilaiset ympäristön häiriötekijät ja vastaanotta-

van hoitajan kyky ymmärtää saatu informaatio sekä ei-hoidollisista asioista puhuminen, mikä pidentää raportointiaikaa. (Saranto ym. 2008, 159–162; Iivanainen ym. 2010, 75–76.)

Hiljaisessa raportoinnissa vaikuttaa kirjattu tieto. Mitä yhtenäisemmin hoitotiedot on kirjattu, sitä vähemmän tarvitaan suullista raportointia. Kirjatun tiedon laatu vaikuttaa hoidon toteutumiseen. Hiljaisessa raportoinnissa hoitotiedot kirjataan tietokoneelle, jolloin hoitotietoja tarvitseva henkilö voi lukea ne omalta koneeltaan. Silloin tietoja antavan ja saavan henkilön ei tarvitse olla samassa paikassa. Vanhainkodeissa hiljaista raportointia auttavat työyksiköiden kansioihin ja asukkaiden huoneisiin laitettut hoito-ohjeet esim. haavanhoito-, vaippojen käyttö- ja hampaidenpesuohjeet (Österman 2013). Kirjauksien lisäksi voidaan saada myös tarkennuksia suullisesti edellisen vuoron työntekijältä. (Saranto ym. 2008, 162; Iivanainen ym. 2010, 76.)

Hiljaisessa raportoinnissa hoitotieto on tiiviimpää kuin suullisessa raportoinnissa. Hiljaisessa raportoinnissa vuoroon tuleva hoitaja tarkastaa hoitosuunnitelman, annetun hoidon ja asukkaan voimavarat sekä tutustuu tarvittaessa asukkaan perustietoihin, jotka löytyvät potilasasiakirjoista tai erikseen tehdyistä tiedotteista. Hiljaisessa raportoinnissa voi keskittyä vain omien asukkaiden hoitotietojen lukemiseen, mikä nopeuttaa raportointia (Sajama 2007, 34–35). Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen lyhentää myös raportointiaikaa ja helpottaa tiedonkulkua, kun asukkaiden tiedot löytyvät tietokoneelta joustavasti (Iivanainen ym. 2010, 71). Lomien ja pitkien vapaiden jälkeen hoitotietojen lukemiseen menee enemmän aikaa samoin kuin yövuoroon tulevalle hoitajalle, joka joutuu lukemaan hoitotiedot jokaisesta asukkaasta (Sajama 2007, 34–35). Hiljainen raportointi ei estä myös suullisen raportin antamista, johon kuuluu asukkaan tilan tiedottaminen, hoitajien sosiaalinen kanssakäyminen, työtehtävien jakaminen ja kokemusten antaminen. (Saranto ym. 2008, 150–162; Iivanainen ym. 2010, 75–76.)

Luokiteltu sähköinen kirjaaminen helpottaa tiedon välittämistä hoitajalta toiselle hiljaisessa raportoinnissa (Saranto ym. 2008, 3). Hiljaisessa raportoinnissa potilaskertomuksen tiedot välittyvät kokonaisvaltaisesti ja niitä voidaan käyttää suunniteltaessa tulevaa hoitoa (Saranto ym. 2008, 97). Kirjaamisjärjestelmän tulee olla sellainen, että se mahdollistaa helpon pääsyn olennaiseen tietoon (Blair & Smith 2012, 160–168). Virolaisen (2006, 2) tutkimuksessa lähes 90 % hoitajista koki sähköisen kirjaamisen parantavan tiedon kulkua, mikä viittaa siihen, että hiljainen raportointi on parempi tiedon siirrolle kuin suullinen raportointi. Päijät-Hämeen keskussairaalan sisätautiosastoilla 33 ja 34 hiljainen raportointi todettiin luotettavammaksi ja nopeammaksi kuin suullinen raportointi. Raportointiaika väheni näillä osastoilla 1–1½ tuntia kymmeneen minuuttiin. Ongelmallisena ja kirjaamista hidastavana seikkana koettiin tietokoneiden hitaus. (Sajama 2007, 34–35.)

Hiljaiseen raportointiin siirtyminen Vantaan vanhainkodeissa 1.9.2012 edellytti henkilökunnan toiminnan muutosta kirjaamisen ja raportoinnin osalta. Kirjaamista tuli lisätä ja suullista raportointia vähentää. Tietojärjestelmien kehittämishankkeet, johon hiljaisen raportoinnin toteuttaminen voidaan laskea kuuluvan, vaatii onnistuakseen henkilökunnan mukana oloa ja hyväksymistä jo hankkeen suunnitteluvaiheessa. Näin toimittuna henkilökunta sitoutuu paremmin hankkeeseen. (Saranto ym. 2008, 154.) Myös hoitohenkilökunnan myönteinen asenne sekä kouluttaminen sähköiseen kirjaamiseen ja hiljaiseen raportointiin vaikuttaa sen onnistumiseen. Haluttomuus luopua totutuista tavoista voi estää uuden systeemin toteutumisen. Opiminen uuteen toimintatapaan jatkuu pitkään muutoksen jälkeen, ja sen epäonnistuminen johtuu henkilökunnalta saadun tiedon mukaan yleisimmin koulutuksen riittämättömyydestä. (Virolainen 2006, 9–10, 40). Hiljaisen raportoinnin onnistuminen edellyttää myös hoitosuunnitelmien päivytystä ja ajantasaisuutta sekä luottamusta hoitohenkilökunnan välillä, asianmukaista kirjaamista ja kirjaamisen kehittymistä (Saranto ym. 2008, 77; Järvi ym. 2010, 54–56). Hoitajan asenteet ja osaaminen vaikuttavat tiedon välityksen onnistumiseen (Lehto 2007, 6–16).

Hiljaisessa raportoinnissa on tärkeää ammattitaitoisen kirjaamisen lisäksi hoitajan taito etsiä ja tiedostaa toisen ammattihenkilön kirjoittamaa tekstiä siten, että hän kykenee arvioimaan ja hoitamaan potilasta oikein kirjatun tiedon perusteella. Kirjausten luettavuus ja tavoitettavuus parantavat tiedon käytettävyyttä potilaan hoidossa. Kirjaamisen rakenteellisuus ja yhtenäisen kuumekurvan mallinen näkymä helpottavat ja nopeuttavat hiljaisen raportoinnin lukemista ja potilastietojen hakua (Nykänen & Junntila 2012, 21–29; Punkari 2009, 1650). Tanttuhdottaa (ks. Saranto ym. 2008, 131) väliarviointien tekemistä vanhusten pitkäaikaishoidossa viikoittain, jolloin väliarviosta saataisiin nopeasti tieto viikon tapahtumista, eikä tarvitsisi selata usean päivän tapahtumia. Aina tiivistetty tieto ei riitä, vaan tarvitaan kertovaa tekstiä kuvaamaan ja selventämään asukkaan voimavarojen ja terveydentilan muutoksia (Saranto ym. 2008, 78–81.)

Kirjoitetut hoitotiedot sisältävät informaatiota, jonka hoitaja sisäistää itselleen tiedoksi hiljaisessa raportoinnissa. Hoitajan ammattitaito johtaa käytännön toimiin ja päivittäisten toimintojen suunnitteluun. Hoitotiedot ja kirjaukset sisältävät asukkaan historiatietoja, nykyisyyttä ja tulevaisuutta koskevia tietoja. (Saranto ym. 2008, 20–26.) Jotta hoitaja saisi kokonaisvaltaisen tiedon asukkaan tilasta ja hoidon tarpeesta, tulee hänen osata tulkita ja käyttää saamaansa informaatiota (Lehto 2007, 6–16). Alakurtti toteaa (ks. Punkari 2009, 1650) rakenteisen kirjaamisen vaikuttavan hoidon laatuun myönteisesti ja vähentävän hoitajien välistä suullista raportointia, kun kirjaaminen on laadukasta ja yhtenäisen mallin mukaista.

3 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämä opinnäytetyö sai alkunsa hoiva-asumispalvelun johdon kiinnostuksesta, miten hiljainen raportointi sujuu vanhainkodeissa. Koska hiljainen raportointi liittyy pitkälti kirjaamisen riittävyyteen, tutkittiin tässä opinnäytetyössä kirjaamista ja miten hoiva-asumisen palvelulupaus näkyi siinä. Onnistuakseen tämä opinnäytetyö vaati teorian ja arvojen ymmärtämistä, opinnäytetyön tutkimuksen tärkeänä pitämistä, tutkimuskentän tuntemista, yhteyttä ohjaajiin sekä tutkittavien asioiden liittämistä toisiinsa (Hirsijärvi & Hurme 2008, 13).

3.1 Tutkimusaineisto ja aineiston keruu

Tähän opinnäytetyöhön tutkittava aineisto otettiin Vantaan kaupungin vanhainkotien potilastietojärjestelmästä. Tutkimuslupaa haettiin syyskuussa 2013 valmistuneen tutkimussuunnitelman avulla. Lupa (Liite 5) saatiin lokakuussa 2013. Aineisto haettiin ositettuna otantana, joka oli valittu tiettyjen ominaisuuksien mukaan (Kananen 2008, 76). Valitut asukkaat tarvitsivat ohjausta tai fyysistä apua nousemaan sängystä ja siirtyäkseen paikasta toiseen. Asukkaat olivat riippuvaisia hoitajan tai läheisen avusta liikkumisessa ja heillä oli käytössään apuväline esim. keppi, rollaattori tai pyörätuoli. Heillä tuli olla myös kyky ilmaista halukkuutensa tai haluttomuutensa osallistua järjestettäviin tapahtumiin. Viikon seuranta-ajalla nähtiin asukkaiden tarpeiden toteutuminen ja siitä saatiin riittävästi tutkittavaa aineistoa.

