

Anna-Riikka Lapinkangas

**HOITOTYÖN KIRJAAMINEN OULUNKAAREN SEUTUKUNNAN PERUSTER-
VEYDENHUOLLON YKSIKÖISSÄ**

HOITOTYÖN KIRJAAMINEN OULUNKAAREN SEUTUKUNNAN PERUSTER- VEYDENHUOLLON YKSIKÖISSÄ

Anna-Riikka Lapinkangas
Opinnäytetyö
Syksy 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun Ammattikorkeakoulu Oy, sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä: Anna-Riikka Lapinkangas

Opinnäytetyön nimi: Hoitotyön kirjaaminen Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköissä

Työn ohjaajat: Tuula Nissinen ja Nina Männistö

Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: syksy 2014

Sivumäärä: 74 + 5 liitettä

Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköissä otetaan käyttöön rakenteisen kirjaamisen malli vuoden 2014 aikana. Kirjaamisessa tapahtuvan muutoksen vuoksi yksiköiden työntekijöille järjestettiin täydennyskoulutusta hoitotyön kirjaamisesta syksyllä 2013.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön kirjaamisen nykykäytäntöjä Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköissä sekä rakenteisen hoitotyön suunnitelman laatimisen osaamista kirjaamiskoulutuksen aikana. Tavoitteena oli antaa työntekijöille palautetta hoitotyön prosessin ja FinCC:n mukaisen kirjaamisen osaamisesta.

Opinnäytetyö on laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistelmä. Opinnäytetyön aineistona oli työntekijöiden kirjaamiskoulutuksen aikana laatimat ennako- ja välitehtävät. Ennakkotehtävässä selvitettiin yksiköiden kirjaamiskäytäntöjä ja ne analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tuloksia tarkennettiin kvantifioinnin avulla. Välitehtävissä työntekijät harjoittelivat hoitotyön suunnitelman laatimista FinCC-luokituksen mukaisesti. Ne analysoitiin deduktiivisella aineistoanalyysillä käyttämällä valmista arviointikaavaketta.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että yksiköissä on hyvin erilaisia kirjaamiskäytäntöjä. Eroavaisuuksia ilmeni etenkin hoidon toteutuksen ja arvioinnin kirjaamisessa sekä väliarvioinnin tekemisessä. Hoitotyön prosessin mukaisessa kirjaamisessa oli kehitettävää, etenkin hoidon tavoitteiden ja arvioinnin suhteen. Rakenteisessa kirjaamisessa hoitotyön prosessin vaiheet kirjattiin hyvin niille varattuihin kohtiin. Kehitettävää oli tavoitteiden potilaslähtöisessä laatimisessa sekä hoidon tuloksen ja valittujen hoitokeinojen vaikuttavuuden arvioinnissa.

Yhteistyötahon työntekijät voivat hyödyntää opinnäytetyön tuloksia käyttöönotettavan rakenteisen kirjaamismallin apuna. Tulosten avulla työntekijöillä on mahdollisuus kehittää hoitotyön kirjaamistaan hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Tuloksia voidaan hyödyntää myös kirjaamiskäytänteiden yhtenäistämässä eri työyksiköiden välillä.

Asiasanat: hoitotyön suunnitelma, hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön prosessi, rakenteinen kirjaaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Anna-Riikka Lapinkangas
Title of thesis: Nursing Documentation in Oulunkaari Primary Health Care Unit
Supervisors: Lecturer Tuula Nissinen and Lecturer Nina Männistö
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2014
Number of pages: 74 + 5 appendix pages

The structured nursing documentation system will be introduced at the Oulunkaari primary health care unit during 2014. The medical staff was educated about the new nursing documentation system throughout autumn 2013.

The purpose of this study was to determine what kind of nursing documentation practices were being used in Oulunkaari primary health care units. Furthermore, the objective was to examine if the medical staff was able to prepare the structural nursing care plan. The medical staff learned about how to make a structural nursing care plan during this Continuing Education. The objective of the study was also to provide them with feedback about how to make a nursing documentation in accordance with a nursing process and the FinCC – classification.

The study was based on both a quantitative and a qualitative research methods. The empirical section consists of exercises that the medical staff prepared before and during their training. In the preliminary exercises it was reported what kind of the nursing documentation practices were used in the health care units. These exercises were analyzed by using inductive content analysis and the results were specified by quantification. The medical staff was trained to make a nursing care plan according to the FinCC-classification during the Continuing Education. The plans were analyzed by using a ready to use evaluation form. The analysis method was deductive.

The results revealed that there were very different practices of nursing documentation in health care units. The differences were especially indicated in the documentations of cares in implementations, evaluations and interval evaluations. There were some aspects in the documentation of the nursing process that still should be developed, especially regarding the care targets and evaluation. Instead the steps of the nursing process were recorded well in the appropriate sections in the structured documentation system. There were some points that required improvements in this units, especially the preparation of the patient-oriented objectives and the estimation of the effectiveness and the results of the care methods.

The employees in these units will be able to use the results of this thesis when they introduce the model of the structured documentation system. The employees have the possibility to develop a nursing documentation system according to the model of nursing process by means of the results of this thesis. In addition to this, results could be used in order that documentation practice becomes convergent among the different units.

KEYWORDS: nursing care plan, nursing documentation, nursing process, structural documentation

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO	7
2 HOITOTYÖN SUUNNITELMA	9
2.1 Hoitotyön kirjaaminen	9
2.2 Hoitotyön prosessi	11
2.2.1 Hoidon tarpeen määrittäminen	12
2.2.2 Hoidon suunnittelu	12
2.2.3 Hoidon toteutus	13
2.2.4 Hoidon arviointi	14
2.3 Rakenteinen kirjaaminen	15
2.4 Kirjaamiseen liittyvien tutkimusten tarkastelua	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	21
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
4.1 Tutkimusmetodologia ja metodi	23
4.2 Tutkimusaineisto	26
4.3 Aineiston analyysi	25
4.3.1 Aineiston 1 analysointiprosessi	26
4.3.2 Aineiston 2 analysointiprosessi	27
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
5.1 Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen perusterveydenhuollon yksiköissä	29
5.1.1 Tulohaastattelun toteutuminen ja kattavuus yksiköissä	29
5.1.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen yksiköissä	36
5.1.3 Hoidon toteutuksen kirjaaminen yksiköissä	36
5.1.4 Hoidon arvioinnin kirjaaminen yksiköissä	39
5.1.5 Väliarvioinnin toteutuminen yksiköissä	40
5.1.6 Hoitotyön yhteenvedon toteutuminen yksiköissä	41
5.1.7 Työntekijöiden ajatuksia kirjaamisesta	42
5.1.8 Yhteenvedon aineiston 1 keskeisistä tuloksista	47
5.2 Rakenteisen kirjaamisen toteutuminen FinCC-luokituksen mukaisesti	47
5.2.1 Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaaminen	48

5.2.2	Hoitotyön prosessin vaiheiden keskinäinen yhteys	49
5.2.3	Yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden toteutuminen hoitosuunnitelmissa	49
5.2.4	Hoidon tuloksen arviointi ja auttamismenetelmän vaikutuksen kirjaaminen	51
5.2.5	Yhteenveto aineiston 2 keskeisistä tuloksista	52
6	TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	52
6.1	Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköissä	52
6.2	Rakenteisen kirjaamisen toteutuminen hoitotyön prosessimallin ja FinCC-luokituksen mukaisesti	57
6.3	Yhteenveto ja johtopäätökset	59
7	POHDINTA	62
7.1	Aineistoon liittyvää pohdintaa	62
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	62
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus	63
7.4	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämishaasteet	65
7.5	Oman oppimisen pohdintaa	66
	LÄHTEET	69
	LIITTEET	75

1 JOHDANTO

Hoitotyön kirjaamisella potilastiedot jäsennetään kirjalliseen muotoon ja niistä muodostuu potilaan hoitosuunnitelma. Hoitotyön kirjaaminen perustuu lakeihin, asetuksiin, sääntöihin, ohjeisiin ja soveltuihin toimintatapoihin. (Sarmanto & Sonninen 2007, 15; Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2010, 51- 52.) Kirjaamisen jäsentämisen apuna käytetään hoitotyön prosessimenetelmää, jonka avulla potilaan hoito voidaan järjestää suunnitelmallisesti ja yksilöllisesti (Ensio 2007, 56).

Hoitotyön kirjaamisessa on lähivuosikymmeninä tapahtunut suuria muutoksia. Manuaalisesta kirjaamisesta on siirrytty sähköiseen kirjaamiseen ja kirjaamisessa on otettu käyttöön erilaisia potilastietojärjestelmiä. (Ensio & Saranto 2004, 13-14.) Lähivuosikymmenen aikana on erilaisten kansallisten projektien myötä kehitetty yhteinen rakenteinen kirjaamismalli. Uuden kirjaamismallin osaaminen vaatii hoitotyön ammattilaisilta monenlaisia taitoja; tietoteknisiä taitoja, tietojärjestelmien käytön osaamista, lainsäädännön tuntemista, hoitotyön päätöksentekotaitoa, hoitotyön prosessin vaiheiden osaamista, FinCC-luokituskokonaisuuden hallintaa sekä rakenteisen kirjaamisen mahdollisuuksien ja vaatimusten tuntemista. (THL 2012. Viitattu 4.2.2014.)

Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköissä on tavoitteena siirtyä rakenteiseen hoitotyön kirjaamiseen vuonna 2014 sähköisen kirjaamisalustan päivittämisen myötä. Hoitohenkilökunnalle järjestettiin kirjaamistavan muutokseen liittyvää täydennyskoulutusta syksyllä 2013. Koulutuksen tavoitteena oli kerrata hoitotyön prosessia ja prosessimallin mukaista hoitotyön kirjaamista sekä yhtenäistää eri terveydenhuollon yksiköiden kirjaamiskäytäntöjä. Koulutuksen aikana työntekijät harjoittelivat myös rakenteista kirjaamista FinCC -luokituksen avulla. Koulutukseen osallistui työntekijöitä kotihoidosta, vastaanotoilta sekä hoiva- tai vuodeosastoilta. Koulutuksen järjestäjänä oli Oulun seudun ammattikorkeakoulu ja kouluttajana toimi lehtori Tuula Nissinen.

Kirjaamiseen liittyvässä täydennyskoulutuksessa 4.9. - 13.11.2013 henkilökunnalle järjestettiin 2 lähiopetuspäivää ja 3 verkko-opetuskertaa. Ensimmäiseen lähiopetuspäivään liittyi ennakkotehtävä (liite 1), jossa kartoitettiin kirjaamisen nykytilannetta työyksiköissä. Verkko-opetukseen liittyi 3 välitehtävää (liite 2), joissa hoitohenkilökunta sai harjoitella hoitotyön rakenteista kirjaamista

FinCC -luokitusten ja vapaan tekstin avulla sekä hoitotyön yhteenvedon laatimista. Lähiopetuspäiviin osallistui n.30 - 40 tutor-työntekijää ja verkko-opintoihin n. 60 - 80 työntekijää eri työyksiköistä.

Opinnäytetyöni aiheen sain kirjaamiskoulutuksen kouluttajalta, lehtori Tuula Nissiseltä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyön kirjaamisen nykikäytäntöjä Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköissä sekä rakenteisen kirjaamisen osaamista kirjaamiskoulutuksen aikana. Analysointiaineistona opinnäytetyössä oli henkilökunnan laatimat kirjaamiskoulutuksen ennako- ja välitehtävät. Tutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli antaa kirjaamiskoulutukseen osallistuneiden yksiköiden työntekijöille palautetta hoitotyön prosessin ja FinCC:n mukaisen kirjaamisen osaamisesta ennako- ja välitehtävien perusteella. Palautteen avulla työntekijöillä on mahdollisuus kehittää hoitotyön kirjaamistaan hoitotyön prosessimallin mukaisesti ja hyödyntää sitä käyttöön otettavan rakenteisen kirjaamismallin apuna. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää myös hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä ja kirjaamiskäytänteiden yhtenäistämässä eri työyksiköiden välillä.

Tutkimusaineisto analysoitiin kahtena eri aineistona. Ensimmäinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysilla ja toinen deduktiivisella aineistoanalyysilla. Molempien aineistojen tuloksia tarkennettiin kvantifioinnin eli määrällisen laskemisen avulla.

2 HOITOTYÖN SUUNNITELMA

Hoitotyön suunnitelma on hoitotyön prosessimallin mukaisesti etenevä tavoitteellinen ja aikatauluun perustuva hoitotyön dokumentti. Se on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa. Hoitotyön suunnitelma perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 1992 2: 4a§; Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska, & Vihunen, 2010, 51- 52.)

Päivärinta ja Haverinen (2002) ovat laatineet oppaan ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta. Opas on tehty sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimenpideohjelmaa 2000–2003 koskevan ikääntyneiden asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskevan laatusuosituksen sekä Stakesin ja STM:n laatimien laatuoppaiden mukaisesti. Oppaassa on hyviä käytännön neuvoja hoitotyön prosessimallin mukaisesta hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta asiakkaaksi tulosta asiakkuuden päättymiseen. (Päivärinta & Haverinen 2002, viitattu 6.10.2014.)

Päivärinta ja Haverinen (2002, 13-47, viitattu 6.10.2014) korostavat oppaassaan etenkin asiakaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden merkitystä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Lisäksi ikäihmisten hoitoon suunnattuna siinä korostuu asiakkaan voimavarojen, elämänhistorian ja toiveiden huomioimista. Työntekijän näkökulmasta huolellisesti laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman etuja ovat mm. työntekijöiden yhteiset tavoitteet ja hoitolinjat, hoidon jatkuvuuden turvaaminen, päällekkäisen työn ehkäisy ja asiakasturvallisuus, väärinymmärrysten ehkäisy sekä työntekijän oikeusturvan toteutuminen. Työyhteisön ja eri palveluntuottajien kannalta hoito- ja palvelusuunnitelma palvelee tehokasta palvelujen kohdentamista ja tarkoituksenmukaisen tiedonsaannin toteutumista. Työnantajan tehtävä on huolehtia työntekijöiden riittävästä osaamisesta ja kartoittaa mahdolliset koulutustarpeet hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyen. Hoito- ja palvelusuunnitelma nähdään asiakkaan, työntekijän, työyhteisön ja erilaisten palveluntuottajien sekä kunnan yhteisenä työvälineenä laadukkaiden palvelujen tuottamisessa, arvioimisessa ja kehittämisessä.

2.1 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan potilastietojen jäsentämistä kirjalliseen muotoon (Saranto & Sonninen 2007, 15). Kirjatusta tiedosta tulisi selvittää koko potilaan hoitoprosessi hoitosuhteen al-

kamisesta sen päättymiseen. Kirjatusta tiedosta rakentuu potilaan hoitosuunnitelma. (Anttila ym. 2010, 51- 52.)

Hoitotyön kirjaaminen on yksi hoitotyön toiminnoista. Kirjaaminen ei ole itsetarkoitus, vaan se on väline potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn saavuttamiselle. Kirjaamisen avulla potilaasta saadaan tietoa ja tarkoituksenmukaisesti tehtynä se vähentää suullisen raportoinnin tarvetta ja helpottaa hoitotyön päätöksentekoa. (Ahonen, Karjalainen-Jurvelin, Ora-Hyytiäinen, Rajalahti & Saranto 2007, 183; Anttila ym. 2010, 58.) Kirjaamisella varmistetaan hoidon jatkuvuus ja riittävän tiedonvaihdon toteutuminen. Se on merkittävää myös terveydenhuollon ammattilaisen oikeusturvan varmistamisen sekä potilaan oikeuksien toteutumisen kannalta. (THL 2012, 15. Viitattu 4.2.2014.)

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat lait, asetukset ja valtakunnalliset ohjeet sekä terveydenhuollon henkilöstön eettiset velvoitteet. Kirjaamisen jäsentämisen apuna ovat hoitotyön prosessimenetelmä sekä hoitohenkilökunnan käyttämät hoitotyön päätöksentekoprosessit, jotka perustuvat rationaalis-analyttisiin tai intuitiivisiin päätöksentekomalleihin ja niiden yhdistelmiin. Rationaalis-analyttinen tieto perustuu olemassa olevaan potilaskertomukseen. Intuitiivinen tieto perustuu potilaan itsensä kertomaan tietoon, josta hoitaja tekee johtopäätöksiä. (Hallila & Graeffe 2005, 16-29.)

Uudessa Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen oppaassa on kerrottu yksityiskohtaisesti potilasasiakirjoihin merkittävistä tiedoista. Niitä ovat potilaan perustiedot, hoidonantajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot, tulosyy, hoidon syy ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, preventio, lausunnot, apuvälineet, toimintakyky ja kuntoutus, yhteenvetotiedot sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Lisäksi potilasasiakirjoihin tulee merkitä tiedot potilaskirjojen luovutuksesta sekä potilaan tahdonilmaukset. (THL 2014a, 36 – 81. Viitattu 6.10.2014.)