Myyrinkodin osastonhoitaja pyysi jokaisesta vanhainkodista hoitosuunnitelman ja päivittäiset kirjaukset viikon ajalta 4–5 sovittunlaisesta asukkaasta. Alun perin oli tarkoitus ottaa vain ne kirjaukset, jotka käsittelivät seuraavia komponentteja: aktiviteetti, selviytyminen, terveyskäyttäytyminen, terveyspalvelujen käyttö, ravitsemus, kanssakäyminen ja päivittäiset toiminnot (Liljamo ym. 2012, 58–83). Näistä komponenteista piti valita ne pää- ja alaluokat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Koska liikuntaan, virikkeisiin ja ravitsemukseen liittyviä kirjauksia löytyi mitä erilaisimpien komponenttien ja luokkien alta, sain valittujen asukkaiden koko hoitosuunnitelman ja kaikki päivittäiset kirjaukset tulostettuna viikon ajalta marraskuussa 2013. Aikaa tähän valintaan ja tulostamiseen meni jokaisella vanhainkodilla noin tunti. Tulokset lähetettiin Myyrinkodin osastonhoitajalle, joka poisti niistä asukkaiden ja hoitajien henkilötiedot sekä vanhainkodin nimen. Tähän hän käytti aikaa reilun tunnin. Sen jälkeen hän antoi tulosteet minulle.

Jotta kirjauksia hakeneet osastonhoitajat tai sairaanhoitajat olisivat pystyneet hakemaan helposti tiettyyn aiheeseen liittyviä tietoja kirjauksista, se olisi edellyttänyt kirjausten oikeaa kohdentamista sovituille komponenteille ja luokille eli kirjaamisen yhteneväisyyttä. Hoitotyön systemaattisesti toteutunut kirjaaminen olisi helpottanut tiedon hakua (Tanttu 2011, 10–12). Kirjauksista saatujen tietojen avulla selvitin ja arvioin vain haluttujen toimintojen toteutumi-

sen yksiköissä. Tavoitteena oli tarkastella, toteutuivatko tiettyjen komponenttien ja luokkien sisältämissä teksteissä Vantaan kaupungin aktiivisen hoiva-asumisen palvelulupaukset. Samalla tarkastelin kirjauksia ja hoitosuunnitelmia, olivatko ne kirjattu siten, että niiden avulla hoitotyön jatkuvuus voisi toteutua hiljaisessa raportoinnissa. (Saranto, ym. 2008, 181, 204.)

3.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analyysi

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, vaikka osa sen tuloksista on raportoitu määrällisesti. Laadulliseen tutkimukseen kuuluvat kysymykset: mitä tutkitaan, miksi tutkitaan ja miten tutkitaan? (Kylmä & Juvakka 2007, 26, 42). Tässä opinnäytetyössä on tutkittu 14 vanhainkotiasukkaan osalta hoitosuunnitelmia ja päivittäisiä kirjauksia viikon ajalta hiljaisessa raportoinnissa. Niistä tarkasteltiin palvelulupauksessa luvattuja asioita, joita ovat asiakaslähtöisyys, virikkeellisyys, liikkumisen mahdollistaminen ja iänmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen. Niitä tutkittiin, jotta voidaan selvittää ja parantaa asukkaiden itsemääräämisoikeutta, kuntoutumisen tukemista, itsenäistä toimintakykyä, viihtymistä sekä kirjaamisen laadukkuutta. Hoitohenkilökunnan kirjaamia verrattiin hoitotyön kirjaamisen laatuvaatimuksiin ja Vantaan kaupungin palvelulupaukseen.

Tämä opinnäytetyö on empiirinen tutkimus. Se on kokonaisuus, mutta sisältää monia eri vaiheita. Siinä oli alustava tutkimusongelma, joka ei ollut aluksi selvä. Tutkimusongelma täsmentyi, kun aiheeseen ja sitä koskevaan kirjallisuuteen perehdyttiin tarkemmin. Kun tutkimusongelma oli selvillä, kerättiin aineisto ja analysoitiin se. Tämä aineisto analysoitiin kirjallisuuden ehdoilla, ja siksi opinnäytetyö on teoriaohjaava (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117). Tulokset tulkittiin ja raportoitiin sekä tehdään ohjeistus ongelman vähentämiseksi. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 14.)

Tämän opinnäytetyön analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä marras–maaliskuun aikana. Sisällönanalyysin avulla strukturoimaton aineisto saatiin tiivistettyyn ja helposti ymmärrettävään muotoon siten, että aineiston sisältämä informaatio säilyi. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sen runkona voidaan pitää Laineen esittelemää kuvausta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–92).

1. Aineiston valinta, mitä tutkitaan
2. Aineiston koodaus
3. Aineiston teemoittelu
4. Yhteenveto

Opinnäytetyön tutkimusaineistoksi valittiin 14 asukkaan hoitosuunnitelmasta ja päivittäisistä kirjauksista ne asiat, jotka liittyivät palvelulupaukseen aktiivisesta hoiva-asumisesta. Näitä olivat ylösnousu vuoteesta, liikkuminen, ulkoilu, aktiviteetti, virikkeet ja ravitsemus. Lisäksi

hoitosuunnitelmasta otettiin mukaan liikkumis-, virike- ja ravitsemussuunnitelmaan kuuluvat asiat sekä tarkastettiin, oliko suunnitelmat nimetty. Päivittäisistä kirjauksista katsottiin, löytyivätkö palvelulupauksessa sovitut asiat ja verrattiin niitä hoitosuunnitelmaan. Asiakaslähtöisyys oli asia, jota pohdittiin erityisen tarkasti kirjaamisen jokaisessa kohdassa.

Tutkimusaineiston keräsi osa Myyrinkodin, Metsonkodin ja Simonkodin osastonhoitajista tai sairaanhoitajista antamieni ohjeiden mukaan. Myyrinkodin osastonhoitaja kokosi ne ja poisti samalla asukkaan sekä kirjaajien tiedot aineistosta. Tutkimuksessa oli mukana kaikki Vantaan kaupungin kolme vanhainkotia. Tutkimusaineisto kerättiin potilasasiakirjoista eli dokumenteista marraskuun 2013 aikana. Aineisto oli jo valmiiksi kirjallisessa muodossa, joten sitä ei tarvinnut litteroida. Aineiston ongelmaksi saattaisivat kuitenkin muodostua yksittäiset dokumentit. Ne voivat olla puutteellisia, jos kaikkea ei ole kirjoitettu potilastietojärjestelmään esim. koneiden toimimattomuuden vuoksi. Myös virheelliset tai epäselvät kirjaukset voivat aiheuttaa ongelmia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–92).

Osastonhoitaja luovutti minulle anonyymien aineiston, jonka analysoin koodaamalla marras- ja joulukuussa 2013. Valitsin aineistosta ne tekstit, jotka kuvaavat palvelulupauksessa mainittuja asioita. Erityisesti tarkkailin kirjauksien asiakaslähtöisyyttä. Poistin aineistosta teksti, joka ei kuulunut varsinaiseen opinnäytetyön tutkimuskohteeseen, suoraa yliviivaamalla raportoimatta. Tässä vaiheessa tarkastelin kirjaamisen rakenteellisuutta ja systemaattisuutta. Lisäksi huomioin virheellisesti kirjautuneet ja väärin komponenttien alle kirjoitetut tekstit (Kylmä & Juvakka 2007, 115). Korjatusta vaativista kohdista annoin selvityksiä ja ohjeistuksia loppuraportissa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Saadun aineiston teemoittelin tutkimalla kirjattua tekstiä teorian pohjalta. Teemoituksella tarkoitettiin aineiston pilkkomista aihepiirien mukaan, joita olivat liikkuminen, virikkeet ja ravitsemus. Näitä yhdistämässä oli asiakaslähtöisyys, jonka tuli näkyä jokaisessa osa-alueessa. Tavoitteena oli etsiä aineistosta tiettyjä teemoja kuvaavia näkemyksiä, jotka on kirjoitettu teoriaosuudessa olevan hoitotyön kirjaamisen vaatimusten mukaisesti. Niissä tuli huomioida asiakaslähtöisyys, laadukkuus, arvot ja minimivaatimukset. Laadukkaasti kirjattuja tekstejä voidaan käyttää tulevaisuudessa esimerkkinä kirjaamisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Kun olin luokitellut aineiston teoriasta saatujen käsitysten mukaan ja tutkinut, millaista on laadukas, asiakaslähtöinen ja riittävä kirjaaminen, pystyin tekemään aineiston yhteenveton (Hirsijärvi & Hurme 2008, 147). Tässä opinnäytetyössä teorialla oli merkittävä osuus tutkittavien seikkojen objektiivisessa tarkastelussa, mutta hankkimani teorian ja analysoinnin subjektiivista vaikutusta tutkimuksen tulokseen ei voida kuitenkaan välttää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18–20.) Tämän opinnäytetyön yhteenveto on minun analyysi aineistosta, jota ohjasi teoriaohjaava sisällönanalyysi. Palvelulupaus ja opinnäytetyöhön hankittu teorian tieto toimivat

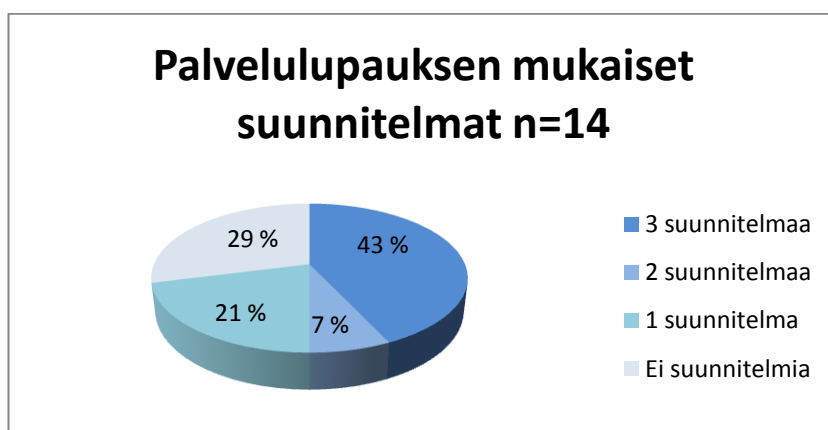
apuna aineiston analysoimisessa. Minun oma tieto kirjaamisen vaatimuksista ja tarpeista ei kumoa hoitotyön kirjaamisen teoriasta saatuja tietoja, vaan laajentaa näkökulmaa. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 96–97.) Tässä työssä järjestin aineiston sisällönanalyysillä siten, että pystyin tekemään siitä yhteenvedon. Laadullisessa tutkimuksessa raportointia tehdään koko analyysin ajan. Raportin keskeiset osat ovat tutkimusongelma, tutkimuksen toteuttaminen, tutkittavan ilmiön kuvaus ja johtopäätökset. (Hirsijärvi & Hurme 192–193.)

4 Opinnäytetyön tulokset

1. Miten hoitosuunnitelmaan on kirjattu palvelulupauksen mukaiset teemat?

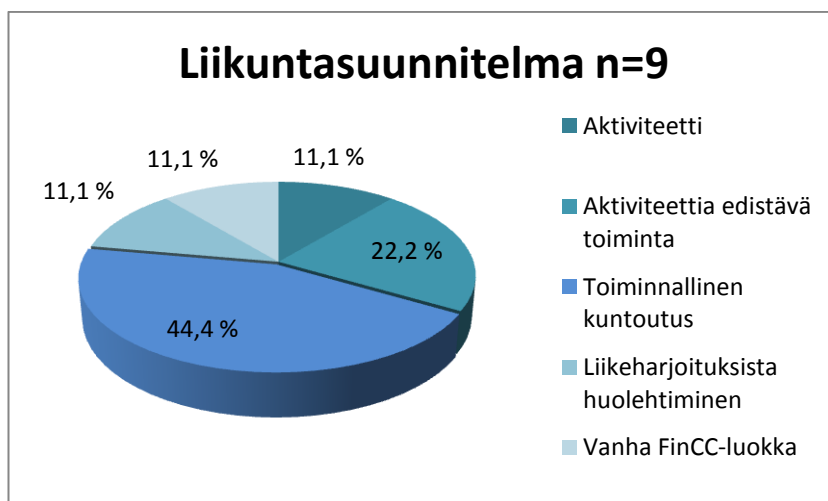
a) Mitä palvelulupauksen mukaisia suunnitelmia on merkitty hoitosuunnitelmaan?

Neljäntoista asukkaan hoitosuunnitelmista on 43 %:lla merkitty kaikki kolme palvelulupauksen mukaista suunnitelmaa, jotka ovat liikunta-, virike- ja ravitsemussuunnitelmat. 7 %:lla on kaksi suunnitelmaa, jotka ovat liikunta- ja virikesuunnitelmat. 21 %:lla on yksi suunnitelma, joka on 7 %:lla liikuntasuunnitelma ja 14 %:lla virikesuunnitelma. 29 %:lla ei ole merkitty palvelulupauksen mukaisia suunnitelmia lainkaan.

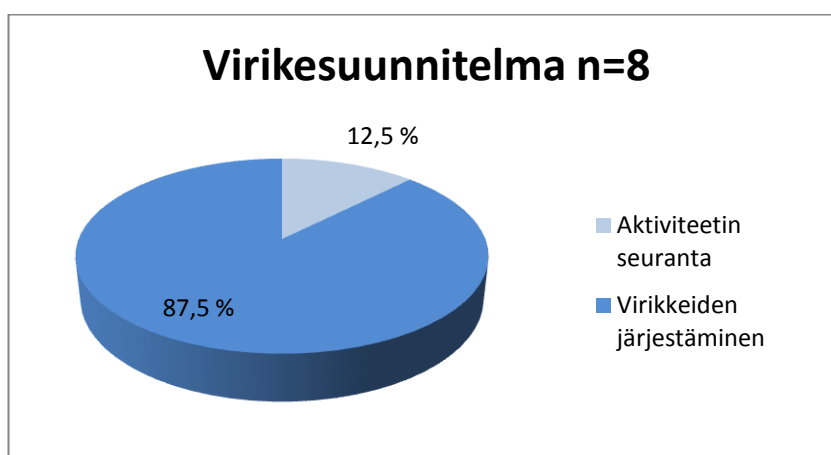


Kuvio 7: Palvelulupauksen mukaiset suunnitelmat hoitosuunnitelmissa määrän mukaan

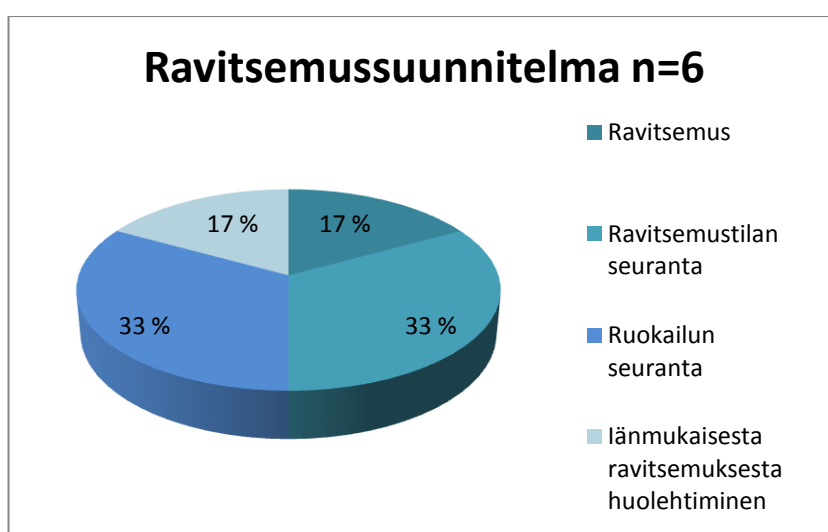
b) Minkä komponentin tai luokan alle palvelulupauksen mukainen suunnitelma on kirjattu? 44,4 % merkityistä liikuntasuunnitelmista (N=9) on kirjattu hoitosuunnitelmaan toiminnallisen kuntoutuksen alle, joka on ohjeen mukainen alaluokka. 22,2 % on kirjattu aktiviteettia edistävän toiminnan alle. Loput 33,3 % on kirjattu aktiviteetin, aktiviteettia edistävän toiminnan, liikeharjoituksista huolehtimisen tai vanhan FinCC-luokituksen mukaisen luokan alle (Kuvio 8). Virikesuunnitelmista (n=8) 87,5 % on kirjattu sovitun alaluokan eli virikkeiden järjestämisen alle ja 12,5 % aktiviteetin seurannan alle (Kuvio 9). 33 % ravitsemussuunnitelmista (n=6) on kirjattu oikean alaluokan eli ruokailun seurannan alle. 33 % on kirjattu ravitsemustilan seurannan, 17 % ravitsemuksen ja 17 % iänmukaisesta ravitsemuksesta huolehtimisen alle (Kuvio 10).



Kuvio 8: Liikuntasuunnitelman kirjaamispaikka hoitosuunnitelmassa



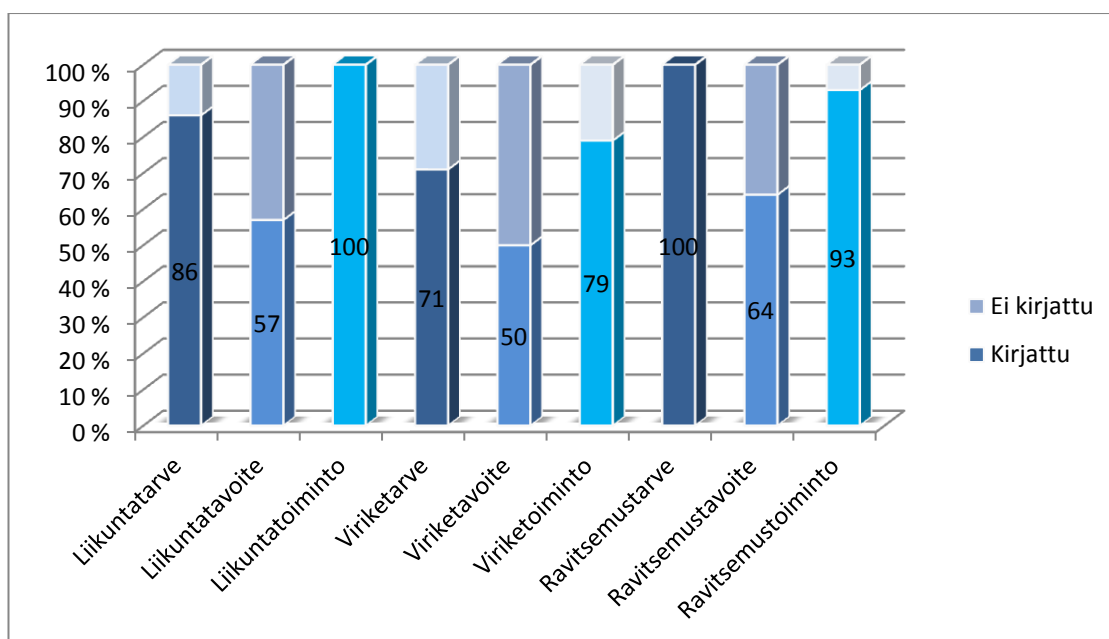
Kuvio 9: Virikesuunnitelman kirjaamispaikka hoitosuunnitelmassa



Kuvio 10: Ravitsemussuunnitelman kirjaamispaikka hoitosuunnitelmassa

c) Miten hoidon tarve, tavoite ja toiminto on kirjattu hoitosuunnitelmiin?

Neljäntoista asukkaan hoitosuunnitelmissa on kirjattu 86 %:lle liikuntaan liittyvistä tarpeista ja ne puuttuvat 14 %:lta. Liikuntatavoitteista on kirjattu 57 %:lle ja 43 %:lta ne puuttuvat. Liikuntaan liittyviä toimintoja on kirjattu kaikkiin hoitosuunnitelmiin. 71 %:lle on kirjattu virikkeisiin liittyvä hoidon tarve hoitosuunnitelmaan, kun se puuttuu 29 %:lta. Virikkeiden tavoite on kirjattu 50 %:lle ja se puuttuu 50 %:lta. Viriketoiminto on 79 %:lla ja puuttuu 21 %:lta. Ravitsemukseen liittyvä tarve on kirjattu 100 %:lle. Tavoite ravitsemuksesta löytyy 64 %:lta ja puuttuu 36 %:lta. Ravitsemustoiminto on 93 %:lla ja puuttuu 7 %:lla.



Kuvio 11: Tarpeiden, tavoitteiden ja toimintojen näkyminen hoitosuunnitelmissa liikunnan, virikkeiden ja ravitsemuksen osalta

2. Palvelulupauksen mukaiset suunnitelmat päivittäisessä kirjaamisessa

a) Mitä liikuntaan liittyviä kirjauksia löytyy?