Potilaan perustiedot jaetaan yksilöintitietoihin ja yhteystietoihin. Yksilöintitietoja ovat potilaan nimi, sukupuoli, syntymäaika ja henkilötunnus. Yhteystietoja ovat potilaan osoite, kotikunta, puhelinnumero ja sähköposti, ammatti, äidinkieli ja yhteyshenkilö. Lisäksi yhteystietoihin merkitään mahdollinen turvakielto, tulkin tarve ja vakuutusyhtiö. Väestötietojärjestelmästä voidaan saada selville osa potilaan yhteystiedoista, mutta ne on hyvä päivittää tulotilanteen yhteydessä. (THL 2014a, 36-38. Viitattu 6.10.2014.)

2.2 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön suunnitelma on apuväline hoidon ennakoinnissa, perustelemisessa, hallitsemisessa ja hoidollisen tilanteen arvioinnissa. Hoitotyön prosessi on suunnitelmallisen, tietoisien ja harkitun hoitotyön väline, jossa voidaan tunnistaa eri vaiheita. Yleisin jaottelu on prosessin jakaminen neljään vaiheeseen; Hoidon tarpeen määrittäminen, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteutus ja arviointi. (Moisander, Cederlund, Costiander, Eriksson, Hirvonen, Laakso, Lehti, Piirainen, Saarnivaara & Salovaara 1992, 8-9.)

Yura & Walsh (1988) pitää hoitotyön prosessia hoitotyön ytimenä ja kaikkien hoitotoimien perustana. Prosessi toimii sovellettuna missä tahansa ympäristössä, koska se on joustava, muuntautumiskykyinen sekä hyvin jäsentynyt työväline. Se soveltuu käytettäväksi terveeseen, äkillisesti sairastuneeseen ja pitkäaikaissairaahan ihmisen lisäksi myös perheen ja yhteisön auttamistyöhön. Hoitotyön prosessi on tarkoin määritelty toimintojen sarja, joilla pyritään toteuttamaan hoitotyön tarkoitus eli terveyden ylläpitämisen säilyttäminen tai terveyden palauttaminen. (Yura & Walsh 1988, 17, 98, 169, 171.)

Hoitotyön prosessi on tavoitteellinen ja suunnitelmallinen prosessi. Hoitotyön prosessin vaiheiden nimeäminen on tärkeää, jotta hoitotyön toiminta olisi huolellista, tietoista ja harkittua. Jokainen prosessin vaihe analysoidaan eri tieteen alojen teorioiden viitekehyksen pohjalta asiakkaan tarpeiden mukaiseksi. Hoitotyön prosessia voidaan kuvata kehämäisenä prosessina, jossa vallitsee jatkuva liike. Prosessin vaiheet seuraavat toisiaan johdonmukaisesti, mutta ne saattavat esiintyä myös päällekkäin. (Yura & Walsh 1988, 40, 170.)

Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen tarkoittaa potilastietojen kirjaamista systemaattisesti hoitotyön prosessimallin vaiheiden mukaisesti. Hoitotyön prosessia ja sen vaiheita on Suomessa käytetty hoitotyön kirjaamisen mallina jo 1980-luvulta lähtien. Ennen sähköisen kirjaamisen käyttöönottoa kirjaaminen on tehty paperilomakkeisiin hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti, jolloin potilaan tilannetta on kuvailtu pääasiassa narratiivisesti eli vapaalla tekstillä. Sähköisiä potilasasiakirjoja käytettäessä kirjaamisen systemaattisuus ja järjestelmällisyys korostuvat. (Saranto & Sonninen 2007, 12-14.)

2.2.1 Hoidon tarpeen määrittäminen

Potilaan hoitosuhde alkaa tulohaastattelulla tai tulotilanteen kartoituksella. Potilaan esitietoja kootaan hoidon taustatiedoiksi. Potilaalle tehdään hoidon tarpeen määrittäminen eli potilaasta kerätään tarpeellisia tietoja. Tavoitteena on mahdollisimman kattava kuvaus potilaan terveydentilasta, sairauksista, ongelmista ja voimavaroista. (Moisander 1992, 9, 11; Ensio & Saranto 2004, 39; Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 47.)

Hoidon tarpeita kartoitetaan potilasta haastattelemalla, havainnoimalla ja erilaisilla mittauksilla. Myös aikaisempia potilasasiakirjoja tai omaisilta saatua tietoa voidaan käyttää apuna. Potilastietojen keruuta varten on kehitelty erilaisia lomakkeita, jotka ovat nykyisin sähköisellä kirjaamisalustalla. Tietoja tulisi kerätä riittävästi ja asianmukaisesti potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. Potilaasta tulisi kerätä vain hoidon kannalta välttämättömiä tietoja. Hoidon tarpeen arviointiin osallistuu potilaan tarpeiden mukaan asiantuntijoita eri ammattiryhmistä. Saatujen tietojen perusteella hoitaja yhdessä potilaan kanssa määrittelee hoidon tarpeet, jotka asetetaan tärkeysjärjestykseen. Tarpeita päivitetään koko hoitoprosessin ajan. (Hallila 2005, 61; Rautava-Nurmi ym. 2012, 47.)

Tietojen keräämisen taustalta voidaan löytää erilaisia tarveorioita, jotka tietojen kerääjän täytyy hallita. Yuran & Walshin (1988) mukaan hoitajalla täytyy tarveorioiden lisäksi olla tietoa anatomiasta, fysiologiasta, käyttäytymisestä, tärkeimmistä kuolleisuuden ja sairastavuuden syistä, ihmisen ja hänen persoonallisuutensa kasvusta ja kehityksestä, patofysiologiasta ja psykopatologiasta sekä tuntemusta eri kulttuureista ja uskonnoista ja niihin liittyvistä tavoista uskomuksista ja käyttäytymisestä.

2.2.2 Hoidon suunnittelu

Hoitotyön suunnitteluvaiheessa laaditaan hoidon tavoitteet yhdessä potilaan kanssa. Potilaan kokemiin ongelmiin ja vaivoihin eri hoidon tarpeisiin pyritään etsimään ratkaisua suunnitelmallisesti hoitotyön toimintojen avulla ja laatimaan keinoja potilaan parhaan mahdollisen terveydentilan saavuttamiseksi. Täsmällisesti luodut tavoitteet ja hoitotyön toimintojen konkreettisuus helpottavat prosessin arviointia. (Moisander 1992, 9.)

Hoidon tavoitteiden tulee olla potilaskeskeisiä ja ne ilmaistaan potilaan toimintaa kuvaavalla verbillä, esim. ”potilas ymmärtää.” Ne eivät kuvaa hoitajan toimintaa tai toimenpiteitä, vaan ne kuvaavat potilaan tilassa odotettavissa olevia muutoksia. Tavoitteiden tulee olla aikaan sidottuja, saavutettavissa olevia ja kirjattuja. Potilaalle voidaan laatia päätavoite ja sen saavuttamiseksi myös välitavoitteita, joita voi olla yksi tai useampia. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, jotta niitä voidaan arvioida. Tärkeää on, että tavoitteet ovat realistisia ja yksilöllisiä suhteessa potilaan voimavaroihin, elämäntilanteeseen ja persoonallisuuteen. Tavoitteet eivät saa perustua toiveisiin. Pienenmät ja konkreettiset välitavoitteet auttavat potilasta hahmottamaan paremmin toipumisensa edistymistä ja motivoitumaan omaan hoitoonsa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, & Uski-Tallqvist 2013, 52-53; Rautava-Nurmi ym. 2002, 48.)

Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi valitaan sopivat hoitotyön auttamismenetelmät eli suunnitelmaan, millä keinoilla potilaalle asetetut tavoitteet saavutetaan. Suunnittelun lähtökohtana ovat potilaan tarpeet ja toiveet. Auttamismenetelmät tulisi valita tarkoituksenmukaisella tavalla niin, että ne edesauttavat tavoitteiden saavuttamista. Suunnitellut hoitotyön auttamismenetelmät valitaan potilaan terveydentilan, toimintakyvyn, arvojen, elämäntilanteen ja elinympäristön mukaan. Valinnat tehdään yhdessä potilaan kanssa hoitotyön periaatteita noudattaen ja potilaan itsehoitovalmiuksien mukaan. (Rautava-Nurmi ym. 2002, 49.) Keskeisiä hoitotyön auttamiskeinoja ovat mm. potilaan tilan ja oireiden seuranta ja tarkkailu, avustaminen ja tukeminen, auttaminen (puolesta tekeminen), hoitaminen, toteuttaminen, suorittaminen, erilaisten asioiden ja välineiden järjestäminen ja niistä huolehtiminen sekä ohjaaminen (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 14-15, viitattu 30.1.2014).

2.2.3 Hoidon toteutus

Hoitotyön toteutus on konkreettista hoitotyötä potilaalle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Toteutusvaiheessa pyritään tekemään niitä asioita, jotka hoidon suunnitteluvaiheessa on esitetty keinoiksi potilaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoidon toteutusvaiheeseen liittyy hoitotyön toiminnan lisäksi jatkuvaa tarpeiden määrittelyä, työn suunnittelua ja toiminnan arviointia. (Moisan-der 1992, 10.)

Hoidon toteutusvaihe kirjataan hoitosuunnitelmaan menneessä aikamuodossa. Kirjaaminen on potilaslähtöistä, arvioivaa ja tarkkaa. Toteutusvaiheen kirjaaminen suoritetaan hoitajan tekemisenä, mutta se pitää toteutua yksilöllisesti potilaalle tehdyn suunnitelman mukaisesti. Kirjaamiseen

on tärkeää liittää myös potilaan omaa näkemystä hoidon toteutumisesta, jotta voidaan arvioida, onko suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamisen kannalta järkeviä. (Rautava-Nurmi ym. 2002, 49.)

Hoidon toteutuksen kirjaamisessa tulisi näkyä potilaan kokemus ja näkemys omasta hoidostaan. Kun hoidon toteutumista arvioidaan yhdessä potilaan kanssa, puhutaan reflektiivisestä kirjaamis-tavasta. Reflektiivisen kirjaamisen avulla voidaan turvata potilaan oikeus siihen, että hoito ja kir-jaaminen perustuvat hänen yksilölliseen tilanteeseensa. (Kärkkäinen 2007, 92-94.)

Hoitotyön toteutus- kohtaan kirjataan hoitajan suorittamien toimenpiteiden lisäksi potilaan vointi yksityiskohtaisesti. Vointia kuvataan suhteessa hoidon tarpeisiin ja tavoitteisiin. Jos potilaalla on ollut ongelmia erityisesti liikkumisessa, voinnin kuvauksessa kiinnitetään huomiota nimenomaan potilaan liikkumiseen. Hoitotyön toteutukseen kirjataan myös niitä hoitotyön toimintoja, joita ei ole ennalta suunniteltu. (Ahonen ym. 2013, 55-57.)

2.2.4 Hoidon arviointi

Hoitotyön arviointi on hoitotyön prosessin viimeinen vaihe. Sen suorittaa sairaanhoitaja yhdessä potilaan kanssa. Tässä viimeisessä vaiheessa arvioidaan hoitotyön suunnitelmaa ja sen toteutu-mista, miten tavoitteet on saavutettu ja mitä muutoksia toiminta on potilaassa aiheuttanut. Tärke-ää on potilaan oma näkemys siitä, miten hänen tarpeisiinsa on vastattu eli onko hänen ongel-mansa poistunut tai lievittynyt. Arviointi on uuden tarpeenmäärityksen alku ja tarvittaessa poti-laalle laaditaan hänen tarpeidensa pohjalta uusia tavoitteita ja suunnitellaan hoitotyön toiminnot. Arviointi on tärkeä osa hoitotyön prosessia, sillä arvioitaessa potilaan tilannetta hoitaja osoittaa toiminnassaan vastuuta ja kiinnostusta potilaasta sekä pyrkimystä toimia tehokkaasti potilaan ongelmien ratkaisemiseksi. (Moisander 1992, 10; Rautava-Nurmi ym. 2002, 49.)

Hoidon arviointia tehdään nopeasti vaihtuvissa tilanteissa lyhyin väliajoin, mutta pitkäaikaispoti-laan kohdalla hoidon arviointia voidaan tehdä harvemmin (Iivanainen & Syväoja 2012, 18). Poti-laan voinnin havainnointi on tärkeää, sillä voinnin muuttuessa potilaan tarpeet tulisi määrittää uu-destaan. Hoidon arvioinnin kirjaaminen on tärkeää, jotta hoidon vaikuttavuus voitaisiin arvioida. (Ahonen ym. 2013, 56.)

Hoitotyön väliarvio tarkoittaa hoito- ja palvelusuunnitelman seurantayhteenvetoa, joka tehdään asiakkaille vähintään 3 kk:n välein. Väliarviointiin kirjataan oleelliset tiedot potilaan voinnista, hoidossa ja kuntoutumisessa tapahtunut kehitys, merkittävät tutkimustulokset ja johtopäätökset sekä hoitosuunnitelma. (THL 2014a, 71-72, viitattu 6.10.2014.)

Hoitotyön yhteenveto tehdään potilaalle, kun potilaan hoitajakso päättyy tai vastuu siirtyy toiselle hoitoyksikölle. Sen tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus potilaan hoidon siirtyessä toiseen yksikköön. Yhteenvetoon kirjataan lyhyesti ja ytimekkäästi potilaan hoitajakson aikana tapahtuneet voinnin muutokset ja hoidon vaikutukset. Kirjaus tulee tapahtua selkeästi ja siitä tulee ilmetä keskeisimmät potilaan hoitoon vaikuttavat asiat. Hoitotyön yhteenveto tehdään hoitotyön keskeisten tietojen pohjalta. Yhteenvedossa tulee ilmetä, mitkä ovat olleet hoidon tarpeet ja keskeisimmät tavoitteet, millä hoitotyön keinoilla eli toiminnoilla niihin vaikutettiin ja mitkä olivat hoidon tulokset. Lisäksi kirjataan potilaan hoitoisuus ja se, mikä potilaan tilanne oli lähtötilanteessa. Yhteenveto laaditaan jatkuvan kertomuksen muotoon. Lisäksi yhteenvetoon kannattaa kirjata jatkohoitosuunnitelmaa ja tieto potilaan saamista lääkkeistä hoitopäivänä. (Ahonen ym. 2013, 56-57; THL 2014a, 71-74, viitattu 6.10.2014.)

Hoitotyön yhteenveto tai loppuarviointi tehdään, vaikka hoitosuhde päättyisi asiakkaan kuolemaan. Hyvä loppuarviointi voi parhaillaan asiakassuhteen päättymisen lisäksi vapauttaa työntekijän riittämättömyyden ja riippuvuuden kokemuksista, jotka pitkäaikaissairaana hoitotyössä ovat mahdollisia. (Päivärinta & Haverinen 2002, 47, viitattu 6.10.2014.)

2.3 Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen Suomessa on ollut osana Kansallista terveystietohanketta. Vuosien 2005 - 2007 aikana toimineen Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen eli HoiDok – hankkeen tavoitteena on ollut yhtenäistää rakenteisen hoitotyön kirjaamisen perusmalli valtakunnallisesti perustuen hoitotyön prosessin mukaisiin hoitotyön keskeisiin käsitteisiin. HoiDok -hankkeen ja sitä seuranneen HoiData -hankkeen lopputuloksena on kehitetty kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaamismalli. (Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 5.9.2008, 5, viitattu 10.11.2014; Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä 30.11.2009, 4, viitattu 10.11.2014.)

Kansallisesti yhtenäisen rakenteisen kirjaamisen perustana ovat hoitotyön keskeiset käsitteet, hoitotyön prosessi ja Suomalainen hoidon luokituskokonaisuus eli FinCC (Finnish Care Classification). Keskeisiä käsitteitä ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (Liljamo ym. 2012, 55, viitattu 8.11.2013.) FinCC:n perustana on Yhdysvaltalaisen Virginia Saban kehittämä hoitotyön kirjaamismalli. FinCC koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoidon toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). SHTaL ja SHToL on kehitetty yhdysvaltalaisesta HHC (Home Health Care) – luokituksesta eli nykyisestä CCC:stä (Clinical Care Classification), jotka ovat ANA:n (American Nurses Association) hyväksymiä hoitotyön luokituksia. (Iivanainen 2012, 15; Saba 2012, viitattu 7.11.2013.)

Suomalaisen hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja toimintoluokitukset (SHToL) koostuvat 17 samalaisesta hoitotyön sisältöalueesta eli komponentista. Komponentit kuvaavat luokituksen abstrakteinta tasoa. Jokainen komponentti on jaettu konkreettisempiin pää- ja alaluokkiin sekä vapaan tekstin kenttään. FinCC -luokitusten komponentteja ovat aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, hoidon ja jatkohoidon koordinointi, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykinen tasapaino, aisti- ja neurologiset toiminnot, kudoseheys sekä elämänkaari. Hoitaja valitsee jokaisen komponentin alta potilaan hoidon tarvetta kuvaavan pääluokan ja / tai alaluokan sekä täydentää tarvittaessa tarpeen määrittystä vapaalla tekstillä. Tietyissä potilastietojärjestelmissä valittu komponentti siirtyy järjestelmästä suoraan kirjaamisalustalle. Jokaiselle tarpeelle laaditaan yksilölliset hoidon tavoitteet, jotka laitetaan tärkeysjärjestykseen. Hoitotyön suunnitellut toiminnot ja hoitotyön toteutus kirjataan samojen komponenttien mukaisesti käyttäen pää- tai alaluokkia sekä tarvittaessa vapaata tekstiä. Hoitotyön tuloluokituksen eli SHTuL:n avulla arvioidaan potilaan vointia ja hoidon vaikuttavuutta käyttämällä potilaan voinnista termejä ennallaan (en), huonontunut (huo) tai parantunut (pa). Esimerkki komponenttien ja luokkien käytöstä liitteessä (liite 3.). (Liljamo ym. 2012, 21-22, viitattu 23.1.2014; Rautava-Nurmi ym. 2012, 45-49; Nissinen 2014, viitattu 21.9.2014.)