Päivittäisistä kirjauksista löytyy liikuntaan liittyviä kirjauksia, joissa asukas on kuvattu aktiivisesti tai passiivisesti liikkuvaksi, sekä vuoroja, jolloin asukkaan liikkumisesta puuttuu kirjaus. Puutokset kirjauksista johtuvat siitä, että luokitus on ilman tekstiä, on kuvattu vain asukkaan halukkuus liikkua, koko työvuoron kirjaukset puuttuvat tai kirjausta liikkumisesta ei ole tehty. Toisinaan kirjaus liikkumisesta puuttuu, vaikka toisesta vuoron kirjauksesta näkee, että asukkaan on täytynyt liikkua: ”Iltapesut tehty wc:ssä” tai ”vuoteeseen klo 18 maissa.”

Kirjauksia, joissa asukas on kuvattu aktiivisesti liikkuvaksi, löytyy sellaisia, joissa asukas tekee, joku toinen on tekijä tai on kuvattu asukkaan liikkumista. Kun asukas on kuvattu aktiiviseksi tekijäksi, on kirjauksessa voitu kuvata asukkaan tapaa liikkua: ”Asukas on kävellyt epävarmasti.” Kuvaukseen aktiivisesta tekijästä -ryhmään kuuluvat myös kaikki asukkaan itse te-

kemät aktiviteetit kuten MOTOmedillä polkemiset, ylösnousemiset, istumiset, liikkumiset sekä osallistumiset tuolijumppaan, kuntosali- ja fysioterapiaryhmään. Liikkuminen, jossa asukas on kuvattu aktiiviseksi, mutta joku muu on ollut tekijä, on kirjattu esim. ”Hoitaja tukenut kiinni pitäen kävelyä.” Asukkaan liikkumista kertovia tekstejä, joissa asukas on kuvattu aktiiviseksi, ovat mm. kirjaukset kävelyn sujuvuudesta sekä istumisen ja seisomaan nousun onnistumisesta: ”Kävely ollut hidasta, mutta ei kipua aiheuttavaa.”

Kuvauksia asukkaan passiivisuudesta liikkumisessa löytyy kirjauksista niin, että asukas on kuvattu passiiviseksi tekijäksi tai joku toinen on mainittu tekijäksi. Kuvausta asukkaan passiivisuudesta on ilmaistu myös kirjaamalla, että joku toiminto ei ole tapahtunut tai asukas ei ole halunnut liikkua: ”Ei halunnut nousta iltapäivällä p-tuoliin.” Kuvaus asukkaan passiivisuudesta, joka näkyy kirjatusta toiminnosta, on esimerkiksi: ”Kävely ei ole tänään onnistunut ollenkaan.” Kun asukas on kuvattu passiiviseksi tekijäksi, on kirjauksissa mainittu asukkaan paikallaan olosta, väsymyksestä tai heikkoudesta: ”Iltapesuilla rauhallinen, väsynyt ei jaksakaan kantella itseään nosturissa” tai ”nukkui lounaalle asti.” Kirjauksissa, joissa joku toinen on tekijä, on kuvattu hoitajan tai jonkun toisen suorittamaa nostoa, siirtoa tai muuta avustamista asukkaalle. Näissä kirjauksissa asukkaan ei ole tarvinnut osallistua liikkumiseen tai asukkaan liikkumisesta ei ole mainittu: ”Nosturilla siirretty pyörätuoliin.”

b) Mitä virikkeisiin liittyviä kirjauksia löytyy?

Päivittäisistä kirjauksista löytyy virikkeistä mainintoja, missä asukas on kuvattu aktiiviseksi tai passiiviseksi tekijäksi. Tapahtunut virike on voitu kirjata myös toisen asian yhteyteen tai siitä ei ole kirjattu ollenkaan. Vuoroissa, joista maininta virikkeistä puuttuu, on joko niin, että koko vuoron kirjaukset puuttuvat, kirjaus virikkeiden osalta puuttuu tai on vain maininta, että asukas haluaa osallistua tai tehdä jotain esim. katsoa TV:tä. Virike on voitu kirjata toisen asian yhteyteen esimerkiksi toiminnallisen kuntoutuksen alle: ”Osallistui juhlasalissa pidettyyn tuolijumppaan.”

Virikkeistä, joissa asukas on kuvattu aktiiviseksi tekijäksi, on kirjattu asukkaan tekemistä tai osallistumista viriketapahtumaan tai virikettä tuottavaan toimintoon: ”Käynyt vierailulla toisen asukkaan luona” tai ”osallistui vapaaehtoisten pullan leivontaan.” Viriketapahtumat, joissa asukas on kuvattu passiiviseksi, on kirjattu joko niin, että asukas ei ole halunnut osallistua tai asukas on seurailut sivusta toisten osallistumista viriketuokioon.

c) Mitä ravitsemukseen liittyviä kirjauksia löytyy?

Ravitsemuksen osalta löytyy kirjauksia, joissa asukas on ravittu, on osin ravittu tai on ravinnotta. Ravitsemuksen osalta löytyy myös kohtia, joissa kirjaus ravitsemuksesta puuttuu kokonaan. Syinä näissä ovat kirjausten puuttuminen koko vuoron osalta tai vain ravitsemuksen osalta. Joissain tapauksissa ruoka-ajasta tai ruokapaikasta on maininta, mutta itse syömiseen

liittyvä kirjaus puuttuu: ”Ruokailujen ajan istumassa olohuoneessa” tai ”nostettu ennen lounasta.”

Asukkaan ravinnotta olot on kirjattu selkeästi, ettei asukas ole syönyt tai ei ole jaksanut syödä mitään. Kun asukas on ravittu, on vuorossa kirjattu ruokien syömisestä tai maistumisesta: ”Aamupala ja lounas maistuneet päiväsalissa muiden asukkaiden seurassa.” Sekä ilta- että aamuvuoroissa on kaksi varsinaista ruokaa, joiden syömisestä tulisi olla maininta. Jos vain toisen ruuan syömisestä on ollut maininta ja toinen puuttuu, on asukas vain osin ravittu: ”Lounas maistui hyvin. Aamupala jäi väliin kun nukkui.” Kun asukas on osin ravittu, voi kirjauksessa olla myös maininta, että asukas on syönyt osin jonkin ruuan: ”Lounaalla jätti noin puolet syömättä.”

5 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Minulla on tämän opinnäytetyön tekijänä eettinen velvoite raportoida saaduista tuloksista hoiva-asumisen palveluiden edustajille ja antaa vanhainkotien hoitohenkilökunnalle ohjeistuksia kirjaamisen parantamiseksi (Kylmä & Juvakka 2007, 69).

Eettisiä kysymyksiä joudutaan pohtimaan tässä opinnäytetyössä, vaikka en henkilökohtaisesti tapaa ketään tutkittavaa henkilöä vaan ainoastaan heistä kertovaa aineistoa. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kirjaamisen tasoa asiakaslähtöisesti ja palvelulupauksessa annettujen lupauksen mukaisesti. Opinnäytetyö on luottamuksellinen eikä aiheuta seurauksia tutkittaville henkilöille, koska en tiedä kirjaajien enkä tutkittavien henkilöllisyyttä. Toisaalta olen itse tunnistanut osan asukkaista kirjauksien perusteella, mutta en ole antanut sen vaikuttaa saatuihin tuloksiin millään tavalla.

Opinnäytetyötä puretaan ja analysoidaan kirjatun tekstin perusteella. Vastauksien saaminen tapahtuu teoriaan pohjautuen. Raportointi tapahtuu kokonaisuutena ja parannusehdotukset annetaan kaikille vanhainkodeille. Lupaa tutkimuksen suorittamiseksi ei ole haettu henkilöiltä itseltään vaan Vantaan kaupungilta (Liite 5). Eettisen kysymyksen voi aiheuttaa työsuhteeni yhteen kyseisistä vanhainkodeista. En kuitenkaan tutki omia kirjauksiaan, koska en työskentele tutkimusajankohtana työyksikössäni. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 19–20.)

Opinnäytetyössä käytettävänä oleva aineisto on otettu suoraan vanhainkotien asiakastietojärjestelmästä ja on näin ollen uskottavaa. Kattavuudeltaan teksti voi kuitenkin olla puutteellista, jos kaikkia asioita ei ole kirjattu koneelle. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Luotettavuuden tärkeimpänä kysymyksenä voidaan pitää: ”Mitä kaikkea raporttiin tulee kirjata?” Toisaalta luotettavuuteen vaikuttaa, miten olen ymmärtänyt potilasasiakirjoihin kirjattua tekstiä ja miten lukija ymmärtää tekemääni raporttia. Tässä asiassa luotettavuutta lisää oma kokemuk-

seni työskentelystä vanhainkodissa ja tutustuminen opinnäytetyössä koottuun teoriaan mm. FinCC-ohjeistuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68–69.)

Asukkaiden henkilötietoja ei annettu missään vaiheessa minulle, vaan asukkaat pysyivät anonyymeinä. Minulle ei ilmoitettu myöskään tietoa kirjaajasta eikä vanhainkodista. Opinnäytetyössä käytin vain hoitosuunnitelmia ja päivittäisiä kirjauksia. Aineiston materiaalia käytin siten, ettei asukkaita eikä kirjaajaa kyetä tunnistamaan julkaistavasta opinnäytetyöstä. Palautan aineiston opinnäytetyön valmistumisen jälkeen toukokuussa kokonaisuudessaan Myyrinkodin osastonhoitajalle, joka hävittää sen asiaankuuluvalla tavalla. Käsittelen aineistoa huolellisesti ja kirjaan tutkimusaineistoa salasanasuojatulla tietokoneellani, jolloin kukaan ulkopuolinen ei pääse käsiksi tutkimusaineistoon. Aineistoa säilytän koneellani vuoden ajan, jonka jälkeen poistan aineiston koneeltani. Tutkimuksen analysoin marras–maaliskuussa, ja opinnäytetyön esitin seminaarissa huhtikuussa 2014. Valmiin opinnäytetyön tallennan toukokuussa 2014 Theseukseen ja annan yhden kappaleen Vantaan hoiva-asumispalveluiden käyttöön.