2.4 Kirjaamiseen liittyvien tutkimusten tarkastelua

Hoitotyön kirjaamisesta on paljon tutkimustietoa. Useat hoitotyön kirjaamiseen liittyvät tutkimukset liittyvät siinä tapahtuneisiin muutoksiin (esim. Virolainen 2006, Ikonen 2007). Kirjaamista on tutkittu myös osana hoidon laatua (esim. Voutilainen 2004). Rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä pitkän

aikavälin tutkimuksia on tehty melko vähän. Rakenteiseen kirjaamiseen liittyvät tutkimukset on tehty lähinnä sen käyttöönottoon liittyvissä pilotointiyksiköissä (esim. Härkönen 2008 ja Anttila 2010). Kirjaamiseen liittyviä tutkimuksia on esitelty liitteessä (liite 4).

Rakenteiseen kirjaamiseen liittyvistä tutkimuksista tulee ilmi kirjaamisen rakenteisuuden sekä positiiviset että negatiiviset vaikutukset hoitotyön kirjaamiseen. Kinnusen (2013, 65-66) ja Välimäen (2011, 31-33) mukaan rakenteisen kirjaamisen myötä kirjaaminen on laadullisesti parantunut ja se on muuttunut täsmällisemmäksi ja asiallisemmaksi. Anttilan (2010, 8-12) mukaan kirjaaminen on muuttunut potilaslähtöisemmäksi ja hoitajan suoritusten kirjaaminen on vähentynyt. Hoitotyön prosessi selkeyttää kirjaamista, mutta sitä ei osata käyttää systemaattisesti (Laine 2008, 21-37). Toisaalta rakenteisuuden myötä hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen on lisääntynyt ja parantunut. Muun muassa hoidon tavoitteiden ja toimintojen kirjaaminen on parempaa. (Kinnunen 2013, 65-66, viitattu 7.11.2014; Härkönen 2008, 16-19, viitattu 7.11.2014.)

Tutkimuksissa on todettu myös paljon rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä ongelmia. Useassa tutkimuksessa (esim. Kinnunen 2013, 65-66; Laine 2008, 25-27) on tullut esiin, että kirjaaminen vie paljon aikaa ja aika on pois suorasta potilastyöstä. Välimäen (2011, 31-33) mukaan rakenteisen kirjaamisen myötä kuvailevan kirjaamisen osuus on vähentynyt ja kirjaaminen on muuttunut ongelmalähtöisemmäksi.

Kirjaamisen teknisessä toteuttamisessa on koettu ongelmia mm. luokitusten käytössä ja kirjaimistapojen kirjavuudessa (Laine 2008, 21-37). Ongelmaksi on osoittautunut myös heikko hoitotyön prosessin tunteminen (Välimäki 2011, 31-36, viitattu 7.11.2014). Laineen (2008, 36-37) ja Anttilan (2010, 8-12) mukaan etenkin hoidon tarpeiden kirjaamisessa on puutteita. Hoitotyön prosessin vaiheita kirjataan väärin paikkoihin, useimmiten hoidon toteutuksen alle. Ongelmia on todettu myös hoidon tavoitteiden ja tuloksen kirjaamisessa. Lisäksi rakenteisen kirjaamistavan myötä hoidon arvioinnin tekeminen on ollut vähäistä ja se on hoitohenkilökunnan mielestä koettu vaikeaksi. (Laine 2008, 21-37; Anttila 2010, 8-12, viitattu 7.11.2014; Kinnunen 2013, 65-66, viitattu 7.11.2014.)

Sähköisen kirjaamisen tuomia muutoksia ovat tutkineet mm. Ikonen (2007) ja Virolainen (2006). Kirjaamiseen liittyvä koulutus koetaan tärkeäksi sähköisen kirjaamisen käyttöönotossa. Ikonen (2007) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta koki tärkeänä saada koulutusta sekä potilaskertomuksen käytössä että hoitotyön kirjaamisen sisällöstä. Ikonen tutkimukseen osallistuneet kokivat

koulutuksen tarvetta kaikissa hoitotyön prosessin vaiheissa. Vaikeimmaksi asiaksi vastaajat kokivat hoidon tarpeen määrittämisen ja toiseksi vaikeimmaksi asiaksi hoidon arvioinnin kirjaamisen. Hoitotyön toimintojen kirjaamisen henkilökunta koki helpoimmaksi asiaksi. Koulutuksen tarvetta koettiin myös hoitotyön diagnoosin käsitteen tuntemisessa, hoitotyön lähetteen/palautteen, hoitotyön yhteenvedon sekä hoitotyön toimintojen ja tulosten kirjaamisessa. (Ikonen 2007, 45-58.)

Virolaisen (2006) mukaan hoitohenkilökunta suhtautui sähköisen kirjaamismallin käyttöön ottoon positiivisesti. Koulutuksen lisäksi hoitohenkilökunta pitää kirjaamistavan muutoksen aikana tärkeänä työyhteisössä esiintyvää kollegiaalisuutta (Virolainen 2006, 58-62). Volotinen (2008, 29-44) pitää vertaisarviointia hyvänä keinona kirjaamisen kehittämisessä ja sillä on hänen tutkimuksessaan ollut positiivista vaikutusta hoidon laatuun, mm. potilaslähtöisyyteen sekä hoidon arviointiin.

Sekä Ikosen (2007) että Virolaisen (2006) tutkimuksista tuli ilmi, että hoitohenkilökunta pitää sähköisen kirjaamisen suurimpana esteenä kiirettä ja ajankäyttöön liittyviä asioita. Ikosen (2007, 41-42) mukaan esteinä kirjaamiselle työntekijät pitävät puutteellisia taitoja tietotekniikassa sekä tietojärjestelmän käyttöön liittyvää epävarmuutta. Virolaisen (2006, 58-61) mukaan hoitohenkilökunta koki sähköisessä kirjaamisessa tärkeänä rauhalliset kirjaamistilat sekä riittävän tietoteknisten laitteiden määrän ja toimivuuden.

Virolaisen (2006, 64-70) tutkimuksen mukaan hoitotyön sähköinen kirjaaminen vaikuttaa kirjaamisen sisältöön. Se selventää kirjaamista ja vähentää itsestäänselvyksien kirjaamista. Sen todettiin myös yhtenäistävän kirjaamistapoja. Sähköinen kirjaaminen turvaa myös sen, että kaikista hoidetuista potilaista kirjataan. Eniten vastaajat kirjasivat havaintoja potilaasta, hoitotyön ongelmia ja loppuarviointeja. Myös hoidon vaikutuksia ja arviointia koettiin kirjattavan paljon. Tutkimuksen mukaan hoidon kokonaistavoitteita kirjataan huomattavasti enemmän kuin välitavoitteita. Lisäksi tutkimuksesta selvisi, että valmiiden fraasien käytön myötä potilaan äänen kuuluminen eli kuvaileva kirjaaminen on vähentynyt.

Hoitotyön kirjaamisen tutkiminen on usein ollut osana hoidon laatuun liittyviä tutkimuksia. Esimerkiksi ikäihmisten hoidon laatuun liittyviä laajoja tutkimuksia on tehty mm. Helsingissä ja Turussa (esim. Lehti, Lauri & Heinonen 1996; Isola, Voutilainen, Rautsiala, Muurinen, Backman & Paasi-vaara 2001; Vaarama, Luoma, Hertto, Mikkilä, Muurinen & Manninen 2006; Muurinen & Soini 2009). Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitos (THL) seuraa uuden vuonna 2013 voimaan tulleen van-

huspalvelulain toteutumista. Seurannassa selvitetään mm. hoito- ja palvelusuunnitelmien toteutumista avo- ja laitoshoidossa olevien ikäihmisten kohdalla. (THL 2014b, viitattu 20.10.2014.)

Useissa hoitotyön laatuun liittyvissä tutkimuksissa on tutkittu mm. kirjaamisen sisältöä ja hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista (mm. Isola ym. 2001; Voutilainen 2004). Tutkimukset osoittavat hoitotyön kirjaamisessa olevan paljon kehitettävää (liite 4).

Hoitotyön suunnitelma ei tutkimusten mukaan aina toteudu lakien, asetusten ja hyvin kirjaamiskäytäntöjen mukaan. Isolan ym. (2001, 52-64) tutkimuksen mukaan hoitotyön suunnitelmista puuttuu tärkeitä tietoja eikä hoitotyön suunnitelman merkitystä aina ymmärretä. Lain mukaan hoitotyön suunnitelma tulisi laatia yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 1992 2: 4a§). Tämä ei tutkimusten mukaan aina toteudu. Tutkimustiedon mukaan hoitohenkilöstö kokee vaikeaksi asiaksi hoidon suunnittelun yhdessä potilaan kanssa (Leino 2004, 40). Hoitosuunnitelman laatimisessa asiakaslähtöisesti on todettu puutteita. Esimerkiksi Lehden ym. (1996, 11) tutkimuksen mukaan potilaan näkemystä omasta tilanteestaan kirjataan harvoin. Vaaraman ym. (2006, 60) tekemän tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelmiin kirjattiin vain vähän tietoa asiakkaan mieltymyksistä ja elämäntyylistä.

Hoitotyön prosessin kaikkien vaiheiden kirjaamisessa on tutkimusten mukaan puutteita. Hoidon tarpeita kirjataan Lehden ym. (1996, 14-16) mukaan määrällisesti eniten. Isolan ym. (2004, 55-56) tutkimuksesta ilmeni, että potilaille kirjattiin hyvin epätasomaisia tarpeita ja niistä puuttui yksilöllisyys. Lisäksi useissa tutkimuksissa (esim. Voutilainen 2004, 71-72; Vaarama ym. 2006, 57-59; Tuomikoski 2008, 54-56) on tullut esiin, että hoidon tarpeita kirjataan hyvin fyysisen terveydentilan osalta, mutta psykososiaalisten tarpeiden sekä ohjauksen ja tuen tarpeiden kirjaaminen on huomattavasti vähäisempää.

Useista tutkimuksista ilmenee että hoidon tavoitteiden kirjaamisessa on kehitettävää. Tavoitteita ei joko kirjata lainkaan tai suunnitelmiin kirjataan hyvin yleisluontoisia tavoitteita, jotka voisivat sopia kenelle tahansa (Lehti ym. 1996, 15-17; Isola ym. 2004, 55-56; Vaarama ym. 2006, 60; Muurinen & Soini 2009, 14-15). Lisäksi tavoitteet ja keinot sekoitetaan helposti keskenään (Isola ym. 2001, 52-64.) Tavoitteiden puuttuminen aiheuttaa sen, etteivät hoitosuunnitelmat ole tavoitteellisia (Vaarama ym. 2006, 87-88). Leinin (2004, 60) tutkimuksessa tuli ilmi, että potilaan omat tavoitteet jäävät usein kirjaamatta.

Hoitotyön keinojen eli auttamismenetelmien kirjaamisen ongelmina on ilmennyt, että niitä kirjaetaan hyvin yleisellä tasolla ja niistä puuttuu yksilöllisyys (Isola ym. 2004, 55-56). Voutilaisen (2004, 71-72) mukaan hoidon suunnitelmallisuus kärsii, jos hoidon tavoitteet ja keinot eivät ole riittävän konkreettisia. Lehden ym. (1996, 16-17) tutkimuksessa hoitotyön toimintoja kirjattiin määrällisesti eniten, mutta vain 18%:ssa suunnitelmista ne oli laadittu suhteessa potilaan tavoitteisiin.

Päivittäiseen kirjaamiseen sisältyy hoidon toteutuksen kirjaaminen (Rautava-Nurmi ym. 2002, 49). Päivittäisessä kirjaamisessa on tutkimusten mukaan paljon yksikkökohtaisia eroja. Voutilaisen (2004, 71-72) tutkimuksessa päivittäistä kirjaamista tehtiin säännöllisesti, kun taas Isolan ym. (2001, 62-64) tutkimuksessa ilmeni että joidenkin potilaiden kohdalla päivittäistä kirjaamista tehdään vain satunnaisesti, esimerkiksi pesupäivänä. Hoitotyön toteutusta kirjataan hoitotyön prosessin osa-alueista määrällisesti eniten (Lehti ym. 1996, 17-20; Muurinen & Soini 2009, 16-17). Useissa tutkimuksissa on ilmennyt hoidon toteutuksen kirjaamisen ongelmana, että se tehdään potilaan hoitosuunnitelmasta irrallisena, eikä siinä huomioida potilaan yksilöllisiä tarpeita ja tavoitteita (Isola ym. 2001, 52-57; Voutilainen 2004, 71-72; Muurinen & Soini 2009, 16-17).

Hoidon arviointia tehdään Voutilaisen (2004, 71-72) mukaan hoitotyön suunniteluun ja potilaan fyysisiin tarpeisiin nähden liian vähän. Lisäksi arviointi on epätarkkaa eikä sitä voi tehdä jos hoidon tavoite puuttuu. Lehden ym. (1996, 20-21) tutkimuksessa hoidon arviointia tehtiin 78%:ssa suunnitelmista päivittäisen kirjaamisen yhteydessä. Kuitenkaan hoidon vaikuttavuutta ei arvioitu etenäkään potilaan saaman ohjauksen osalta.

Tutkimusten mukaan hoitotyön suunnitelman ongelmana on se, ettei sitä päivitetä riittävän usein (Vaarama ym. 2006, 53-54) tai se puuttuu potilaalta kokonaan (Isola ym. 2001, 52; Muurinen & Soini 2009, 12-13). Lisäksi hoitohenkilökunnalla saattaa olla potilaan toimintakyvystä ja elämäntilasta tietoa paljonkin, mutta sitä ei hyödynnetä hoitosuunnitelmissa (Voutilainen 2004, 71-72; Isola ym. 2001, 52-60).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyön kirjaamisen nykykäytäntöjä Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköissä sekä rakenteisen kirjaamisen osaamista kirjaamiskoulutuksen aikana. Analysointiaineistona opinnäytetyössä on henkilökunnan laatimat kirjaamiskoulutukseen liittyvät ennako- ja välitehtävät.

Opinnäytetyössäni on kaksi tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena on antaa kirjaamiskoulutukseen osallistuneiden yksiköiden työntekijöille palautetta hoitotyön prosessin ja FinCC:n mukaisen kirjaamisen osaamisesta ennakkotehtävien ja välitehtävien analysoinnin perusteella. Palautteen avulla työntekijöillä on mahdollisuus kehittää hoitotyön kirjaamistaan hoitotyön prosessimallin mukaisesti ja hyödyntää sitä käyttöön otettavan rakenteisen kirjaamismallin apuna. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää myös hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä ja kirjaamiskäytänteiden yhtenäistämässä eri työyksiköiden välillä. Toisena tavoitteena opinnäytetyössäni on syventää omaa ammatillista osaamistani hoitotyön prosessimallin käytössä ja rakenteisessa kirjaamisessa.

Opinnäytetyössä on 3 eri tutkimustehtävää. Tutkimustehtävät 1 ja 2 liittyvät aineistoon 1 eli työntekijöiden tekemään ennakkotehtävään.

1. Miten hoitoyksiköiden kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä?
2. Miten hoitotyön prosessi toteutuu kirjaamisessa?
 - Tehdäänkö asiakkaalle tulohaastattelu / tulotilanteen kartoitus? Mitä asioita kirjataan?
 - Tehdäänkö asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelmaa? Mitä asioita kirjataan? Kirjataanko hoidon tarpeet, hoidon päätavoite, eri hoidon tarpeille omat tavoitteet ja hoitotyön toiminnot?
 - Millä tavoin kirjataan hoidon toteutusta? Mikä on kirjaamisen kattavuus?
 - Millä tavoin kirjataan hoidon arviointia? Mikä on kirjaamisen kattavuus?
 - Tehdäänkö yksikössä hoitotyön väliarviointia? Mikä on kirjaamisen kattavuus?
 - Tehdäänkö yksikössä hoitajakson päättyessä hoitotyön yhteenvetoa? Mikä on kirjaamisen kattavuus?

Tutkimustehtävä 3 liittyy aineistoon 2 eli työntekijöiden tekemiin välitehtäviin.

3. Miten työntekijät kirjaavat hoidon tarpeita, tavoitteita, toimintoja, toteutusta ja arviointia FinCC-luokituksia käyttäen?

- Miten hoitotyön prosessin vaiheet on kirjattu? (Liite 5. arviointilomakkeen kysymykset 1-5)
- Toteutuuko hoitosuunnitelmissa hoitotyön prosessin vaiheiden yhteys toisiinsa? (Arviointilomakkeen kysymykset 6-7)
- Toteutuuko hoitosuunnitelmassa asiakaslähtöisyys, yksilöllisyys, tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus? (Arviointilomakkeen kysymykset 8-11)
- Miten valittujen auttamismenetelmien vaikuttavuuden arviointi on onnistunut? (Arviointilomakkeen kysymys 12)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1. Tutkimusmetodologia ja metodi

Opinnäytetyö toteutettiin valmiista aineistosta pääasiassa kvalitatiivisella eli laadullisella analysointimenetelmällä, mutta siinä käytettiin myös kvantitatiivista eli määrällistä analysointimenetelmää. Analysointimenetelmien yhdistämisestä käytetään nimitystä analysointitriangulaatio. Menetelmien yhdistelemisellä voidaan tarkentaa tutkimuksen validiutta eli pätevyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 144-145). Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustulokset nousevat aineistosta ilman minkäänlaisia ennako-olettamuksia. Tuloksille on tyypillistä muuttuvuus ja paikkaan sitoutuneisuus. Siinä korostuvat vastaajien yksilölliset kokemukset sekä tutkittavan näkökulma asiasta. Määrällisellä tutkimuksella saadaan objektiivista tietoa mm. syy-seuraussuhteista erilaisten tilastollisten menetelmien avulla sekä voidaan laskea tiettyjen asioiden esiintymistä aineistossa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 20; Eskola & Suoranta 1998, 15-16; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 228.)

Laadullisen ja määrällisen analyysin triangulaatio sopi parhaiten opinnäytetyöni analysointimenetelmäksi, koska analysoitava aineisto sisälsi sekä määrällisiä että laadullisia ominaisuuksia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada kuvailevaa tietoa hoitotyön kirjaamisesta työyksiköissä sekä kartoittaa FinCC -luokituksen mukaisen rakenteisen kirjaamisen osaamista kirjaamiskoulutuksen aikana tehtyjen ennako- ja välitehtävien perusteella. Määrällistä menetelmää käyttäen voitiin täydentää laadullisen menetelmän tuottamaa kuvailevaa tietoa.

Aineiston 1 eli ennakkotehtävien kysymykset olivat avoimia, mutta ne sisälsivät myös kysymyksiä lyhyitä vastauksia varten esim. tehdäänkö asiakkaalle tulohaastattelu? Tämän vuoksi ennakkotehtävien analysoinnissa käytettiin sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista menetelmää. Aineisto 2 muodostui työntekijöiden tekemistä rakenteisen kirjaamisen mukaisesti tehdyistä hoitosuunnitelmista, jotka työntekijät olivat laatineet harjoitusmielessä.

4.2. Tutkimusaineisto

Tutkimuksen aineisto koostui valmiista aineistosta. Tutkimuksessa oli kaksi aineistoa, jotka analysoitiin erillisinä osioina. Ensimmäinen aineisto perustui kirjaamiskoulutukseen osallistuvien työntekijöiden tekemään ennakkotehtävään ja toinen kirjaamiskoulutuksen välitehtäviin. Ennako- ja välitehtäviä olivat työstäneet kirjaamiskoulutukseen osallistuneet Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon työntekijät pienissä ryhmissä yksikkökohtaisesti. Koulutuksen pitäjälle palautettuja ennakkotehtäviä oli 19 ja välitehtäviä 21 kappaletta. Kirjaamiskoulutukseen osallistuneet henkilöt ovat antaneet kirjallisen luvan tehtävien käyttämiseen opinnäytetyön materiaalina. Tutkimuslupamateriaali on arkistoituna kouluttajalla. Kuntayhtymän terveystalouden johtaja on sähköpostilla viestittänyt, ettei erillistä tutkimuslupaa opinnäytetyöhön tarvita.

Ensimmäinen aineisto eli ennakkotehtävät sisälsivät kysymyksiä liittyen työyksiköiden kirjaamisen nykykäytäntöihin. Kysymykset liittyivät potilaan tulotilanteeseen, potilaalle tehtävään hoito- ja palvelusuunnitelmaan (hoidon tarve, tavoite ja toiminnot), hoidon toteutumisen ja arvioinnin kirjaukseen, väliarvioinnin tekemiseen sekä hoitotyön yhteenvedon tekemiseen työyksiköissä. Tutkimuksen ensimmäisen tehtävän perusteella kartoitettiin kirjaamisen toteutumista ja kattavuutta työyksiköissä (liite 1).

Toisena aineistona opinnäytetyössä oli kirjaamiskoulutuksen välitehtävät, joita oli koulutuksen aikana yhteensä kolme (liite 2). Niistä opinnäytetyöhön otettiin analysoitavaksi kaksi ensimmäistä. Kyseisissä tehtävissä työntekijöiden tehtävänä oli tehdä harjoitusmielessä hoitotyön suunnitelma kahdesta hoidon tarpeesta hoitotyön prosessimallin mukaisesti FinCC -luokituksia ja vapaata tekstiä käyttäen. Kirjaamisessa käytettiin hoitotyön prosessimallin mukaista hoitokertomuspohjaa. Ensimmäisessä välitehtävässä harjoiteltiin hoidon tarpeen, tavoitteen ja toimintojen kirjaamista. Toisessa välitehtävässä harjoiteltiin hoidon toteutumisen ja arvioinnin kirjaamista hoitokertomuspohjaan. Tutkimuksen toisen aineiston perusteella kartoitettiin FinCC -luokituksen mukaisen hoitosuunnitelman ja rakenteisen kirjaamisen osaamista kirjaamiskoulutuksen aikana.

Tutkimuksen aineiston otanta oli harkinnanvarainen siinä määrin, että koulutukseen osallistujat työskentelevät perusterveydenhuollon työyksiköissä ja heillä oli käytössä joko Pegasos- tai Effica-tietojärjestelmä. Yhdistävänä tekijänä osallistujilla oli myös suunnitteilla oleva rakenteisen kirjaamismallin käyttöönotto vuoden 2014 aikana.

4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä on käytetty kahdenlaista analyysiä. Tutkimuksen tulokset esitetään kahtena erillisinä osioina, koska analysoitavia aineistoja oli kaksi. Ensimmäisen aineiston analysoinnissa on käytetty aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Toisen aineiston analysoinnissa on käytetty deduktiivista eli teorialähtöistä aineistoanalyysiä, jossa on hyödynnetty valmista arviointikaavaketta (liite 5).

Molempien aineistojen analysoinnissa on käytetty myös kvantifointia eli laskemista. Tällä menetelmällä oli tarkoitus tarkentaa saatuja analysoinnin tuloksia ja parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Kvantifointi tarkoittaa tietyn asian tai asiasisällön laskemista määrällisesti aineistosta ja ilmaisuna numeromuodossa (Tuomi & Sarajärvi 2012, 120).

Sisällönanalyysi on tutkimusmetodi, jossa tutkittavasta aineistosta etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia (Vilka 2005, 139). Tavoitteena sisällönanalyysissä on muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaava kategoria, käsittekartta tai – järjestelmä (Kyngäs & Vanhanen, 4-5). Aineistolähtöisessä analyysissä eli induktiivisessa aineiston analyysissä tutkimuksen tulokset nousevat aineistosta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-111). Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineistoa analysoidaan valmiin viitekehysten avulla. Valmis viitekehys perustuu aikaisempaan tietoon, jonka avulla laaditaan analysointirunko. Analysointirunkoon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7.)

Laadullisen tutkimuksen aineisto perustuu vapaaseen tekstiin ja tulokset nousevat analysoitavasta aineistosta. Laadullisen tutkimuksen yksi ominaisuus on sen avoimuus eikä tutkimustuloksia voida ennustaa. Avoimia kysymyksiä käytettäessä tutkimustulokset ovat usein yllättäviä. Sisällönanalyysissä tutkijan tehtävä on löytää aineistosta tutkimuksellisesti merkittävät asiat ja luokitella ne ylä- ja alaluokkiin. Sisällönanalyysissä ei ole olemassa yhtä tulkinnallista totuutta, vaan tutkijan näkökulma vaikuttaa väistämättä tutkimustuloksiin. Lisäksi laadullista tutkimusprosessia on mahdotonta suunnitella etukäteen kovin tarkasti aineistosta johtuvien asioiden vuoksi. Objektiiisuuden varmistamiseksi tutkijan on perusteltava sisällöstä nousevat asiat ja käyttämänsä luokittelun sekä käyttämänsä analysointikeinot. (Paunonen & Vehviläinen – Julkunen 1997, 45, 219.)

4.3.1 Aineiston 1 analyysiprosessi

Opinnäytetyön ensimmäisen aineiston analyysissä on käytetty sekä kvantifiointia että induktiivisen aineistolähtöisen analyysin prosessia. Kvantifioinnin avulla vastattiin aineiston määrällisiin kysymyksiin, joihin työntekijät olivat vastanneet kyllä tai ei. Induktiivisen prosessin vaiheet ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistäminen tarkoittaa, että aineisto auki kirjoitetaan ja siitä karsitaan pois epäolennainen. Pelkistämällä aineistosta etsitään tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja ja sitä varten määritellään analysointiyksikkö. Määrittelemistä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Aineiston klusteroinnissa pelkistetyt ilmaukset käydään läpi ja niistä etsitään eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Yhtäläisyyksiä sisältävät käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, joka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Klusterointia seuraa aineiston abstrahointi, mikä tarkoittaa sitä, että luokitelluista tiedoista laaditaan käsitteitä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-111.)

Ensimmäisessä aineistossa tutkittavia ennakkotehtäviä oli analysoitavana 19 kpl eri työyksiköistä. Ensimmäisessä aineistossa eli kirjaamiskoulutuksen ennakkotehtävässä oli 7 kysymystä, joihin työntekijät ovat yksikkökohtaisesti vastanneet. Ennakkotehtävässä oli kysymyksiä potilaille / asiakkaille tehtävästä tulohaastattelusta, hoitosuunnitelmasta, hoidon toteutuksen ja arvioinnin kirjaamisesta, väliarvioinnin tekemisestä, hoitotyön yhteenvedon laatimisesta sekä viimeisenä avoin kysymys liittyen hoitoyksikön kirjaamiseen. Vastauksia analysoitaessa aineisto käsiteltiin kysymys kerrallaan ja tulokset on esitetty kyselyn aiheiden mukaisessa järjestyksessä.

Aineistosta nostettiin esiin asioita, jotka toistuivat useissa vastauksissa ja niistä muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistettyjä ilmauksia yhdistelemällä muodostettiin alaluokkia, joita taas yhdistämällä muodostettiin yläluokkia. Yläluokkia yhdistelemällä muodostui pääluokka eli yhdistävä kategoria. Lisäksi pelkistettyjen ilmaisujen esiintymiskerrat laskettiin lukumäärällisesti eli käytettiin aineiston kvantifiointia. Tällä tavoin saatiin hieman tarkempia tietoja tutkimuksen tuloksista. Aineiston analyysistä on tutkimuksen tuloksiin rakennettu kuvioita (kuviot 1-4), joissa on näkyvillä pelkistetyt ilmaukset, alaluokat ja yläluokat sekä käytetty kvantifiointi.

4.3.2 Aineiston 2 analyysiprosessi

Opinnäytetyön toisen aineiston analysoinnissa on käytetty deduktiivista sisällönanalyysiä. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle teoriasta tai aikaisemmasta tiedosta. Tällöin tutkimus nojaa jo lähtötilanteessa johonkin teoriaan, malliin tai ajatteluun. Teoria ja aiemmat tutkimukset ohjaavat vahvasti tutkimusaineiston käsitteiden ja luokitusten määrittelyä sekä analyysiä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7; Vilka 2005, 140.)

Aineisto 2 koostui työntekijöiden tekemistä kirjaamiskoulutuksen välitehtävistä. Välitehtävissä työntekijät olivat tehneet yksikkökohtaisesti hoito- ja palvelusuunnitelman FinCC-luokitukseen perustuvan rakenteisen kirjaamismallin mukaisesti. Välitehtäviä palautettiin kouluttajalle 21 kappaletta ja ne olivat sisällöltään ja laajuudeltaan hyvin erilaisia. Työntekijät olivat yksiköittäin laatineet hoito- ja palvelusuunnitelman joko yhdestä tai useammasta potilaan tarpeesta. Yhteensä 12 yksikössä suunnitelma oli tehty yhdestä hoidon tarpeesta ja kuudessa yksikössä kahdesta hoidon tarpeesta. Lisäksi yksittäisissä yksiköissä suunnitelma oli laadittu joko kolmesta, neljästä tai yhdeksästä hoidon tarpeesta.

Toisen aineiston analyysissä käytettiin apuna valmista arviointilomaketta (liite 5). Lomake perustuu teoretiedon pohjalta laadittuihin hoitotyön prosessimallin mukaisen kirjaamisen arviointikriteereihin. Opinnäytetyön teoreettisena taustana ovat hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön prosessi ja sen vaiheet, rakenteinen kirjaaminen ja FinCC-luokitukset. Näin opinnäytetyössä tulee ilmi käytettävän arviointilomakkeen ja teorian yhtenevyys (Eskola & Suoranta 1998, 180).

Arviointilomakkeen valinta perustuu siihen, että valmiin lomakkeen käyttäminen on taloudellisesti kannattavaa. Arviointilomakkeen pätevydestä kertoo se, että sitä on käytetty Kansallisesti yhteinäiset hoitotyön tiedot – hankkeessa (HoiData), jossa FinCC -luokituksen mukaista kirjaamista auditointiin 32 eri terveydenhuollon organisaatiossa (Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä 30.11.2009, viitattu 7.11.2014).

Arviointilomake ei sellaisenaan täysin palvellut tutkittavaa aineistoa, joten sitä on hieman mukailtu. Lomakkeessa on esitetty 13 arviointikriteeriä / kysymystä, joiden avulla voidaan arvioida FinCC-luokituksen ja hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen onnistumista. Tämän aineiston analysoinnissa on käytetty lomakkeen 12 ensimmäistä kysymystä /arviointikriteeriä. Lomakkeen viimeistä eli 13. kysymystä ei käytetty, koska se koski hoitotyön yhteenvedon tekemistä. Lisäksi

3. kysymys on tarkoitettu paremmin todellisten hoitosuunnitelmien kuin harjoitusmielessä tehtyjen suunnitelmien arviointiin. Sen vuoksi lomakkeen kohtaan 3 on lisätty kysymys, ”onko suunnitellut toiminnot kirjattu sille varattuun kohtaan”.

Kaikki 12 kriteeriä ovat strukturoituja kysymyksiä, joihin tutkija voi löytää aineistosta joko kyllä tai ei-vastauksen. Kysymykset 1-5 selvittävät hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamista niille varattuihin kohtiin. Kysymykset 6 ja 7 selvittävät hoitotyön prosessin tarkoituksenmukaista prosessi- maista toteutumista. Kysymykset 8-11 selvittävät hoitosuunnitelman potilaslähtöisyyttä sekä yksilöllisyyttä ja kysymyksessä 12 selvitetään valittujen auttamismenetelmien vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamista. Jokaista hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei ole analysoitu yksittäisinä suunnitelmina vaan arviointilomakkeessa esiintyvät kriteerit on etsitty koko aineistosta. Kriteerien täyttymisestä on laadittu taulukko (taulukko 1. s. 47), johon kyllä ja ei-vastaukset on merkitty lukumäärällisesti. Kyllä -vastaukseen kriteerin täytyminen on vaadittu koko suunnitelman osalta. Taulukon lisäksi tuloksia on selitetty vapaan tekstin avulla.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen perusterveydenhuollon yksiköissä

Ennakkotehtävien analysoinnin perusteella voidaan vastata tämän tutkimuksen ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen eli siihen, miten hoitotyön kirjaaminen ja hoitotyön prosessi toteutuvat työyksiköissä.

5.1.1 Tulohaastattelun toteutuminen ja kattavuus yksiköissä

Tulohaastattelu / tulotilanteen kartoitus tehdään 13/19 yksikössä. Tulohaastattelua ei tehdä 4/19 yksikössä. Näistä neljästä yhdessä yksikössä hoito- ja palvelusuunnitelma korvaa tulohaastattelun. Kahden (2/19) yksikön vastauksesta ei selvinnyt, tehdäänkö tulohaastattelua. Tulohaastattelusta käytetään eri yksiköissä erilaisia nimiä, kuten tulotilanteen kartoitus, voimavarakartoitus, hoitoneuvottelu, arviointikäynti tai tulohaastattelu.

Tulohaastattelun kattavuus vaihtelee suuresti eri yksiköiden kesken. Kysymykseen tulotilanteen kattavuudesta oli vastattu melko lyhyesti ja vaihtelevasti eri yksiköissä. Vastauksista poimittiin käsitteitä, jotka esiintyivät eri yksiköiden vastauksissa. Käsitteistä muodostui lopulta kahdeksan yläluokkaa, jotka on esitetty kuviossa 1. Kuviossa yläkategorioiden yhteydessä oleva lukumäärä kertoo, kuinka monen yksikön vastauksessa asiasta oli maininta.