Kirjaamiskäytännöt ovat yhteiskunnallisia käytäntöjä sekä hoitotyöntekijälle merkityksellisiä ja tarkoituksellisia. Tässä tutkimuksessa kirjattuja tekstejä voidaan tulkita niiden tarkoituksen ja merkityksen kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 32.) Tutkittava asukasmäärä on melko pieni, mikä on tyypillistä laadulliselle tutkimukselle. Jotta tämän opinnäytetyön tutkimus olisi Tuomen ja Sarajärven (2009, 85) teoksen mukaan tieteellisesti merkittävä, tulee tutkimuksessa olla vähintään kolmen asukkaan hoitosuunnitelma ja päivittäiset kirjatukset. Toisaalla heidän teoksessa mainitaan laadullisen tutkimuksen saturaatioksi 15 asukasta. Tähän opinnäytetyöhön otettiin 14. asukkaan hoitosuunnitelma ja kirjatukset, kun pitkäaikaisasukkaita on kaikkiaan n. 240 (Österman 2013). Kirjauksia otettiin vain viikon ajalta, koska asukkaasta olisi voinut olla kirjoitettua päivittäistä tekstiä hyvinkin runsaasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 26–27; Tuomi & Sarajärvi 87.)

Opinnäytetyö on laadullinen, siksi tutkimusaineiston otannaksi on valittu 14 asukkaan hoitosuunnitelma ja päivittäiset kirjatukset viikon ajalta. Otanta riittää määrittelemään opinnäytetyön luotettavaksi laadullisena tutkimuksena. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Hoitosuunnitelma löytyi tehtynä kaikilta opinnäytetyöhön valituilta asukkailta. Hoitotyön perustiedot oli täytetty vaihtelevasti. Asukkaan sairaudet oli kirjattu välillä vain latinaksi, mikä voi hankaloittaa tiedon siirtoa. Jos sanoja on vielä lyhennetty kuten Insuf.cord., voi olla vaikea selvittää, mitä sillä tarkoitetaan. 64 %:lla perustiedot oli täytetty asukkaan tai omaisen toiveita huomioiden (n=14). Niistä näkyi selkeästi asukkaan toive hoidosta ja kuntoutumisen toteuttamisesta. Näitä tietoja ei kuitenkaan aina ollut viety hoidon tarpeisiin. Toisaalta hoi-

tosuunnitelmat olivat asiakaslähtöisiä, mikä näkyi myös hoidon tarpeiden ja suunniteltujen toimintojen kirjauksista: ”On sosiaalinen ja haluaa osallistua viriketoimintaan.”

Hoitosuunnitelmien laatu vaihteli. Rakenteellisuuteen ja systemaattisuuteen tulisi niissä kiinnittää enemmän huomiota. Hoitosuunnitelmien kirjauksista näki selkeästi, ettei vanhainkotien kirjausohjeistuksia tunneta tarpeeksi hyvin. Yhdenkään hoitosuunnitelman sisältö ei vastannut täysin Hollandin (2012) tekemää ohjeistusta (Liite 5). Jokaiseen hoitosuunnitelmaan tulisikin sen perusteella tehdä muutoksia. Toisten hoitosuunnitelmien ajantasaisuus myös askarrutti, koska niissä oli käytetty vanhojen FinCC-ohjeistusten luokituksia. Hoitosuunnitelmat olivat selkeitä, ja ne oli kirjattu hyvällä suomen kielellä.

Systemaattisuus hoitosuunnitelmissa toteutuisi paremmin, jos kirjausohjeistukset olisivat muistissa, kun hoitosuunnitelmaa aletaan tehdä. Hoitosuunnitelmista näki, että asukkaiden tarpeita oli osattu hakea ja toteutusta suunnitella, mutta rakenteellisuudessa ongelmakohtana oli tavoitteiden puuttuminen. Tavoitteet puuttuivat 36 %:ssa hoitosuunnitelmista (n=14). Tavoitteiden sisällössä oli myös toivomisen varaa. Ne olivat pääsääntöisesti asukkaasta lähteviä ja asiakaslähtöisiä, mutta lähes jokaisesta puuttui tavoiteaika tai kesto. Asukkaan toimintakyvyssä ja ikääntymisessä tulevia muutoksia ei niissä huomioitu. Tavoitteet olisi voitu kirjata esim. kolmeksi kuukaudeksi, jolloin tehdään viimeistään hoitosuunnitelmaan tarkastus.

Hoitosuunnitelmista näkyi, että Vantaan palvelulupaus aktiivisesta hoiva-asumisesta tunnettiin melko hyvin, koska 79 %:ssa oli jokin palvelulupauksen mukainen suunnitelma kirjattuna (n=14). Opinnäytetyössä mukana olevista hoitosuunnitelmista löytyi yhteensä 23 palvelulupauksen vaatimaa nimettyä suunnitelmaa: 9 liikunta-, 8 virike- ja 6 ravitsemussuunnitelmaa. Jokaisessa hoitosuunnitelmassa olisi pitänyt olla kaikki nämä kolme suunnitelmaa. 2 ravitsemus- ja 3 virikesuunnitelmaa oli tehty siten, että niissä sekä luokitukset että suunnitelmat olivat annettujen ohjeistusten mukaisia. Liikuntasuunnitelmissa yleisin virhe oli, ettei niistä löytynyt mainintaa vuoteessa liikkumista tai asentohoidon tarpeesta. Asukkaille oli tehty myös paljon suunnitelmia, mutta niitä ei ollut nimetty palveluohjeistuksen mukaisesti. Esim. liikuntatoimintoja oli tehty jokaiseen opinnäytetyössä mukana olleeseen hoitosuunnitelmaan (Kuvio 5), mutta niistä puuttui liikuntasuunnitelma-sana. Jos tehdyt suunnitelmat olisi nimetty palveluohjeistusten mukaan, olisi useammalta asukkaalta löytynyt vaadittuja suunnitelmia.

Päivittäisistä kirjauksista puuttui kokonaan neljän aamu- ja viiden iltavuoron kirjaukset, mutta yövuorojen kirjauksia ei tutkittu. En tiedä, miksi kirjaukset puuttuivat. Niiden puuttuminen ei toisaalta vähennä opinnäytetyön luotettavuutta, koska puutos on 5 % kaikista tutkittavista vuoroista (n=196). Hiljaisessa raportoinnissa puutokset on huomioitava, koska palvelulupauksessa luvattujen toimintojen toteutumista ei voida silloin taata. Myös kirjauksen puuttuminen

liikkumis- virike- ja ravitsemustoimintojen osalta päivittäisessä kirjauksessa heikentää palvelulupauksen toteutumista ja hiljaisen raportoinnin riittävyyttä.

Päivittäisessä kirjaamisessa aktiivisesta liikkumisesta ja samoin kuin aktiivisesta virikkeisiin osallistumisesta löytyi kirjauksia lähes joka toisesta vuorosta. Ravitsemuksen osalta kirjaus löytyi joka kolmannesta vuorosta. Osoittaako tämä, että liikunta ja virikkeet koetaan tärkeämmiksi kirjattaessa kuin ravitsemus? Ravitsemuksen osalta kirjaamista tulisi olla jokaisessa aamu- ja iltavuorossa. Etenkin diabeteksestä, aliravitsemuksesta ja liikalihavuudesta kärsivien asukkaiden ruokailun seuranta olisi välttämätöntä joka vuorossa riskien vuoksi.

Jos aktiivisesta liikkumisesta löytyisi merkintä joka toisesta vuorosta jokaisella asukkaalla, riittäisi se kattamaan palvelulupauksesta kohdan: ”Jokainen asiakas avustetaan päivittäin ylös vuoteesta.” Myös virikkeiden osalta lupaus olisi kunnossa, kun jokainen asukas saa päivittäin virikkeellisyttä. Opinnäytetyössä mukana olleissa päivittäisissä kirjauksissa kävi kuitenkin ilmi, että kirjatut painottuivat asukkaiden kohdalla eri tavoin. Yhden asukkaan kohdalla saattoi olla lähes jokaisessa vuorossa kirjaus esim. liikunnasta, mutta vain kerran maininta ravitsemuksesta koko viikon aikana. Toisella asukkaalla oli ravitsemuksesta maininta lähes joka vuorossa, mutta virikkeistä löytyi vain pari mainintaa samoin kuin liikkumisesta. Jos aamuvuorossa puuttuu esim. merkintä liikkumisesta, laadukas kirjaaminen vaatisi, että sitä toteutettaisiin ja siitä kirjattaisiin iltavuorossa. Näin sitä koskeva palvelulupaus toteutuisi.

Systemaattinen kirjaaminen päivittäisessä kirjaamisessa ontuu. Hoitosuunnitelmassa tietyn alaluokan alle kirjattua suunnitelmaa ei ole siirretty toteutuksena saman alaluokan alle päivittäiseen kirjaukseen, vaan on valittu joku muu luokka tai komponentti. Toivottavaa olisi, että kirjattaessa käytettäisiin samaa luokkaa. Aina ei ole luontevaa eikä myöskään vääriin, jos merkinnän kirjaa toiseen alaluokkaan. Esim. ”Osallistunut tuolijumppaan juhlasalissa” voidaan kirjata toiminnallisen kuntoutuksen tai virikkeiden järjestämisen alle, koska siinä on molempien alaluokkien sisältöä. Tärkeää on, ettei kirjoiteta samaa asiaa molempiin, kuten ei tarkastelluissa hoitosuunnitelmissa ollut tehtykään. Joskus luokituksia oli käytetty virheellisesti. Toiminnallisen kuntoutuksen alle oli kirjoitettu tekstiä, joka kuuluisi toisen alaluokan alle, esim. ”Avustettu wc:ssä” kuuluisi wc-toiminnoissa avustamisen (1457) alle.

Päivittäisissä kirjauksissa oli kuvattu hoitajan tekemää työtä, nostoa, siirtoa ja vientiä. Asiakaslähtöisyyteen ei ollut niissä kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Vaikka hoitaja tekee esim. noston, olisi hyvä kuvata asukkaan osuutta tai halukkuutta siihen. Kävelevien asukkaiden kävely oli puolestaan kirjattu asiakaslähtöisesti ja kuvaavasti: ”Ruokasalista huoneeseen kävellyt yksin ilman apua rollaattorin avulla.” Toisaalta toiminnalliseen kuntoutukseen kirjatun tekstin voidaan olettaa aina olevan asiakaslähtöistä, koska siinä on päämääränä kuntoutuminen ja omatoimisuuden lisääminen. Ravitsemukseen ja virikkeisiin liittyvät toiminnot oli kirjattu

pääsääntöisesti asiakaslähtöisesti. Niissä oli mainintaa asukkaan omasta halusta ja suoriutumista sekä asukas koetaan niissä aktiivisena palvelun käyttäjänä. Päivittäisissä kirjauksissa kirjoitettu teksti oli ymmärrettävää, vaikka muutamia ei-yleisiä lyhenteitä oli käytetty.

Hoitosuunnitelma ja päivittäiset kirjaukset ovat merkittäviä hiljaisessa raportoinnissa asukkaan hoidon toteutumisen kannalta. Pääsääntöisesti tässä opinnäytetyössä käytetyistä hoitosuunnitelmista sai riittävän kuvan asukkaan toimintakyvyistä ja haluista osallistua palvelulupaussessa mainittuihin suunnitelmiin. Muutamaa yksittäistä toimintoa lupauksen osalta ei voitaisi pelkästään hoitosuunnitelmien perusteella toteuttaa turvallisesti kysymättä ensin toisilta hoitajilta tai asukkaalta, miten toiminto suoritetaan. Näissä tapauksissa hiljainen raportointi ei voi toteutua, vaan tarvitaan suullista raportointia, jotta asukkaan hoidon jatkuvuus voidaan varmistaa. Pelkästään päivittäisten kirjausten perusteella ei hoitoa voitaisi laadukkaasti toteuttaa hiljaisessa raportoinnissa, koska päivittäinen kirjaaminen on riittämätöntä. Yhdessä hoitosuunnitelma ja päivittäiset kirjaukset antavat kuitenkin riittävän kuvan hoidon toteutumisesta.

Valmiina tämä opinnäytetyö antaa vanhus- ja vammaispalvelujen johdolle käsityksen kirjaamisen nykytilasta tutkittavien osa-alueiden osalta hiljaisessa raportoinnissa. Valmiista opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan soveltaa vanhainkotien kirjaamiskäytäntöjen muokkaamiseen. Tavoitteena on saada kirjaaminen asiakaslähtöisemmäksi ja palvelulupausta huomioivammaksi, jolloin pystytään tekemään palvelulupaus näkyväksi myös hoitotyössä.

Ennen tämän opinnäytetyön tekemistä Vantaan kaupungin palvelulupaus virikkeellisestä hoiva-asumisesta oli minulle tuttu ainoastaan liikunta-, virike- ja ravitsemussuunnitelmista. Muuten en suunnitelmaa tuntenut. Opinnäytetyön teko antoi vahvistusta hoitosuunnitelmien laatimiseen sekä tutustutti tarkemmin GFS-ohjeistuksiin ja FinnCC-luokitukseen. Myös vaatimustaso kirjausten suhteen on kasvanut opinnäytetyötä tehdessä. Kiinnitän enemmän huomiota siihen, mitä hoitosuunnitelmissa ja päivittäisissä kirjauksissa on kirjattu, sekä ovatko ne asiakaslähtöisiä. Olen todennut, että FinnCC-luokituksessa on paljon alaluokkia, joista on hyvin vaikea etsiä oikeaa luokkaa, jonka alle kirjoittaa. Toivon, että tämän opinnäytetyön kannustamana pystyn jatkossa tekemään laadukkaampia hoitosuunnitelmia ja ohjeistamaan myös kollegojani niiden teossa. Ajatuksena on viedä käytäntöön sellaisia asioita, jotka huomasin ongelmakohdiksi kirjauksissa kuten lyhenteet, vieraskieliset sanat (latina), tavoitteiden puuttuminen, NMA ja BMI kirjaamatta.

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni minulle heräsi ajatuksia, miten hiljainen raportointi toteutuu osastoilla ja miten henkilökunta on omaksunut sen. Mietin myös, onko hiljainen raportointi vanhainkodeissa suullista raportointia tehokkaampaa. Siinä voisi olla aiheita seuraavalle hiljaisesta raportointia tutkivalle.

Lähteet

Painetut lähteet

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.-L. & Vihunen, R. 2010. Hoitamalla hyvää oloa. 14., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Blair, W. & Smith, B. 2012. Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse* 41 (2), 160–168.

Coco, K., Lahti, L. & Simola, R. 2011. Hoito ja huolenpito. Helsinki: WSOY.

Friberg, F., Bergh, A.-L. & Lepp, M. 2006. In search of details of patient teaching in nursing documentation - an analysis of patient records in a medical ward in Sweden. *Journal of Clinical Nursing* 15 (12), 1550–1558.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus: potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöllisesti. 2. painos. Helsinki: Fio-ca.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

HTL 523/1999. Henkilötietolaki. 22.4.1999.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Jylhä, V., Kinnunen, U.-M. & Saranto, K. 2009. Taskutietokoneen käyttömahdollisuudet hoitotyön tiedonhallinnassa. Teoksessa P. Ruotsalainen (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyn tutkimuspäivät: Tutkimuspäivät 2009. THL 12/2009, 36–40.

Järvi, M., Kulla, M., Liljeberg, R., Metsäsalo, S., Tirkkonen, M., Selander, M. & Kilkku, N. 2010. Näyttöä hoitotyöhön. Omahoitajuus, kirjaaminen ja raportointi mielenterveyshoitotyössä. *Sairaanhoitaja* 10/2010, 54–56.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: JAMK.

Kuusio, K. 2007. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen - perusterveydenhuollon näkökulma. Teoksessa Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S. & Haapalainen-Suomi, S. (toim.) Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Turku: Turun yliopisto, 29–37.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen 2007. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, 89–96.

Laaksonen, K. 2009. Hoitotyön kirjaamisella on oltava rakenne. *Sairaanhoitaja* 82, 6–7/2009, 5.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Helsinki: STM.

LASK 159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007.

- Lehto, P. 2007. Hoitaja elektronisen potilaskertomuksen käyttäjänä. Teoksessa Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S. & Haapalainen-Suomi, S. (toim.) Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Turku: Turun yliopisto, 6–16.
- Liljamo, P., Kinnunen, U.-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2/2012. Helsinki: THL.
- LTA 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994.
- Muurinen, S. & Soini, H. 2009. Helsingin monipuolisen vanhustenkeskuksen hoitotyön arviointi 2009. Hoitotyön asiakirjojen analysointi. Helsinki: Sosiaalivirasto.
- Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystalouksissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Pro gradu. Terveystieteiden pääaine. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja talouden laitos.
- Nordström, K. 2008. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalouksien käyttö pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa ja hoidon laatu kolmessa vanhainkodissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteiden laitos. Pro gradu.
- Nykänen, P. & Junntila, K. (toim.) 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Helsinki: THL.
- Palviainen, J. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteiden laitos. Pro Gradu.
- Pekkala, E. 2008. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 48–55.
- PL 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992.
- Punkari, K. 2009. Hoitotyön dokumentointi uudistuu. Suomen lääkärilehti 64. 18/2009, 1650.
- Sajama, S. 2010. Kirjattu tieto ei jää leijumaan. Tehy 15/2010, 34–35.
- Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- STMA 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009.
- STML 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. 6.4.2011.
- SVTL 516/2004. Sähköisen viestinnän tietosuojalaki. 16.6.2004.
- Söderhamn, U., Bachrach-Lindström, M. & Ek, A.C. 2007. Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal of Clinical Nursing* 16 (11), 1997–2006.
- Tantt, K. 2011. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen - Kansallisen tietotuotannon edellytykset. *Pro terveys* 1/2011, 10–12.
- TeHL 1326/2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Valvira 2012. Potilaan oikeudet. Helsinki: Valvira.

Vantaa vanhenee viisaasti 2010. Vantaan ikääntymispoliittinen ohjelma 2010–2015. Vantaa: Sosiaali- ja terveystoimi.

Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Sähköiset lähteet

Honkinen, A. 2008. Palveluohjaus on kannattavaa ja asiakaslähtöistä. Viitattu 29.8.2013. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=asiakas%C3%A4ht%C3%B6isyys

Mäkinen, S., Sippola-Mäkinen, J. & Lipponen, V. 2009. RAI-arviointien avulla hoitotyö näkyväksi vanhainkodissa. Viitattu 29.8.2013. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=asiakas%C3%A4ht%C3%B6isyys

Rantalainen, T. 2009a. Kirjaaminen ja raportointi tehohoitotyössä. Viitattu 1.9.2013. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00285&p_haku=raportointi

Rantalainen, T. 2009b. Hoitotyön kirjaamisen lähtökohdat. Viitattu 17.7.2013. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00284&p_haku=hoitoty%C3%B6n%20kirjaaminen

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Koodaus. Viitattu 30.9.2013. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_2.html

Sairaanhoitajaliitto 2013. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 7.9.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Virta, S., Koivunen, M. & Klimoff, J. 2008. Vastuullinen työtapa parantaa työhyvinvointia. Viitattu 29.8.2013. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=asiakas%C3%A4ht%C3%B6isyys

Väestöliitto 2013. Mitä tarkoittaa asiakaslähtöisyys? Viitattu 8.9.2013. http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/parisuhdetietoa-ammattilaisille/tietoa_parisuhdeammattilaisille/asiakastyon_lakitietoa/asiakaslahtoisuus/

Julkaisemattomat lähteet

Holland, S. 2012. Hoitosuunnitelman komponentit (FinCC 3.0 + GFS 4.2). Sisäinen tiedote.

Lahti, T. 2012. Haastattelu 21.8.2012.

Vahvan jory 2011. Kirjaamisen minimivaatimukset. 1.11.2011.

Österman, I. 2013. Haastattelu 28.8.2013.