Alakategoria

- voimavarakartoitus
- tulohaastattelu
- tulotilanteen kartoitus
- arviointikäynti
- kotitilanteen kartoitus
- hoitoneuvottelu
- hoitotyön suunnitelma
- potilaan oma yhteydenotto

- mistä potilas tulee ja miksi
- osoite
- omaiset
- aiemmat perustiedot

- elämäntavat
- toiveet
- tulevaisuuden suunnitelmat
- elämänhistoria
- elämänkulkukaavake

- elämisen toiminnot
- ravitseminen
- puhtaus
- toimintakyky
- fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky

- terveydentila
- lääkitys
- perussairaudet
- oireet
- fysiologiset mittaukset
- verenpaine, pulssi, paino

- turvapuhelin
- apuvälineet
- ateriapalvelut
- kylvetyspalvelut
- asiointipalvelut
- lääkehoito
- siivousapu

- omaiset
- kotihoidon esimies
- koti sairaanhoitaja
- kotihoidon työntekijät
- hoitava lääkäri
- osaston sairaanhoitaja
- aikaisemmat hoitoyksiköt
- vanhustyön johtaja

- Tulohaastattelua ei tehdä
- Tulohaastattelu tehdään vain suullisesti
- Puutteelliset tiedot
- Puutteet uudesta asiakkaasta tiedottamisessa
- Puutteet tietojen kattavuudessa
- Puutteet tietojen näkyvyydessä

Yläkategoria

TULOTILANTEESTA
KÄYTETTÄVÄT
ERI NIMITYKSET
(16/19)

ASIAKKAAN PERUSTIEDOT
(5/19) YKS.

ASIAKKAAN
KOKEMUKSELLISET
TIEDOT
(3/19)

TOIMINTAKYVYN
KARTOITUS
(7/19)

ASIAKKAAN TERVEYDENTILA
JA LÄÄKEHOITO
(9/19)

HOIDON / PALVELUN
TARPEEN ARVIO
(7/19)

MONIAMMATILLINEN
YHTEISTYÖ JA OMAISET
(7/19)

TULOHAASTATTELUUN
LIITTYVÄT HAASTEET
10/19

Pääkategoria

Tulotilanteen
toteutuminen

KUVIO 1. Tulotilanteen toteutuminen

Tulotilanteesta käytettävät eri nimitykset

Tulotilanteen kartoituksesta käytetään eri yksiköissä erilaisia nimityksiä. Voimavarakartoituksesta puhutaan kolmessa (3) yksikössä. Tulohaastattelusta tai tulotilanteen kartoituksesta puhutaan viidessä (5) yksikössä. Kaksi (2) yksikköä oli vastannut, että asiakkaan kotiin tehdään arviointikäynti. Kolmessa (3) yksikössä puhutaan hoitoneuvottelusta, yhdessä (1) arviointikäynnistä, yhdessä (1) hoito- ja palvelusuunnitelmasta ja yhdessä yksikössä (1) puhutaan hoidon tarpeen arvioinnista.

”Tehdään voimavarakartoitus Effican kotihoito-ohjelmalla”

”Tulotilanteen kartoitus tehdään”

”Tehdään aluksi arviointikäynti kotiin”

Asiakkaan perustiedot

Asiakkaan perustiedoilla tarkoitetaan henkilötietoja. Vastanneista viisi (5) yksikköä oli maininnut tulohaastattelussa selvitettävän asiakkaan perustietoja. Perustiedoista selvitetään eri yksiköissä mm. asiakkaan osoitetietoja, henkilötietoja ja tietoja omaisista.

”Kirjataan perustiedot, mistä potilas tulee ja miksi”

”Osoite, omaiset”

Asiakkaan kokemukselliset tiedot

Potilaan elämäntapoihin ja kokemuksellisiin asioihin liittyvien asioiden selvittäminen ilmeni kolmen (3) yksikön vastauksessa. Potilaalta selvitetään asumiseen, elinympäristöön ja elämänhistoriaan liittyviä asioita sekä toiveita, tulevaisuuden suunnitelmia ja elämäntapoja. Vastauksista selvisi, että potilaiden elämänhistoriatiedot liittyvät tärkeänä osana ikääntyneiden ja muistisairaiden potilaiden hoitoon.

”..elämäntavat.. toiveet ja tulevaisuuden suunnitelmat, elämänhistoria.. Muistisairaahan hoitamisessa elämänhistorian tiedoilla on suuri painoarvo”

”..on kysymyksiä liittyen.. asiakkaiden toiveisiin ja tulevaisuuden suunnitelmiin ja elämänhistoriaan..”

Toimintakyvyn kartoitus

Toimintakyvyn kartoitukseen liittyviä asioita tuli ilmi seitsemässä (7) vastauksessa. Toimintakyvystä puhuttiin fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena yhdessä vastauksessa. Pääasiassa toimintakyvystä puhuttiin elämisen toimintoina sekä ravitsemukseen ja puhtauteen liittyvinä asioina. Kahdessa vastauksessa oli mainittu Effican kotihoito-ohjelmassa olevan kysymyksiä liittyen potilaan psykososiaalisiin voimavaroihin.

”..fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky..”

”..toimintakyky, ravitsemus, puhtaus..”

Asiakkaan terveydentila ja lääkehoito

Potilaan terveydentilaan ja lääkehoitoon liittyviä asioita selvitetään tulohaastattelussa eniten. Lääkitys tai terveydentilan selvitys mainittiin yhdeksän 9 yksikön vastauksissa. Potilailta selvitelään tulohaastattelussa mm. perussairauksia, oireita, fysiologisia mittauksia sekä lääkitystä.

”..selvitetään perussairaudet, tarkistetaan lääkitys, nykyoireet.”

”..perussairaudet, oireet..”

Hoidon / palvelun tarpeen arvio

Potilaan saamat palvelut on mainittu seitsemässä (7) vastauksessa. Vastauksissa mainitaan mm. turvapuhelin, apuvälineet, ateriapalvelut, kylvetyspalvelut, asiointipalvelut, lääkehoito ja siivousapu.

”Hoitoneuvottelussa kirjataan sovitut asiat, kuinka useasti asiakkaan luona käydään, kuka hoitaa lääkehoidon, kauppa-asiat, tarvitseeko turvalaitteita, mahdollisia apuvälineitä.”

”..arvioidaan hoidon tarve.”

Moniammatillinen yhteistyö ja omaiset

Omaiset ja heidän osallistumisensa potilaan hoitoon oli mainittu kuuden (6) yksikön vastauksessa. Lisäksi yhteensä seitsemästä (7) vastauksesta selvisi, ketä henkilöitä tulohaastattelussa on asiakkaan ja omaisten lisäksi. Vastauksissa oli mainittu terveydenhuollon henkilöstöstä mm. pal-

veluesimies / palveluohjaaja, kotihoidon esimies, lääkäri, kotihoidon työntekijä, osaston sairaanhoitaja, aikaisemmat hoitoyksiköt ja vanhustyön johtaja. Yksiköistä 12 vastauksista ei tule ilmi, kuka tulohaastattelun laatii.

”Tulohaastattelun tekee yleensä kotihoidon palveluesimies- tai palveluohjaaja asiakkaan /omaisten kanssa. Kotihoidon työntekijä on pyydetty mukana näissä tulohaastatteluissa.”

”Mukana asiakas, mahdollisuuksien mukaan omaisia, kotihoidon esimies, kotisairaanhoitaja tai kotihoidon työntekijä, jos asiakas tulee osaston kautta niin osaston sairaanhoitaja.”

Kehittämiskohteet tulohaastatteluun liittyen

Tulohaastattelun kehittämisen tarve tuli ilmi 10 yksikössä. Neljässä (4) yksikössä tulohaastattelua ei tehdä. Näistä yhdessä yksikössä tulohaastattelu tehdään vain suullisesti, mutta erillistä tulohaastattelulomaketta siellä ei ole käytössä. Esiin nousseita epäkohtia tulohaastatteluun liittyen oli tulohaastattelun kattavuudessa, näkyvyydessä, puutteellisissa tiedoissa ja uudesta potilaasta tiedottamisesta. Lisäksi yhdestä vastauksesta kävi ilmi tyytymättömyys siihen, etteivät kotihoidon työntekijät voi osallistua tulohaastatteluun kuin pyydettyinä.

”Varsinaista tulohaastattelua ei ole tehty aikoihin”

”Kotihoidon työntekijä on pyydetty mukana näissä tulohaastatteluissa, vaikka meidän (kotihoito) mielestämme pitäisi olla aina.”

”Meillä ei ole käytössä erillistä tulohaastattelua”

”Tiedot voivat olla myös puutteelliset”

”Tulotilanteen voisi kirjata kattavammin ja näkyvämmiin, että se olisi kaikilla työntekijöillä tiedossa. Uudesta asukkaasta tiedottaminen jää monesti unholaan.”

5.1.2. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen yksiköissä

Vastanneista 17/19 yksikössä asiakkaille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Vain yhdessä yksikössä suunnitelmaa ei tehdä lainkaan ja kahdessa se tehdään vain tietyille potilasryhmille. Yksi yksikkö ei vastannut tähän kysymykseen. Yhdessä yksikössä tehdään hoidon tarpeen arviointi ja hoidon kiireellisyysluokitus, eikä siitä puhuttu hoito- ja palvelusuunnitelmana. Hoito- ja palvelu-

suunnitelman arviointiin on otettu vain ne 17 yksikköä, joissa hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan.

”..Tehdään Effican ohjelmalla hoito- ja palvelusuunnitelma.”

”Hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei ole tehty aikoihin, joskus opiskelijat ovat tehneet.”

Kahdessa vastauksessa oli mainittu, että hoito- ja palvelusuunnitelman laatii omahoitaja. Lisäksi yhdessä vastauksessa tuli ilmi, että hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhden kuukauden sisällä palvelun aloittamisesta. Kuvioon 2. on koottu yhteenveto hoito- ja palvelusuunnitelman kattavuudesta ja siihen liittyvistä haasteista vastanneissa yksiköissä.

Hoidon tarpeiden kirjaaminen

Vastanneista 15/17 yksikössä hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan hoidon tarpeet. Hoidon tarpeen arviointi liitetään selvästi toimintakyvyn arviointiin. Toimintakyvyn arvioinnista puhutaan eri yksiköissä erilaisin termein. Puhutaan mm. voimavarakartoituksesta, eri toiminnoista selviytymisestä, elämisen toiminnoista ja toimintakyvystä. Kahdessa (2/17) vastauksessa ei tullut ilmi hoidon tarpeen arviointi. Näistä toisessa tuli ilmi, että hoidon tarpeet ja tavoitteet eri hoidon tarpeille ovat työyhteisössä tuntematon asia.

”Hoitotyön suunnitelma, johon kirjataan: Hoidon tarpeet / voimavarat.”

”Palvelun tarve kartoitetaan hoitoneuvottelussa.”

Hoidon tavoitteiden kirjaaminen

Hoidon tavoitteet kirjataan 11/17 yksikössä. Näistä neljässä yksikössä (4/17) tavoitteet laaditaan eri hoidon tarpeille. Kolmessa yksikössä (3/17) mainittiin laadittavan vain hoidon päätavoite. Neljän (4/17) yksikön vastauksista ei selvinnyt, millä tavoin tavoitteet laaditaan. Kaksi (2/17) yksikköä vastasi, että hoitosuunnitelmaan ei laadita tavoitteita. Neljä (4/17) yksikköä ei vastannut kysymykseen lainkaan.

”kirjataan.. tavoitteita eri hoidon tarpeille..”

”..hoitotyön päätavoite, joka on eritelty..”

"Hoidon päätavoitteet ja eri hoidon tarpeille omat tavoitteet on kirjaamisessa meille uutta."

Hoitotyön toimintojen kirjaaminen

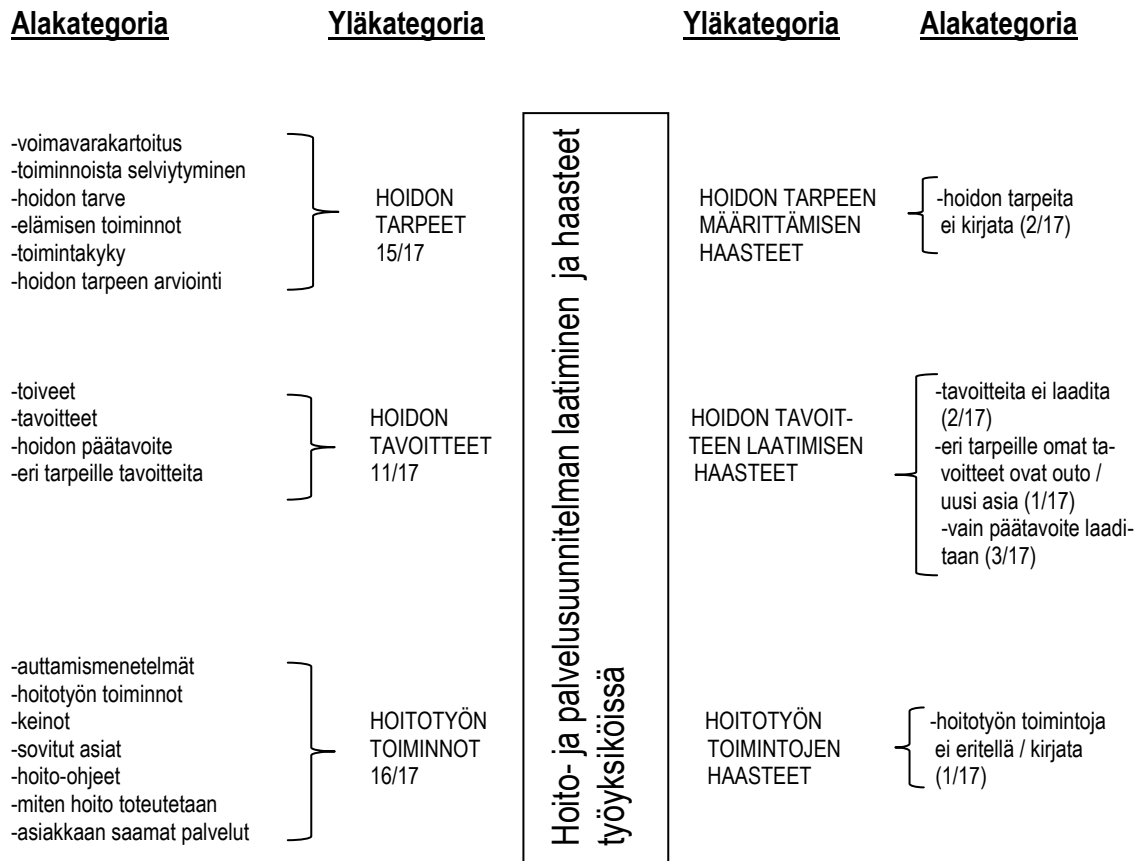
Hoitotyön toiminnot kirjataan 16/17 yksikössä. Hoitotyön toimintojen kohdalla puhuttiin seitsemässä (7/17) yksikössä asiakkaan saamista palveluista. Palveluista mainittiin mm. ateria-, hoiva-, hoito-, turvapuhelin-, hoitotarvike -, kylvetys-, asiointi- ja siivouspalvelut. Palvelujen lisäksi hoitotyön toiminnoista käytettiin myös muita eri nimityksiä. Puhuttiin auttamismenetelmistä, hoitotyön toiminnoista, keinoista, kotona asumisen tukemisesta sekä sovitusta asioista ja hoito-ohjeista.

"..avataan palvelut, esim. ateriapalvelu, säännöllinen kotihoito, turvapuhelin.."

"..mitä palvelua saa ja minkä verran.."

"Hoitotyön toiminnot kirjataan tots- lehdelle.. sovitut asiat ja hoito-ohjeet."

"Miten tuetaan asumisessa"



Kuvio 2. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja haasteet työyksiköissä

5.1.3 Hoidon toteutuksen kirjaaminen yksiköissä

Hoidon toteutusta kirjataan yksiköissä hyvin monella eri tavalla. Aineistosta voitiin muodostaa kaksi hoitotyön toteutuksen kirjaamistapaa, joiden mukaan kirjaaminen pääsääntöisesti tapahtui. Kirjaaminen toteutuu sekä potilaslähtöisenä ja arvioivana kirjaamisena että hoitajan tekemisen / suorittamisen kirjaamisena. Seitsemässä (7/19) yksiköissä kirjaamista tehdään molemmilla tavoilla. Hoidon toteutuksen kirjaamisessa ilmeni erilaisia tapoja riippuen yksiköstä, kirjaajasta tai potilaasta. Hoidon toteutuksen kirjaaminen on tiivistetty kuvioon 3.

Kirjaaminen on viidessä (5/19) yksikössä päivittäistä / työvuorottain tapahtuvaa, kun taas neljässä (4/19) yksikössä kirjataan vain kerran viikossa. Lisäksi viidestä (5/19) vastauksista ilmeni, että kirjaaminen on hyvin hoitaja- ja potilaskohtaista. Toiset työntekijät kirjaavat hyvin laajasti hoitotyön toiminnot, kun taas osa työntekijöistä ei kirjaa potilaista mitään.