Kuviot

Kuvio 1: Hoitotyön prosessi ja kirjaaminen	11
Kuvio 2: Malli FinCC 3.0:n mukaisesta hoitotyön tarpeesta	13
Kuvio 3: Malli FinCC 3.0:n mukaisesta hoitotyön tavoitteesta	13
Kuvio 4: Malli FinCC 3.0:n mukaisesta hoitotyön suunnitelmasta	14
Kuvio 5: Malli FinCC 3.0:n mukaisesta hoitotyön toteutuksesta	14
Kuvio 6: Malli FinCC 1.0:n mukaisesta hoitotyön arvioinnista	15
Kuvio 7: Palvelusuunnitelmat hoitosuunnitelmissa määrän mukaan	27
Kuvio 8: Liikuntasuunnitelman kirjaamispaikka hoitosuunnitelmassa	28
Kuvio 9: Virikesuunnitelman kirjaamispaikka hoitosuunnitelmassa	28
Kuvio 10: Ravitsemussuunnitelman kirjaamispaikka hoitosuunnitelmassa	28
Kuvio 11: Tarpeiden, tavoitteiden ja toimintojen näkyminen hoitosuunnitelmissa liikunnan, virikkeiden ja ravitsemuksen osalta	29

Liitteet

Liite 1 Aktiivisen hoiva-asumisen keskeiset palvelutavoitteet.....	41
Liite 2 Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen malli	42
Liite 3 Hoitosuunnitelman komponentit (FinCC 3.0 + GFS 4.2)	43
Liite 4 Kirjaamisen minimivaatimukset	44
Liite 5 Tutkimuslupa.....	46

Liite 1 Aktiivisen hoiva-asumisen keskeiset palvelutavoitteet

PALVELULUPAUS: AKTIIVINEN HOIVA-ASUMINEN

Asiakkaiden palvelu suunnitellaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa.

Asiakkaan hoitosuunnitelma sisältää liikkumis-, virike- ja ravitsemussuunnitelmat.

Jokainen asiakas avustetaan päivittäin ylös vuoteesta.

Asiakkaille mahdollistetaan päivittäinen yhdessäolo ja mahdollisuus osallistua yhteisön arjen toimintaan.

Asiakkaalle järjestetään päivittäin suunniteltua toimintaa, joka mahdollistaa virikkeellisen arjen, toimintakyvyn ylläpitämisen ja kuntoutumisen.

Asiakkaille mahdollistetaan säännöllinen ulkoilumahdollisuus.

Aktiivisen arjen mahdollistamiseksi tehdään säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä omaisten ja vapaaehtoisten kanssa sekä hoitoyhteisön ympäristön kanssa.

Asukkaiden hyvä perushoito edistää asukkaiden oman toimintakyvyn säilymistä.

The word 'VANTAA' is written in large, bold, blue letters with a 3D effect. Each letter has a dark blue shadow on its right and bottom sides, giving it a sense of depth. The letters are spaced out evenly across the page.

(Vantaa vanhenee viisaasti 2010, 35.)

Liite 2 Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen malli

HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN							
Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen							
Näkymä: Hoitokertomus = HOKE							
Moniamm. hoitopro- sessin eri vaiheet	Tulotilanne	Hoidon suunnittelu			Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	
		Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priori- sointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toi- minnot tavoittei- den saavuttami- seksi			
Hoitotyön prosessin vaiheet	Tietojen keruu ja analysointi	Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priori- sointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toi- minnot tavoittei- den saavuttami- seksi	Hoitotyön toimin- not/toteutus	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto
SHTaL ja SHTuL (Hoitotyön toiminto- luokitus ja hoidon tuloksen tilaluokitus)	-	SHTaL ja var- muusaste (+mittari esim. VAS, GAF)	SHTaL	-	-	SHTaL ja SHTuL (+mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisintä hoito- työn prosessi/ ydintiedoista ja tarv. täydennetään ra- kenteisilla tiedoilla (luoki- tus+ vapaa teksti) Hoitoi- suus- luokkatieto numeeri- senä ja sanallisena
SHToL ja SHTuL (Hoitotyön toiminto- luokitus ja hoidon tuloksen tilaluokitus)	-	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS, GAF)	SHToL ja SHTuL (+mittari VAS, GAF)	
Hoitotyön ydintiedot	Moniammatillisia ydintietoja	Hoidon tarve			Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto

(Nykänen Junntila 2012, 16)

Liite 3 Hoitosuunnitelman komponentit (FinCC 3.0 + GFS 4.2)

Hoitotyön tarve SHTaL 3.0 Asukkaan lähtötilanne, omat voimavarat	Hoitotyön tavoitteet SHTaL 3.0 Tarpeen komponentti	Hoitotyön toiminto SHToL 3.0	Hoitotyön arviointi
<p>Aktiviteetti</p> <p>Aktiviteetin muutos tai muu sopiva alaluokka</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa asukkaan liikuntakyky, liikkumisen rajoitteet, fyysisen toimintakyvyn tilanne • Kirjaa asukkaan tavat viettää aikaansa, mistä pitää, mitä harrastaa tai on harrastanut, ajan vieton tilanne 	<p>Aktiviteetti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esim. asukkaan toimintakyvyn paraneminen 3 kk:ssa niin, että kykenee kävelemään 25m. matkan päiväsaliin. Asukkaan mieliala pysyy hyvänä ja asukas virkeänä. Pyritään siihen että asukas viettää suurimman osan ajastaan jonkin ajanvietteen parissa 	<p>Aktiviteetti</p> <p>Aktiviteettia edistävä toiminta</p> <p>Toiminnallinen kuntoutus</p> <ul style="list-style-type: none"> • LIKKUMISSUUNNITELMA: Kirjataan asukkaan siirtyminen, vuoteessa liikkuminen, kuinka usein ylhäällä, kauanko kerrallaan, aktiiviset ja passiiviset hoidot myös vuodepotilailla, fysioterapia-ryhmät, jumput osastolla, MOTOmedin käyttö, liikkuminen osastolla + liikkumisitsenäisyys <p>Virikkeiden järjestäminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIRIKESUUNNITELMA: Asukkaan ulkoileminen, osallistuminen viriketuokioihin ja erilaisiin ryhmiin, radion kuuntelu, TV:n katselu, seurustelu, päiväohjelma 	<ul style="list-style-type: none"> • väliarviointi tehdään aina, jos tilanne muuttuu, jolloin vanha tarve kirjataan pois-tuneeksi ja kirjataan tilalle uusi • hoitosuunnitelma arvioidaan vähintään 3.kk välein • loppuarviointi tehdään, kun toiminto/tarve on loppunut kokonaan tai asukas siirtyy muualle
	<p>Ravitseminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - esim. asukkaan BMI:n pysyminen normaalina, ei painon laskua, asukas saa riittävästi ravintoa, asukkaan yöpaasto ei ylittäisi 11 tuntia 	<p>Ravitseminen</p> <p>Ruokailun seuranta tai muu sopiva alaluokka</p> <ul style="list-style-type: none"> - RAVITSEMUSUUNNITELMA: Kirjaa minkälainen ruoka, annettu apu ruokailussa ja juomisessa, syömisen apuvälineet (esim. erilaiset lusikat ja muki) juomien sakeuttamisaineet, lisäravinteet, omat eväät, välipalat, yöpaaston toteutuminen, painon kontrollointi, BMI:n seuranta, ravitsemuskartoituksen tekeminen (MNA), letkuruokinta 	

(Holland 2012)

Liite 4 Kirjaamisen minimivaatimukset



Vantaa

Vahvan jory 1.11.2011

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala

Vanhus ja vammaispalvelut

Kirjaamisen minimivaatimukset

- Kirjaa informatiivisesti, arvioivasti, kuvaavasti ja virheettömästi siten, että juridiset vaatimukset täyttyvät (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009)
- Vältä sanojen lyhenteitä/käytä virallisia lyhenteitä.
- Asiakkaalla/potilaalla on oikeus siihen, että hoitolinjaukset ja hoidon suunnittelu tehdään yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja omaisten kanssa.
- Kirjaa asiakas/potilaslähtöisesti ja voimavaralähtöisesti.
- Kirjaa asiakkaan/potilaan antamat suostumukset ja luvat sekä informoinnit järjestelmään.
- Kirjaa joka työvuorossa.

TULOTILANNE:

Uusi potilas/asiakas:

- tarkasta, että asiakas/potilas on lähetteessä mainittu henkilö
- tunnista asiakas/potilas aina henkilötunnuksella

Perustiedot/tulohaastattelu

- henkilötiedot ja yhteystiedot
- lähiomainen
- suostumuslomake potilastietojen katseluun, joka hoitajaksolta oma
- asumistiedot: asumisolosuhteet
- omaisuusluettelo (sairaalassa ja vanhainkodissa): kirjaa vain arvotavarat, älä luettelo vaatteita, informoi arvotavaroiden hallussa pidosta: asukas-/potilashuoneesta kadonnutta omaisuutta ei korvata. Omaisia voidaan pyytää viemään arvoesineet kotiin.
- ruokavalio
- allergiat
- tarkista riskitiedot - kirjaa hoidossa huomioitavat tiedot sairaskertomukseen
- hoitotahto

Hoitojakso

- huolehdi, että asiakas/potilas on hoitajaksolla ja maksuluokka on oikea.

Hoitojakson esitiedot

- taustatiedot, esim. hampaat, tupakointi, päihteiden käyttö, henkinen tila, toimintakyky ja voimavarat, ravitsemustila
- lääkeshoidon järjestelyt -välilehdelle (kotihoito) esim. lääkkeiden jakaminen, hankinta, säilytys (tiedot tulostuvat lääkelistatulosteelle)

Asiakkaalla/potilaalla on nimetty oma/vastuuhoitaja

Toimintakykymittaukset ovat asiakas-/potilaslähtöisen hoidon suunnittelun perusta

- RAI
 - hyödynnä Rai-arviota hoitotyön suunnitelman laatimisessa
- MMSE
- RAVA jne.