Alakategoria

Muutos potilaan voinnissa (5/19)

- voinnin muutokset
- ihon kunto
- jos voinnissa on tullut muutosta, poikkeavaa, seuranta

Muutos potilaan toimintakyvyssä (3/19)

- hoitaja kirjaa potilaan fyysisestä, psyykkisestä toimintakyvystä

Hoidon toteutus ja arviointi (6/19)

- kirjataan hoidon toteutus ja arviointi

Tehdyt toimenpiteet (6/19)

- toimenpide
- haavanhoito
- lääkehoito
- pesut
- ihonhoito
- pistokset

Tehdyt mittaukset (3/19)

- Verenpaine
- verensokeri
- paino
- lämpö

Suoritettu hoito (6/19)

- Tehdyt työt kirjataan
- kirjataan hoidon toteutus
- kirjataan kaikki asukkaan hoitotoimet
- Mitä on tehty, mitä haavanhoitotuotteita on käytetty

Kirjaaminen vaihtelee yksiköiden kesken (9/19)

- Kirjaaminen säännöllistä, joka vuorossa tapahtuvaa (5/19)
- Kirjaaminen satunnaista, kerran viikossa tapahtuvaa (4/19)

Kirjaaminen vaihtelee työntekijöiden kesken (2/19)

- toiset kirjaavat hyvin laajasti, mutta on myös "vointi ennallaan" kirjaustyylisiä
- toiset eivät kirjaa asukaskäynneistä mitään

Kirjaaminen vaihtelee asiakkaiden mukaan (3/19)

- toisten kohdalla kirjaamista on enemmän vrt. hoiva ja akuuttipotilas
- kirjaaminen hyvin tapauskohtaista

Yläkategoria

POTILASLÄHTÖINEN,
ARVIOIVA KIRJAAMINEN
(13/19)

KIRJAAMINEN HOITAJAN
TEKEMISENÄ
(10/19)

YKSIKÖIDEN ERILAISET
KIRJAAMISTAVAT

Pääkategoria

HOIDON
TOTEUTUKSEN
KIRJAAMINEN

Kuvio 3. Hoidon toteutuksen kirjaaminen eri yksiköissä (mainintojen määrä suluisissa)

Potilaslähtöinen arvioiva kirjaaminen

Potilaslähtöistä arvioivaa kirjaamista tuli esille yhteensä 13 yksikön vastauksessa. Asiakkaan voinnin tai toimintakyvyn muutosten kirjaaminen mainittiin aineistossa kahdeksan (8/19) kertaa. Hoidon toteutuksen yhteydessä puhuttiin myös hoidon arvioinnista. Tämä tuli esille useassa vastauksessa. Tässä kysymyksessä ja kysyttäessä hoidon arvioinnin kirjaamista (kysymyksessä 4.) yhteensä seitsemän (7/19) yksikköä vastasi kirjaavansa hoidon arviointia hoidon toteutukseen.

Kirjaaminen hoitajan tekemisenä

Aineistosta nousi paljon esiin tehtyjen toimenpiteiden ja hoitajan suorittaman hoidon kirjaamista. Kirjaaminen hoitajan tekemisenä mainittiin yhteensä 10 eri yksikön vastauksessa. Esimerkiksi haavanhoito ja lääkehoito mainittiin kirjattavan kuuden (6/19) yksiköiden vastauksessa. Erilaisten fysiologisten mittausten kirjaaminen mainittiin kolmen (3/19) yksikön vastauksessa. Lisäksi kuuden (6/19) yksikön vastauksessa tuli esiin hoitajan tekemien töiden kirjaaminen.

Yksiköiden erilaiset kirjaamistavat

Kirjaamisen kattavuudessa on suuria eroja eri yksiköiden välillä. Yksiköiden väliset erot kirjaamisessa liittyvät useimmiten kirjaamisen tiheyteen. Viidessä yksikössä (5/19) hoidon toteutusta kirjataan joka työvuorossa päivittäin, kun taas neljässä (4/19) yksikössä asiakkaista kirjataan harvemmin, jopa vain kerran viikossa.

„jokaisessa työvuorossa kirjataan jokaisesta..”

„säännöllisesti käytävissä paikoissa kirjaus harvemmin, n. 1 x vko:ssa..”

Kirjaamistiheyden vaihtelun lisäksi kirjaamisen kattavuus vaihtelee riippuen kirjaajasta, tai kirjattavasta asiakkaasta. Yhteensä viiden (5/19) yksikön sisällä on erilaisia kirjaamistapoja. Kahdessa vastauksessa (2/19) tuli ilmi, että kirjaaminen vaihtelee suuresti eri työntekijöiden kesken.

”kattavuus vaihtelee suuresti. Toiset kirjaavat hyvinkin laajasti hoitotyön toiminnot, mutta on myös ”vointi ennallaan” kirjaustyylillä..”

Kolmessa (3/19) yksikössä hoidon toteutuksen kirjaaminen vaihtelee eri asiakkaiden kesken riippuen mm. asiakkaan hoitoisuudesta ja hoitosuhteen kestosta.

”Toisien kohdalla kirjaamista on enemmän vrt. hoiva ja akuuttipotilas.”

5.1.4 Hoidon arvioinnin kirjaaminen yksiköissä

Kysymykseen hoidon arvioinnista oli yleisesti vastattu hyvin lyhyesti ja kaksi (2) yksikköä oli jättänyt kokonaan vastaamatta kysymykseen. Yhden yksikön edustajat vastasivat, etteivät osaa vastata tähän kysymykseen.

Hoidon arvioinnin kirjaamisessa erottui selkeästi 5 erilaista arvioinnin kirjaamistapaa. Ne olivat **haavanhoidon arviointi, lääkehoidon arviointi, toimintakyvyn muutoksen arviointi, fysiologisten mittausten arviointi** sekä **päivittäisessä kirjaamisessa jatkuvasti tapahtuva hoidon arviointi**. Kolmessa yksikössä arviointia kirjataan usealla eri kirjaamistavalla, esimerkiksi toimintakyvystä ja lääkkeen vaikutuksista. Vastauksista nousi esiin vastaajien oma tyytymättömyys ja kehittämishalu hoidon arvioinnin kirjaamisessa.

Haavanhoidon arviointi

Hoidon arviointi liitettiin neljässä (4/19) yksikössä lähinnä haavanhoidon arviointiin. Vastauksissa mainittiin mm. haavan paranemisen edistyminen, erityksen määrän arviointi, punoituksen ja kuumotuksen arviointi sekä haavan koon seuranta.

”..haavanhoidon edistymisestä voidaan kirjata..”

Läkkehoidon arviointi

Viidessä (5/19) yksikössä kirjaamisen arviointi liitetään lääkehoitoon. Vastauksissa mainittiin mm. lääkkeen vaikutuksen arviointi, kivunlievityksen arvioinnin kirjaaminen ja lääkemuutoksesta johtuva voinnin seuraaminen ja arviointi.

”Arvioidaan kivunlievitystä, lääkkeen vaikutusta (esim. antibiootti)..”

Toimintakyvyn muutoksen arviointi

Kuudessa (6/19) yksikössä hoidon arviointi liitettiin lähinnä toimintakyvyn muutoksen arviointiin, jota kirjataan hoitosuunnitelmaan lähinnä silloin kun toimintakykyyn tulee muutoksia. Kaksi (2/19) yksikköä oli maininnut, että arviointia kirjataan tarvittaessa. Arviointiin mainittiin kirjattavan muutoksista syömisestä, juomisesta, erittamisestä, yleisvoinnista, käytösoireista sekä yleisesti fyysisestä ja psyykkisestä voinnista.

”..muutokset fyysisessä ja psyykkisessä voinnissa..”

Fysiologisten mittausten arviointi

Kahdessa (2/19) yksikössä hoidon arviointiin kirjataan erilaisia mittauksia ja tutkimuksia. Fysiologisista mittauksista oli mainittu mm. verenpaine, verensokeri, paino, vatsantoiminta ja lämpö. Lisäksi yhden yksikön vastauksessa mainittiin kirjattavan hoidon arviointiin myös psyykkisen toimintakyvyn testi MMSE eli Mini-Mental State Examination.

”..esim. RR ja vs-seurantaa..”

Jatkuva hoidon arviointi päivittäisessä kirjaamisessa

Kuudessa (6/19) yksikössä arvioinnin kirjaaminen tapahtuu päivittäisessä kirjaamisessa. Näistä kolmessa yksikössä kirjaaminen tapahtuu joka vuorossa. Näiden kuuden yksikön hoidon arviointi sisältyy päivittäiseen kirjaamiseen, jolloin voidaan puhua arvioivasta kirjaamisesta.

”..jatkuvat kirjaukset toimivat tavallaan hoidon jatkuvana arviointina..”

Kirjaamisen arviointiin liittyviä epäkohtia

Vastauksista nousi esiin hoidon arviointiin liittyvä tyytymättömyys. Yhteensä viiden (5/19) yksikön vastauksista nousi esiin mm. hoidon arvioinnin kirjaamisen epäsäännöllisyys, kattamattomuus, kirjaamisen luettelomaisuus sekä vaihtelu kirjaamisessa eri työntekijöiden kesken.

”..Hoidon arviointi ei ole kattavaa. Kaikki eivät kirjaa.”

”..Arviointi on edelleenkin usein luettelointia, mitä potilaalle on tehty.”

5.1.5 Väliarvioinnin toteutuminen yksiköissä

Kysymykseen väliarvioinnin tekemisestä vastasi 17 /19 yksikköä. Väliarvioinnin kattavuuteen ei vastauksissa juurikaan otettu kantaa. Väliarviointia tehdään eri yksiköissä joko säännöllisesti, tarvittaessa, jatkuvasti päivittäisen kirjaamisen yhteydessä tai suullisesti. Kahdessa yksikössä väliarviointia ei joko tehdä lainkaan tai vastaajan mukaan sitä ei tehdä kunnolla.

Säännölliset väliarvioinnit

Viisi (5/19) yksikköä vastasi, että väliarviointi tehdään säännöllisesti. Kolme yksikköä oli maininnut väliarviointia tehtävän joko 3 tai 6 kuukauden välein säännöllisesti.

”Väliarviointia tehdään 3 kuukauden välein.”

Väliarviointi tehdään suullisesti

Kolmessa (3/19) yksikössä asiakkaan väliarviointi tehdään suullisesti. Näiden yksiköiden vastauksissa mainittiin, ettei kirjallista väliarviointia potilaan hoitosuunnitelmaan tehdä.

”..väliarviointia tehdään suullisesti.”

Väliarviointi päivittäisen kirjaamisen yhteydessä tapahtuvaa

Neljässä (4/19) yksikössä väliarviointia mainittiin tehtävän päivittäisen kirjaamisen yhteydessä. Näissä yksiköissä ei tehty erikseen hoito- ja palvelusuunnitelman väliarvioita.

”Varsinaista väliarviointia ei tehdä.”

Väliarviointi tehdään tarvittaessa

Kolmessa (3/19) yksikössä mainittiin väliarvio tehtävän potilaan hoitosuunnitelmaan tarvittaessa eli silloin kun potilaan tilanteessa tapahtuu muutoksia. Lisäksi yksi yksikkö vastasi, että tilanteen muuttuessa potilaan tilanteesta pidetään uusi hoitoneuvottelu.

”..väliarvioinnin tekeminen on tarvittaessa. Yleensä silloin kun tilanne muuttuu selvästi..”

Väliarviointia ei tehdä

Kahdessa yksikössä väliarviointia ei tehdä lainkaan tai sitä ei vastaajan mielestä tehdä kunnolla.

”..yksikössämme ei tehdä varsinaista väliarviointia..”

5.1.6. Hoitotyön yhteenvedon toteutuminen yksiköissä

Kysymykseen hoitotyön yhteenvedon tekemisestä vastasi yhteensä 17/ 19 yksikköä. Hoitotyön yhteenvedon kattavuuteen oli vastattu vain yhdessä yksikössä, joten kirjaamisen kattavuutta ei

vastauksista voitu selvittää. Hoitotyön yhteenvetoa ei tehdä suurimmassa osassa yksiköistä (10/19). Seitsemässä (7/19) yksikössä tehdään jonkinlainen hoitotyön yhteenveto, joista käytettiin eri yksiköissä eri nimityksiä, kuten **hoitotiedote, hoitotyön yhteenveto, loppuarviointi tai epikriisi**.

Syynä siihen, ettei hoitotyön yhteenvetoa tehdä, oli viidessä (5/19) yksikössä mainittu asukkaan kuolema. Viiden (5/19) muun yksikön kohdalla syytä ei ole mainittu.

”Ei tehdä. useimmissa tapauksissa meidän hoitosuhde päättyy asiakkaan kuolemaan..”

Varsinainen hoitotyön yhteenveto laaditaan vain kolmessa (3/19) yksikössä. Lisäksi kolmessa (3/19) yksikössä asukkaan muuttaessa toiseen hoitoyksikköön laitetaan mukaan lyhyt hoitotiedote. Yhdessä vastauksessa mainittiin lääkärin tekemä epikriisi.

”..jos asiakas siirtyy ryhmäkotiin, jolloin voidaan tarvittaessa kirjoittaa hoitotiedote.”

5.1.7. Työntekijöiden ajatuksia kirjaamisesta

Viimeiseen kysymykseen oli vastattu 13/19 yksikössä. Vastauksista nousi esiin kirjaamisen kehittämiseen liittyviä asioita sekä kirjaamisen ongelmia työyksiköissä. Lisäksi vastauksista nousi myös positiivisia kommentteja yksiköiden kirjaamisesta ja kirjaamisen merkityksestä hoitotyöhön. Vastauksista muodostui seitsemän (7) alakategoriaa. Alakategorioista voitiin muodostaa kaksi (2) yläkategoriaa, jotka ovat **käytännön tuomat haasteet kirjaamisessa** sekä **sisällölliset haasteet kirjaamisessa**. Alakategorioita on selvitetty seuraavassa tekstissä. Kategoriat on esitetty kuviossa 4, sivulla 45.

Viestivihkot kirjaamisen apuvälineinä

Kolme (3) eri yksikköä mainitsi käyttävänsä päivittäin kirjaamisen apuvälineenä kynää ja paperia. Asioita kirjataan mm. kotihoidon viestivihkoon, omaan muistivihkoon tai merkintöjä tehtiin yksikön omaan muistivihkoon esimerkiksi yöhoitajalle.

”..käytännön asioita kirjataan paljon kotihoidon viestivihkoon.

Ajankäyttöön liittyvät haasteet

Kolmessa (3) vastauksessa mainittiin kirjaamisen esteenä olevan ajan puute ja hoitotyön kiireellisyys. Lisäksi yhdessä (1) vastauksessa mainittiin, että kirjaaminen on suoritettava varsinaisella työajalla, eikä ylitöitä saisi tulla.

"Kirjaamiseen jää liian vähän aikaa.. esim. hoitotyön yhteenveto jää usein kiireen takia tekemättä.."

Kirjaamisohjelmiin liittyvät haasteet

Viidessä (5) vastauksessa nousi esiin potilastietojärjestelmiin liittyvät epäkohdat ja tyytymättömyys niihin. Tyytymättömyyden aiheuttajana mainittiin Effic-a-ohjelma. Muita potilastietojärjestelmiä ei vastauksissa mainittu. Ohjelmiin liittyvinä ongelmina mainittiin mm. ohjelmien vaikeus, kapeat sarakkeet, sarakkeiden puuttuminen kaikilta hoitotyön prosessin osa-alueilta, ohjelman so-pimattomuus pitkäaikaishoidon käyttöön ja rakenteisen kirjaamisen toteuttamiseen.

"Nykyinen Effic-a-versio palvellut aikansa, rakenteista kirjaamista ei voida sillä toteuttaa.."

Kirjaamisympäristöön liittyvät haasteet

Kahdessa (2) vastauksessa mainittiin kirjaamisen ongelmaksi kirjaamisympäristöön liittyviä asioita. Mainittuja asioita olivat toimiston kova meteli ja autolla kulkeminen asiakkaiden luo.

"..autoilla, kun mennään paikasta toiseen on asiaa päässä todella paljon.."

Asiaton ja puutteellinen kirjaaminen

Neljässä (4) yksikössä kirjaamisen haasteeksi mainittiin epäasiallinen tai puutteellinen kirjaaminen. Kirjaaminen "mutu-tuntumalta" ja puutteelliset kirjaukset koettiin hankaloittavan hoidon arviointia. Yhdessä (1) vastauksessa mainittiin kirjattavan myös omaisten tai huonekavereiden nimiä.

"..Joskus kirjaaminen on asiatonta eli sellaista joka ei liity potilaaseen.. joskus myös omaisten tai esim. huonekavereiden nimiä.."

Vaihtelevat kirjaamistavat

Yksiköiden tärkein toive kirjaamiskoulutukselle oli vastausten perusteella kirjaamistapojen yhtenäistyminen. Kirjaamistavat ovat hyvin vaihtelevia eri yksiköiden välillä, mutta erilaisia kirjaamis-

tapoja löytyy jopa yksiköiden sisältä. Työntekijöiden kesken eroja on sekä kirjaamisen teknisessä suorittamisessa että kirjaamisen sisällössä.

”kaivataan osastolle yhtenäistä käytäntöä kirjaamisen suhteen esim. tulotilanteeseen selkeä runko, mitä pitää olla kirjattuna kun uusi potilas osastolle tulee..”

Kirjaaminen tärkeä osa hoitotyötä

Neljässä (4) vastauksessa kirjaaminen nähtiin tärkeänä osana hoitotyötä. Työyksiköissä on keskusteltu kirjaamisen tarpeellisuudesta ja kirjaamisen merkitys on ymmärretty.

”..kirjaaminen on parantunut, lisääntynyt ja sen merkitys on ymmärretty. Näkyy mm. siten että kaikki kirjaavat..”

Pelkistetty ilmaisu

Alakategoria

Yläkategoria

muistilaput
viestivihkot
päivävihkot
kotihoiton viestivihkot

}
VIESTIVIHKOT
KIRJAAMISEN
APUVÄLINEINÄ

Kirjaamiseen ei jää aikaa
Hoitotyön yhteenvedo
jää kiireen takia tekemättä
työaika ei meinaa riittää
ylitöitä ei saisi tulla

}
AJANKÄYTTÖÖN
LIITTYVÄT HAASTEET

Ohjelmien vaikeus ja hitaus
Efficca-ohjelman sopimattomuus
pitkäaikaishoitoon
Efficca-ohjelman sopimattomuus
rakenteiseen kirjaamiseen
Kapeat sarakkeet
Sarakkeiden puuttuminen

}
KIRJAAMISOHJELMIIN
LIITTYVÄT HAASTEET

Toimiston kova meteli
Autolla kulkeminen
asiakkaiden luo

}
KIRJAAMISYMPÄRISTÖÖN
LIITTYVÄT HAASTEET

Kirjaaminen voisi olla kattavampaa
Kirjaaminen ei liity potilaaseen
Omaisten tai huonekavereiden nimiä
Mutu - tuntumalta tehdyt kirjaukset
Puutteelliset kirjaukset

}
ASIATON JA
PUUTTEELLINEN
KIRJAAMINEN

Kirjaaminen vaihtelee työntekijöiden
kesken
Tietokoneen käyttötaidoissa eroja
Kirjaamisen kaava puuttuu
Otsikoita käytetään vaihtelevasti
Kaivataan yhtenäistä käytäntöä kirjaamiseen

}
VAIHELEVAT
KIRJAAMISTAVAT

Kirjaamisen tärkeys
Kirjaaminen on parantunut
Kirjaamisen merkitys on ymmärretty
Kaikki kirjaavat
Kirjaamisesta on paljon keskusteltu
Kirjaaminen asiakkaan hoidon
turvaamiseksi

}
KIRJAAMINEN TÄRKEÄ
OSA HOITOTYÖTÄ

}
KÄYTÄNNÖN
HAASTEET
KIRJAAMISESSA

}
SISÄLLÖLLISET
HAASTEET
KIRJAAMISESSA

KUVIO 4. Kirjaamisen haasteet työntekijöiden näkökulmasta

5.1.8 Yhteenveto aineiston 1 keskeisistä tuloksista

1. Tulohaastattelun toteutumisessa on paljon yksikkökohtaisia eroja ja tulohaastattelussa koettiin puutteita etenkin tiedottamiseen liittyen.
2. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään suurimmassa osassa yksiköistä
3. Hoitotyön prosessin vaiheista eniten hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon tarpeita ja toimintoja. Heikoimmin kirjataan hoidon tavoitteita. Tavoitteita kirjataan heikommin etenkin eri hoidon tarpeille.
4. Hoitotyön toteutuksen kirjaamisessa on eroja sekä työyksiköiden välillä että yksiköiden sisällä riippuen joko kirjaajasta tai kirjattavasta asiakkaasta. Kirjaaminen on joko potilaslähtöistä arvioivaa kirjaamista tai hoitajalähtöistä suoritusten kirjaamista tai molempia. Neljässä yksikössä asiakkaista kirjataan vain kerran viikossa eli päivittäistä kirjaamista ei kaikkien asiakkaiden kohdalla tehdä.
5. Hoidon arviointia kirjataan eri yksiköissä vaihtelevasti. Arviointia tehdään haavanhoidosta, lääkehoidosta, toimintakyvyn muutoksesta, fysiologisista mittauksista sekä päivittäisen kirjaamisen yhteydessä. Suurimmassa osassa yksiköistä hoidon arviointia kirjataan hoidon toteutukseen. Yhteensä viidessä (5/19) yksikössä koettiin puutteita hoidon arvioinnin kirjaamisen toteutumisessa.
6. Hoitotyön väliarvioita ei laadita suurimmassa osassa yksiköistä ja väliarvioinnin laatimisessa on suuria yksiköiden välisiä eroja.
7. Hoitotyön yhteenvetoa ei kirjata suurimmassa osassa yksiköistä.
8. Työntekijät toivat esiin kirjaamiseen liittyviä käytännön haasteita ja sisällöllisiä haasteita. Ne liittyivät enimmäkseen ajankäyttöön, kirjaamisohjelmiin sekä vaihteleviin ja puutteellisiin kirjaamistapoihin.

5.2. Rakenteisen kirjaamisen toteutuminen FinCC-luokituksen mukaisesti

Aineiston 2 analyysi vastaa tämän tutkimuksen kolmanteen tutkimuskysymykseen eli miten työntekijät kirjaavat hoidon tarpeita, tavoitteita, toimintoja, toteutusta ja arviointia harjoitellessaan FinCC-luokituksen mukaista rakenteista kirjaamista. Analyysissä käytetyn arviointilomakkeen kriteerien täyttyminen hoitotyön suunnitelmissa on laskettu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Arviointikriteerien täyttyminen hoitotyön suunnitelmissa (arvioituja suunnitelmia yhteensä 21).

	Kriteeri	Kyllä*	Ei
1	Tarve: onko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?	20	1
2	Tavoite: onko tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?	18	3
3	Onko valitut auttamismenetelmät kirjattu sille varattuun kohtaan?	14	7
4	Toteutus: onko toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan?	16	5
5	Tuloksen arviointi: onko arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?	21	0
6	Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?	18	3
7	Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?	17	4
8	Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena?	21	0
9	Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena?	12	9
10	Onko toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa?	16	5
11	Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?	15	6
12	Onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu / Onko valituilla auttamismenetelmillä ollut vaikuttavuutta?	10	11

*Kyllä -vastauksissa lomakkeen kriteerit täyttyvät koko hoitosuunnitelman osalta.

5.2.1 Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaaminen

Arviointilomakkeen 5 ensimmäisellä kysymyksellä voidaan selvittää, ovatko hoidon tarve, tavoite, suunnitelma, toteutus ja arviointi kirjattu niille varattuihin kohtiin.

Hoidon tarpeet on kirjattu 20/21 hoito- ja palvelusuunnitelmassa niille varattuun kohtaan. Yhdessä suunnitelmassa yksi hoidon tarve on kirjattu hoidon tavoitteeseen. **Hoidon tavoitteet** on kirjattu 18/21 suunnitelmassa tavoitteille varattuun kohtaan. Kahdessa suunnitelmassa hoidon tavoitteita on kirjattu myös hoidon tarpeeseen ja yhdessä suunnitelmassa tavoite on kirjattu suunniteltuihin toimintoihin.

Kaikki valitut auttamismenetelmät eli **suunnitellut hoitotyön toiminnot** on kirjattu 14/ 21 hoito-suunnitelmassa niille varattuun kohtaan. Seitsemässä (7/21) suunnitelmassa niitä on kirjattu epätarkoituksenmukaisiin kohtiin. Yhdessä suunnitelmassa auttamismenetelmä on kirjattu hoidon tarpeeseen ja kahdessa suunnitelmassa auttamismenetelmiä on kirjattu hoidon tavoitteeseen. Neljässä suunnitelmassa suunniteltuja hoitotyön toimintoja on kirjattu hoidon toteutukseen.

Hoidon toteutus on 16/21 suunnitelmassa kirjattu sille varattuun kohtaan. Yhdessä suunnitelmassa hoidon toteutusta ei ole kirjattu lainkaan, vaan hoidon tavoitteen toteutumista on suoraan arvioitu arviointi-sarakkeessa. Neljässä suunnitelmassa hoidon toteutukseen on kirjattu myös suunniteltuja hoitotyön toimintoja eli kirjaaminen on tehty *”käytetään, muistutetaan”* -muodossa. Näistä suunnitelmista yhdessä hoidon toteutuksen kirjaaminen on tehty ikään kuin useamman viikon ajalta ja muistuttaa enemmän väliarviota kuin päivittäistä kirjaamista. *”Kotihoito käynyt säännöllisesti 3x päivässä 8, 13, 20”*.

Hoidon arvio on kirjattu kaikissa suunnitelmissa (21/21) sille varattuun kohtaan. Kaikissa suunnitelmissa on käytetty Suomalaisen hoitotyön tulosluokitusta (SHTuL 1.0); parantunut, ennallaan, huonontunut, minkä lisäksi arviointiin on lisätty vapaata tekstiä vähintään yhden komponentin kohdalla 20/21 suunnitelmassa. Hoidon arviointia on useassa suunnitelmassa kirjattu myös hoidon toteutukseen.

5.2.2 Hoitotyön prosessin vaiheiden keskinäinen yhteys

Kysymykset 6 ja 7 selvittävät tarpeen ja tavoitteen sekä tavoitteen ja toteutuksen välistä yhteyttä hoitosuunnitelmassa. Tarpeen ja tavoitteen välillä on yhteys kaikkien tarpeiden kohdalla 18/21 suunnitelmassa. Yhdessä suunnitelmassa tarve on potilaan tarve, mutta tavoite on asetettu hoitajan tavoitteeksi. Kahdessa suunnitelmassa kaikille potilaan tarpeille ei ole laadittu tavoitetta.

Tavoitteen ja toteutuksen välillä on yhteys 17/21 suunnitelmassa kaikkien tavoitteiden kohdalla. Neljässä (4/19) suunnitelmassa kaikkien tavoitteiden ja toteutuksen välillä ei ole yhteyttä. Näistä kahdessa (2/19) suunnitelmassa yksittäisiä tavoitteita hoidon tarpeille ei ole määritelty, mutta yhteys hoidon tarpeen ja hoidon toteutumisen välillä löytyy. Kahdessa (2/19) suunnitelmassa hoidon toteutukseen on kirjattu suunniteltuja toimintoja, mutta hoidon toteutusta ei ole kirjattu.

5.2.3. Yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden toteutuminen hoitosuunnitelmissa

Kysymykset 8-11 selvittivät asiakaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden toteutumista hoitosuunnitelmassa. Hoidon tarve on ilmaistu potilaan tarpeena jokaisessa (21/21) suunnitelmassa. Tarve on ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena tai tarpeena. Hoidon tarpeen määrittämisen apuna on käytetty Suomalaisen hoidon tarveluokitusta (SHTaL 3.0) ja lisäksi 19:ssä suunnitelmassa tarvetta on tarkennettu vapaan tekstin avulla. Tarpeena on mainittu esimerkiksi

”AL; Traumaattinen kipu. VT: Asiakas kertoo että sääressä kovasti kipua.”

”AL; Kuivuminen. VT: Ei janontunnetta. Nieleminen vaikeaa.”

Kaikki hoidon tavoitteet on ilmaistu potilaan tavoitteina yhteensä 12/21 suunnitelmassa. Yhdessä (1/19) suunnitelmassa kaikki tavoitteet on laadittu hoitajan tavoitteiksi. Kahdeksasta suunnitelmasta (8/21) löytyy sekä potilaslähtöisiä että hoitajalähtöisiä tavoitteita.

Potilaslähtöiset tavoitteet on laadittu suunnitelmiin potilaan näkökulmasta. Yhteistä suunnitelmiin kirjatuille potilaslähtöisille tavoitteille on, että ne edesauttavat potilaan hyvinvoinnin saavuttamista eikä niissä mainita hoitotoimenpiteitä tai hoidon suorittamista. Seuraavat suunnitelmista poimitut esimerkkitalavoitteet ovat potilaslähtöisiä tavoitteita:

"Haava paranee ja turvotus laskee 2 viikossa"

"Asiakas käyttää liikkumisen apuna rollaattoria"

"Asiakas tuntee olonsa turvalliseksi"

Hoidon toteutus on kirjattu osana potilaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa 16/21 suunnitelmassa. Näissä suunnitelmissa hoidon toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tavoitteeseen.

Esimerkki:

Tavoite: *"Asiakas ehtii ajoissa vessaan."*

Hoidon toteutus: *"Ohjattu vessaan kahden tunnin välein. Ehtinyt pöntölle virtsaamaan."*

Viidessä (5/21) suunnitelmassa hoidon toteutusta ei ole kirjattu osana potilaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa. Näissä suunnitelmissa hoidon tavoitteita puuttuu tai niitä ei ole kirjattu, tavoitteet ovat hoitajan tavoitteita tai suunnitellut hoitotyön toiminnot potilaan tarpeille puuttuvat. Kolmessa (3/21) suunnitelmassa hoidon toteutukseen on kirjattu suunniteltuja hoitotyön toimintoja eli niitä hoitotyön keinoja, joiden avulla tavoitteet saavutetaan. Näissä suunnitelmissa ei ole kirjattu sitä, mitä hoitotyön toimintoja on tehty ja miten se on potilaaseen vaikuttanut.

Esimerkki:

Tarve: *"Virtsa ajoittain veristä"*

Tavoite: *"Virtsa puhtaaksi verestä"*

Toteutus: *"Asiakasta kehoitettu juomaan enemmän nesteitä."*

Esimerkissä ei ole arvioitu hoidon toteutusta eli sitä, miten nesteen juonnin kehoitus on potilaaseen vaikuttanut ja onko verivirtsaisuudessa tapahtunut muutosta.

Kysymyksessä 11 kysyttiin, onko hoidon tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen. Kaikkiaan 15/21 suunnitelmassa kaikki hoidon tulokset on arvioitu suhteessa potilaan yksilöllisiin tavoitteisiin. Yhdestä suunnitelmasta puuttuu kokonaan potilaskohtaiset tavoitteet. Viidessä 5/20 suunnitelmassa kaikkien tavoitteiden saavuttamista ei ole arvioitu ja toisaalta arvioinnissa on paljon sellaista tekstiä, jota ei ole mainittu potilaan tavoitteissa.

5.2.4 Hoidon tuloksen arviointi / auttamismenetelmän vaikutuksen kirjaaminen

Kysymyksessä 12 kysyttiin, onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu / onko valituilla auttamismenetelmillä ollut vaikuttavuutta. Kymmenessä suunnitelmassa (10/21) kaikkien auttamismenetelmien vaikuttavuus on arvioitu. Viidessä (5/21) suunnitelmassa joidenkin auttamismenetelmien vaikuttavuutta on arvioitu. Kuudessa (6/21) suunnitelmassa ei ole arvioitu yhdenkään auttamismenetelmän vaikuttavuutta potilaan näkökulmasta. Näistä kuudesta kolmessa (3/21) suunnitelmassa suunniteltuja hoitotyön toimintoja ei ole kirjattu tehdyiksi, vaan potilaasta on tehty suoraan kokonaisarviointi hoidon arviointi -sarakkeeseen. Näissä suunnitelmissa kirjaaminen ei ole päivittäistä ja potilaan näkökulma omasta tilanteestaan puuttuu. Kolmessa (3/21) suunnitelmassa tehdyt toimenpiteet on kirjattu, mutta arviointi tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksesta potilaaseen puuttuvat.

5.2.5 Yhteenveto aineiston 2 keskeisistä tuloksista

1. Hoitotyön prosessin kaikki vaiheet näkyvät hoitosuunnitelmissa selvästi.
2. Hoitotyön prosessin vaiheista etenkin hoidon tarve ja arviointi oli kirjattu hyvin niille varattuihin kohtiin. Suunniteltujen hoitotyön toimintojen ja hoitotyön toteutuksen kirjaamisessa oikeaan kohtaan on eniten kehitettävää.
3. Hoitotyön prosessin vaiheet olivat pääsääntöisesti yhteydessä toisiinsa. Tavoitteiden puutteellisuus aiheutti useimmiten yhteyden puuttumisen.
4. Potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys toteutuivat parhaiten hoidon tarpeen kirjaamisessa. Eniten oli puutteita hoidon tavoitteiden laatimisessa. Tavoitteisiin kirjattiin usein suunniteltuja hoitotyön toimintoja.
5. Hoidon tuloksia ei aina kirjattu suhteessa potilaan yksilöllisiin tavoitteisiin.
6. Hoidon / valitun auttamiskeinon vaikuttavuuden arvioinnissa ilmeni puutteita.

6 TULOSEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköissä

Tulosten mukaan tulohaastattelun toteutumisessa on suuria yksikkökohtaisia eroja. Tulohaastattelu tehdään suurimmassa osassa yksiköistä. Neljässä yksikössä tulohaastattelu ei tehdä ja yhdessä yksikössä tulohaastattelu tehdään vain suullisesti. Tulosten mukaan tulohaastattelu ei kuitenkaan tehdä riittävän kattavasti, sillä lähes puolet yksiköistä toi esiin puutteellisiin tietoihin, tietojen näkyvyyteen ja uudesta asiakkaasta tiedottamiseen liittyviä ongelmia. Eniten tulohaastattelussa kirjataan terveydentilaan ja lääkehoitoon liittyviä tietoja ja vähiten asiakkaan kokemuksellista tietoa kuten elämänhistoriaa, toiveita ja elämäntapätietoja. Tulos on verrannollinen Lehden ym. (1996, 10-11) tutkimuksen kanssa. Lehden ym. tutkimuksessa ilmeni, että tulotilanteessa kirjataan eniten päivittäisiä toimintoja ja vähiten potilaan psyykkistä tilaa sekä potilaan omaa näkemystä omasta hoidostaan.