Vantaa

Vahvan jory 1.11.2011

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala

Vanhus ja vammaispalvelut

Hoitojakson hoitotyön suunnitelma

- aloita laatiminen, kun asiakas/potilas tulee hoitojaksolle
 - niistä tarpeista, jotka havaintojen ja tulohaastattelussa saatujen ja asiakkaan/potilaan mukana seuraavien tietojen perusteella käyvät ilmi
 - jatka laadintaa ja täydennä työvuorokohtaisesti
 - aseta myös arviointiajankohta tavoitteita laadittaessa
- arvioi/päivitä suunnitelmaa aktiivisesti eli aina, kun tarve/toiminto muuttuu tai vähintään 3 kuukauden välein
- vastuu ajantasaisuudesta on omalla hoitajalla, mutta jokainen korvaavana hoitajana toimiva on velvollinen arvioimaan ja korjaamaan hoitotyönsuunnitelmaa potilaan tarpeiden/toimintojen muuttuessa

Hoidon perustiedot

- mistä tullut ja miksi
- hoitojakson päätavoite
- asiakkaan/potilaan oma arvio hoidon tarpeesta
- hoitoon vaikuttavat perussairaudet
- toimintakyvyn kuvaus hoitojakson alussa kuvailevasti

Laadi hoitotyön suunnitelma hoitotyön prosessin mukaisesti

- hoidon tarve ja tavoitteet
- toteutus ja keinot
- väliarvio - jatkuva arviointi
 - arvioi tarve ja tavoitteet sekä toteutus/keinot, sekä laadi ne tarvittaessa uudelleen
 - näkyy päivittäisessä kirjaamisessa sekä hoitotyön suunnitelmassa silloin, kun tarve/toteutus muuttuu

Hoitotyön päivittäinen kirjaaminen

- tee päivittäinen kirjaaminen hoitotyön suunnitelman pohjalta
- merkitse mittaustulokset mittaus-välilehdelle
- kirjaa haavanhoidot haavanhoitolehdelle
- kirjaa toteutettu lääkehoito ja sen vaikuttavuus

Hoitojakson päättyminen

- kirjaa
 - loppuarvio hoitotyön suunnitelmaan
 - toimintakyky, annettu ohjaus, jatkohoito, tiedotus omaisille
 - omaisuuden luovuttaminen
 - päivittäisiin hoitomerkitöihin asiakkaan/potilaan lähtötilanne
- laadi hoitajan lähete asiakkaan/potilaan siirtyessä suunnitellusti hoitomuodosta toiseen
- täytä hoitajan lähete päivystykseen, kun lähetät asiakkaan/potilaan päivystykseen
- päättä hoitojakso (uloskirjaus)

Kotihoidossa ja palvelutalossa lisäksi:

- tuotekirjaus jokaisesta kotikäynnistä
- palvelusuunnitelma
 - tee alustava palvelusuunnitelma heti hoitojakson alussa
 - arvioi/tarkasta n. 2 viikon kuluttua
 - tarkista ja tallenna palvelusuunnitelma aina palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä tai kun asiakkaan palvelut muuttuvat

(Vahvan jory 2011)

Liite 5 Tutkimuslupa

VANTAAN KAUPUNKI
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 55 /2013 1 (3)

28.10.2013

Dno 0/2000/

Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhus- ja vammaispalvelut
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen**Tutkimuslupa/Vantaan palvelulupauksen toteutuminen hiljaisen
raportoinnin kirjauksessa/VD/4374/13.00.00/2013/Riitta Ütriainen**

Opinnäytetyö tehdään Laurean ammattikorkeakouluun, Hyvinkään toimipisteeseen.

Hoiva-asumisen palvelulupauksena on tarjota aktiivista hoiva-asumista vanhainkodeissaan. Tämä palvelulupaus on asiakaslähtöinen suunnitelma, jolla pyritään takaamaan asukkaiden virikkeellinen, toimintakykyä lisäävä ja osallistumisen mahdollistava arki. Lupaukseen kuuluvat liikkumis-, virike- ja ravitsemussuunnitelmat, jotka tulee olla jokaisen asukkaan hoitosuunnitelmassa.

Vantaan kaupungin vanhainkodit siirtyivät hiljaiseen raportointiin 1.9.2012. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata sitä, millaista kirjaaminen on vuoden kuluttua hiljaiseen raportointiin siirtymisen jälkeen. Tavoitteena on kuvata kirjaamisen tasoa asiakaslähtöisyyden ja palvelulupauksen kannalta. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa, miten kirjaamista voidaan parantaa. Opinnäytetyössä tutkitaan viikon ajalta 12—15 Vantaan kaupungin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan asukkaan hoitosuunnitelmaa ja päivittäisiä kirjaamisia. Niistä etsitään, mitä Vantaan kaupungin palvelulupauksessa mainittuja asioita on kirjattu, miten ne on kirjattu ja ovatko ne kirjattu hyvän kirjaamistavan mukaan.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka analysoidaan teoriaohjaavasti sisällönanalysillä. Yhteyshenkilönä toimiva osastonhoitaja tulostaa 12–15 asukkaan hoitosuunnitelman ja päivittäiset kirjat viikon ajalta loppuvuodesta 2013 ja poistaa niistä kaikki asukkaiden ja henkilökunnan yksilöintitiedot. Opinnäytetyön tekijä analysoi aineiston. Tutkitaan, että hoitosuunnitelmassa löytyy palvelulupauksessa mainitut suunnitelmat ja miten ne toteutuvat päivittäisissä kirjauksissa sekä onko kirjaaminen näiden osalta riittävää hiljaisessa raportoinnissa.

Yhteyshenkilönä sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan tulosalueella toimi osastonhoitaja Irmeli Österman. Hoiva-asumisen palvelujen palvelupäällikkö Minna Lahnalampi-Lahtinen puoltaa opinnäytetyön toteuttamista tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika on 5.3.2014.

Lisätietoja: Erityisasiantuntija Marja Uusitalo, p. 09 8392 1034

TUTKE esittää tutkimuksen hyväksymistä tulosaluejohtajalle. TUTKE katsoo, että tutkimussuunnitelma ja sen liiteasiakirjat noudattavat hyvää tutkimustapaa. Tutkija on sitoutunut siihen, ettei käytä saamiaan tietoja tutkittavan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus ja tietosuojasäännöksiä, eikä luovuta kerättyjä tietoja muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty. Tutkija on sitoutunut myös eettisiin periaatteisiin. TUTKE pitää tutkimussuunnitelmaa eettisesti hyväksyttävänä.

TUTKE pitää tutkimussuunnitelmaa hyväksyttävänä ja

1. antaa puoltavan lausunnon.
2. opinnäytetyö raportoidaan ilman asukkaiden ja hoitohenkilökunnan henkilö- ja yksilöintietoja

TUTKE edellyttää, että tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan Vantaan sosiaali- ja terveystoimen käyttöön sähköpostitse pdf-versiona tulosalueen erityisasiantuntijalle ja sihteerille. Lisäksi tut-



VANTAAN KAUPUNKI
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 55 /2013 2 (3)

28.10.2013

Dno 0/2000/

Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhus- ja vammaispalvelut
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen

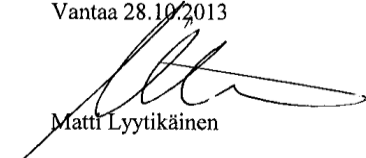
kimuksesta toimitetaan sähköinen versio tutkimusorganisaation yhteyshenkilölle ja tutkimuksen tulosten esittelystä sovitaan yhteyshenkilön kanssa tutkimuksen valmistuttua.

Esitystä koskeviin asiasisällöllisiin kysymyksiin vastaa tarvittaessa esittelijä.

Päätös

Myönnän Riitta Utriaiselle luvan tutkimuksen suorittamiseen yllä mainituin ehdoin. Tutkimuslupa hyväksytään liitteenä olevan lomakkeen mukaisin tiedoin.

Täytäntöönpano:
Riitta Utrainen
Minna Lahnalampi-Lahtinen
Irmeli Österman
sosiaali- ja terveyslautakunta

Päiväys Vantaa 28.10.2013
Allekirjoitus 
Nimen selvennys Matti Lyytikäinen
Virka-asema Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja

Oikaisuvaatimusosoitus

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimus tehdään sosiaali- ja terveyslautakunnalle ja toimitetaan Vantaan kaupungin kirjaamoon osoitteeseen Asematie 7, 01300 Vantaa tai sähköpostitse osoitteella: kirjaamo@vantaa.fi.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, 7 päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantodistukseen merkittynä aikana taikka kolmantena päivänä sähköisen viestin lähettämisestä.

Oikaisuvaatimukseen on liitettävä päätös. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on oikaisuvaatimuskentekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava osoite, minne oikaisuvaatimuksen johdosta annettava päätös lähetetään. Oikaisuvaatimukseen on liitettävä muutoksenhakijan tarpeelliseksi katsomat asiakirjat.

Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjistä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä.

Sähköinen viesti katsotaan saapuneeksi viranomaiselle silloin, kun se on viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä viraston aukioloaikana. Oikaisuvaatimus toimitetaan aina omalla vastuulla.



VANTAAN KAUPUNKI
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 55 /2013 3 (3)

28.10.2013

Dno 0/2000/

Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhus- ja vammaispalvelut
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen

Asianosainen saa esittää päätöksen tehneelle/esitellelle viranhaltijalle päätöksen muuttamista, jos hän katsoo, että päätöksessä on asia- tai kirjoitusvirhe - hallintolaki, 50 § ja 51 § (434/2003). Vain valmistelua, täytäntönnpanoa, virkaehtosopimuslain tai virkaehtosopimuksen soveltamista tai muuta erikseen laissa määriteltyä vastaavaa asiaa koskevin osin päätökseen ei saa tehdä oikaisuvaatimusta tai valitusta - kuntalaki 91 § (365/1995), kunnallinen virkaehtosopimuslaki, 26 § (691/1970). Päätöksen tehnyt/esitellyt viranhaltija antaa lisätietoja asiasta - hallintolaki, 44 § (434/2003).

Tämä päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä

Aika: Keskiviikkona 30.10.2013, klo 8.15 – 16.00

Paikka: Sosiaali- ja terveystoimisto, Peltolantie 2 D, 01300 Vantaa

Tiedoksianto asianosaiselle:

1. Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §)

Asianosainen:

Annettu postin kuljetettavaksi

Annettu tiedoksi sähköisenä viestinä

Tiedoksiantaja:

2. Luovutettu asianosaiselle

Paikka:

Aika:

Asianosainen:

Vastaanottajan allekirjoitus _____

Tiedoksiantajan allekirjoitus _____

Päätöspöytäkirjan oikeaksi todistaminen

Allekirjoitetun ja edeltäkin ilmoitettuna aikana nähtävänä olleen päätöspöytäkirjan oikeaksi todistaa:

Päiväys Vantaa

Allekirjoitus

Nimen selvennys Tiina Töyrylä

Virka-asema hallintosihteeri