Päivärinnan ja Haverisen (2002) laatiman ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelmaoppaan mukaan asiakkaan taustatietojen eli henkilö- ja yhteystietojen lisäksi kuuluisi asiakkaalta selvittää ”mm. asiakkaan elämäntilanne, perhesuhteet, kuntoutuksen, hoidon ja huolenpidon tarpeet, kivut, sairaudet ja oireet sekä niistä johtuvat elämän rajoitteet ja vaikeaksi koetut elämäntilanteet” (Päivärinta & Haverinen 2002, 41, viitattu 6.10.2014). Lisäksi oppaassa korostetaan asiakkaan voimavarojen, kokemuksen ja elämäntilanteen suoma mahdollisuus ja muistutetaan myös asiakkaan sosiaalisista verkostoista, ulkona liikkumisesta, ravitsemustilasta ja suun terveydentilasta ja niissä lähimmän puolen vuoden aikana tapahtuneista muutoksista. Oppaassa suositellaan käytettävän haastatteluvaiheessa asiakaslähtöistä taustatietolomaketta, joka toimii ikään kuin muistilistana työntekijälle ja auttaa löytämään asiakkaan yksilölliset tarpeet hoito- ja palvelusuunnitelman taustaksi.

Tulohaastattelusta käytettävät eri nimitykset johtunevat siitä, että vastaajia oli hyvin erilaisista yksiköistä; kotihoidosta, laitoshoidosta, asumispalveluyksiköistä ja terveystieteiden vastainotilta. Aineiston anonyymiuudesta johtuen tuloksista ei voitu selvittää yksikön luonteen vaikutusta tulohaastattelun kattavuuteen. Päivärinnan ja Haverisen (2002, 41, viitattu 6.10.2014) mukaan

taustatietojen selvittämisen prosessi tulisi olla kuitenkin samanlainen, tapahtuipa se sitten kotihoidossa, laitoshoidossa tai palveluasumisessa.

Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään suurimmassa osassa yksiköistä. Kuitenkin yhdessä yksikössä hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei tehdä lainkaan ja kahdessa yksikössä se tehdään vain tietyille potilasryhmille. Tulos on verrannollinen valtakunnallisten tilastojen kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän kuntakyselyn 2013 mukaan Manner-Suomen alueella 90%:ssa kotihoidon yksiköistä lähes kaikilla (vähintään 2/3) ja 87%:ssa julkisen terveydenhuollon ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä lähes kaikilla (vähintään 2/3) on ajan tasalla oleva hoito- ja palvelusuunnitelma (THL 2014c, viitattu 4.10.2014; THL 2014d, viitattu 4.10.2014). Useat tutkimukset (mm. Voutilainen 2004, 71; Muurinen & Soini 2009, 12-13; Isola ym. 2001, 52) kuitenkin osoittavat, ettei hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadita kaikille potilaille. Tähän opinnäytetyöhön osallistuneissa yksiköissä hoito- ja palvelusuunnitelmia laaditaan hyvin edellä viitattuihin tutkimuksiin verrattuna.

Hoito- ja palvelusuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille säännöllistä hoitoa tai palveluja saaville asiakkaille. Se perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Lain mukaan kaikille säännöllisesti palvelua tai hoitoa saaville asiakkaille on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma ja se on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 2:7 §; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:4a §.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yksiköissä pääsääntöisesti hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Hoitotyön prosessin vaiheita kirjataan vaihtelevasti eri yksiköissä. Hoidon tarpeita, tavoitteita ja toimintoja ei kaikissa yksiköissä kirjata. Eniten hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon tarpeita ja hoitotyön toimintoja. Heikoimmin yksiköissä toteutuu hoidon tavoitteiden kirjaaminen. Etenkin eri hoidon tarpeille omien tavoitteiden laatiminen on useimmissa yksiköissä vieraampaa. Samansuuntaisia tuloksia on havaittavissa aikaisemmissa tutkimuksissa. Esim. Lehden ym. (1996, 14-16) ja Virolaisen (2006, 64-65) tutkimuksessa hoitohenkilökunta kirjasia määrällisesti eniten hoidon tarpeita. Hoidon tavoitteiden kirjaamisen vaikeus näyttäytyy myös toisessa aineistossa, jonka tulosten mukaan tavoitteisiin kirjataan suunniteltuja hoitotyön toimintoja ja hoitajan omia tavoitteita. Tavoitteiden kirjaamisessa on useiden tutkimusten (mm. Lehti ym. 1996, 15-17 ja Tuomikoski 2008, 60) mukaan puutteita. Virolaisen (2006, 64-65) tutkimuksessa perusterveyden-

huollon kirjaamisesta hoitohenkilökunta kirjasi paljon hoidon päätavoitteita, mutta välitavoitteiden kirjaamista tapahtui harvemmin. Myös Leinon (2004, 40) tutkimuksen mukaan välitavoitteiden kirjaamisessa on puutteita.

Hoidon tavoitteiden kirjaaminen on tärkeä osa potilaan hoitosuunnitelmaa, jotta potilaan hoito voidaan toteuttaa yksilöllisesti ja yhteisten pelisääntöjen mukaisesti. Hoitotyön toimintojen potilaslähtöinen kirjaaminen edellyttää konkreettisia ja saavutettavissa olevia tavoitteita. Konkreettisten välitavoitteiden laatiminen auttaa myös potilasta hahmottamaan päätavoitteen saavuttamista ja motivoimaan häntä kuntoutumisessa. (Ahonen ym. 2013, 52-53.)

Hoitotyön toimintoja kirjataan tämän tutkimuksen tulosten mukaan hyvin. Useassa vastauksessa nousi esiin asiakkaan saamien palvelujen kirjaaminen. Kotihoidossa asiakkaan saamat tukipalvelut ovat niitä hoitotyön keinoja, joilla asukkaan päätavoitteeseen eli kotona pärjäämiseen pyritään (STM 2014, viitattu 5.10.2014). Palvelujen lisäksi hoitotyön toiminnoista puhuttiin auttamismenetelminä, hoitotyön toimintoina ja -keinoina, kotona asumisen tukemisena sekä sovittuina asioina ja hoito-ohjeina.

Kysymykseen hoitotyön toteutuksen kirjaamisesta oli vastattu monilla eri tavoilla, joten aineiston analysointi oli melko haastavaa. Hoitotyön toteutukseen kirjataan tulosten mukaan sekä potilaan voinnin ja toimintakyvyn muutoksia että hoitajan suorittamia toimenpiteitä ja mittauksia. Hoitotyön toimintojen kirjaaminen on tämän tutkimuksen tulosten mukaan sekä hoitajan suorittamisen kirjaamista että potilaan tilaa arvioivaa kirjaamista. Yhteensä seitsemän (7/19) yksikön vastauksista löytyi mainintoja sekä potilaslähtöisestä kirjaamisesta että hoitajan suorittaman hoidon kirjaamisesta.

Tulosten mukaan hoitotyön toteutuksen kirjaamisessa on suuria eroja riippuen työyksiköstä, kirjaajasta tai kirjattavasta asiakkaasta. Jopa neljässä yksikössä asiakkaista kirjataan vain kerran viikossa tai ainoastaan silloin kun asiakkaan voinnissa on jotain erityistä. Päivittäistä kirjaamista ei näissä yksiköissä siis tehdä. Lisäksi kolmessa yksikössä kirjaamisen kattavuus vaihtelee riippuen asiakkaasta ja kirjaajasta. Tulokset hoitotyön toteutuksen kirjaamisesta ovat samansuuntaisen aikaisempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan päivittäisessä kirjaamisessa on paljon yksikkökohtaisia eroja. Voutilaisen (2004, 71-72) tutkimuksessa päivittäistä kirjaamista tehtiin säännöllisesti, kun taas Isolan ym. (2001, 62-64) tutkimuksessa ilmeni että joidenkin potilaiden kohdalla päivittäistä kirjaamista tehdään vain satunnaisesti. Isolan ym. (2001, 52-54) mukaan kirjaami-

nen on joskus hoitajan suorittamien toimenpiteiden ja töiden luettelointia. Myös Tuomikoski (2008, 55-57) on tutkimuksessaan todennut, että päivittäinen hoidon toteutuksen kirjaamisesta puuttuu arvioiva kirjaamisote.

Päivärinnan ja Haverisen (2002, 44, viitattu 6.10.2014) oppaassa korostetaan yksittäisen työntekijän vastuuta päivittäisestä ja ajantasaisesta kirjaamisesta. Päivittäinen kirjaaminen on palvelutapahtuman lisäksi tärkeää myös asiakkaan ja työntekijän oikeusturvan kannalta. Ajantasaisen kirjaamisen perusteella tulee pystyä osoittamaan, mitä palvelua, milloin ja kuinka paljon asiakas on saanut. Kirjatun tekstin tulee olla ymmärrettävää, totuudenmukaista, johdonmukaisesti etenevää ja asiakasta kunnioittavaa.

Hoidon arviointia kirjataan eri yksiköissä vaihtelevasti haavanhoidosta, lääkehoidosta, toimintakyvyn muutoksista ja fysiologisista mittauksista. Hoidon arviointia tehdään suurimmassa osassa yksiköistä (13/19) päivittäisen kirjaamisen yhteydessä. Päivittäisen kirjaamisen ollessa arvioivaa kirjaamista, puhutaan reflektiivisestä työotteesta (Päivärinta & Haverinen 2002, 46, viitattu 6.10.2014). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kaikkien yksiköiden työntekijät eivät ole tyytyväisiä yksikkönsä kirjaamiseen hoidon arvioinnista. Yhteensä viiden (5/19) yksikön vastauksista nousi esiin mm. hoidon arvioinnin kirjaamisen epäsäännöllisyys, kattamattomuus, kirjaamisen luettelomaisuus sekä vaihtelu kirjaamisessa eri työntekijöiden kesken. Hoidon arvioinnin kirjaaminen on haasteellista myös tutkimusten valossa. Esimerkiksi Voutilaisen (2004, 71-72) ja Lehden ym. (1996, 20-21) mukaan arviointia tehdään hoitotyön suunnitteluun ja potilaan fyysisiin tarpeisiin nähden liian vähän. Ikosen (2007, 53) tutkimuksessa hoidon arvioinnin kirjaaminen koettiin hoitotyön prosessin vaikeimmaksi asiaksi. Voutilaisen (2004, 71-72) mukaan hoidon arvioinnin kirjaaminen ei ole mahdollista, jos hoidon tavoite puuttuu.

Tämän tutkimuksen mukaan suurimmassa osassa yksiköistä väliarvioita ja hoitotyön yhteenvetoa ei kirjata. Väliarvioinnin ja hoitotyön yhteenvedon tekemisessä on kuitenkin suuria yksikkökohtaisia eroja. Vain viidessä (5) yksikössä väliarvio tehdään säännöllisesti ja kolmessa yksikössä se tehdään tarvittaessa asiakkaan tilanteen muuttuessa. Muurisen ja Soinin (2009, 17, viitattu 6.10.2014) tekemän selvityksen mukaan Helsingin Riistavuoren vanhuskeskuksessa vain 57%:lla asukkaista oli 3 kk:n aikana päivitetty hoito- ja palvelusuunnitelma. THL:n suositus on että väliarvio tehdään pitkäaikaispotilaille säännöllisesti vähintään kolmen kuukauden välein (THL 2014a; 71-72, viitattu 6.10.2014).

Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että jopa kolmessa yksikössä väliarvio tehdään suullisesti. Väliarvioinnin tarkoituksena on päivittää potilaan hoito- ja palvelusuunnitelma ajan tasalle potilaan sen hetkisen voinnin ja hoidon tarpeen mukaiseksi (THL 2014a; 71-72, viitattu 6.10.2014). Suullisen arvioinnin juridisuus voidaan kyseenalaistaa, sillä siitä ei jää virallista dokumenttia. Viralliset dokumentit ovat tarpeen potilaan ja hoitajan oikeusturvan toteutumisen kannalta. (Amberla 2007, 33.)

Hoitotyön yhteenvetoa ei tämän tutkimuksen perusteella tehdä suurimmassa osassa yksiköistä (10/19). Asiakkaan kuolema mainittiin viidessä yksikössä olevan siihen syynä. Muita syitä ei tuloksista tullut ilmi. Kolmessa yksikössä mainittiin tehtävän hoitotiedote, jos asiakas muuttaa toiseen hoitoyksikköön. Vastanneiden yksiköiden työntekijöistä suurin osa työskentelee pitkäaikais-sairaiden ihmisten parissa, kuten kotihoidossa ja vanhusten asumispalveluyksiköissä, jossa asiakassuhteet ovat pitkiä. Laineen (2008, 37) tutkimuksessa hoitohenkilö koki kirjaavansa hyvin hoitotyön yhteenvedot. Kyseisessä Laineen tutkimusyksikössä oli jo jonkin aikaa käytetty rakenteisen kirjaamisen mallia. Laineen tutkimuksesta ei käy ilmi, onko se tehty sairaalan osastolla vai pitkäaikaishoito-osastolla.

Tähän tutkimukseen osallistuneet yksiköt toivat esille kirjaamiseen liittyviä haasteita liittyen lähinnä käytännön kirjauksen toteuttamiseen mutta myös kirjaamisen sisällöllisiin asioihin. Eniten haasteita koettiin ajankäyttöön ja kirjaamishjelmiin sekä kirjaamisen sisältöön liittyvissä asioissa. Ongelmien ja haasteiden lisäksi kirjaaminen nähtiin myös tärkeänä osana hyvää hoitotyötä. Ikonen (2007, 41-59) tutkimuksen mukaan hoitotyön kirjaamisen osaamiseen vaikuttavat hoitohenkilökunnan mielestä eniten hoitotyön sisällön osaaminen ja tietotekniset taidot.

Monissa tutkimuksissa on tullut ilmi ajankäyttöön liittyviä haasteita kirjaamisessa (Laine 2008, 34-35; Virolainen 2006, 79; Ikonen 2007, 41-42). Etenkin kirjaamiskäytäntöjen muutosten aikana hoitajat kokevat työajan lyhentyneen välittömästä potilastyöstä. Laineen (2008, 34-35) tutkimuksessa hoitohenkilökunta toi esiin rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton myötä tapahtuneen potilastyöajan vähentymisen. Myös Virolaisen (2006, 78-79) tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunta kokee välittömän potilastyöajan vähentyneen sähköisen kirjaamisen käyttöön otton myötä. Virolaisen tutkimuksen mukaan sähköinen kirjaaminen vaatii enemmän ajankäytön suunnittelua. Ikonen (2007, 41-42) on tutkinut hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Ikonen mukaan hoitohenkilökunta pitää suurimpana esteenä tietotekniikan käytölle juuri ajan puutetta.

Tässä tutkimuksessa tuli esiin kirjaamisohjelmaan liittyvää tyytymättömyyttä viiden yksikön vastauksista. Vastauksissa oli mainittu tyytymättömyyttä aiheuttavina tekijöinä mm. potilastietojärjestelmiin liittyvät tekniset epäkohdat ja järjestelmän käytön vaikeus. Myös kirjaamisympäristöön liittyviä epäkohtia tuli esiin kolmessa yksikössä. Kirjaamisympäristön merkitys on tullut esiin myös aiemmissa tutkimuksissa. Virolaisen (2006, 59) tutkimustulosten mukaan jopa 90 % hoitajista tuo esiin kirjaamiseen varatun rauhallisen tilan vaikutuksen parempaan kirjaamiseen.

Kirjaamisen sisällöllisistä asioista henkilökunta toi esiin asiattoman tai puutteellisen kirjaamisen sekä vaihtelevat kirjaamistavat. Kirjaamisen puutteellisuus ja vaihtelevat kirjaamistavat tuli esiin aineistoa eri osioissa. Kirjaamistapojen vaihtelua on eri yksiköiden välillä, mutta myös yksiköiden sisällä riippuen kirjaajasta tai kirjattavasta potilaasta. Näin ollen vastaajien mielipide on yhtenevä aineistosta nousseiden tulosten kanssa. Kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen on sekä vastaajien toive että tämän tutkimuksen tulosten mukainen kehittämishaaste.

Hoitotyön keskeisistä periaatteista potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, jatkuvuus ja turvallisuus ovat myös hoitotyön kirjaamisen periaatteita (Ensio & Saranto 2004, 9). Kirjaamisen avulla hoitotyö järjestetään kirjalliseen muotoon ja tällä tavoin voidaan taata potilaan hyvän hoidon lisäksi sekä potilaan että hoitajan oikeusturva. Siksi kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä (Anttila ym. 2010, 51-52). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan työntekijät pitävät kirjaamista tärkeänä osana hyvää hoitotyötä. Kirjaamisesta on myös työyhteisöissä puhuttu ja sen merkitys on ymmärretty.

6.2 Rakenteisen kirjaamisen toteutuminen hoitotyön prosessimallin ja FinCC-luokituksen mukaisesti

FinCC -luokituksen mukainen kirjaaminen oli yleisesti onnistunut melko hyvin. Hoitotyön prosessin vaiheet olivat selkeästi nähtävissä, kun kirjaaminen tehtiin rakenteisen luokituksen mukaisesti. Hoitotyön prosessin vaiheet oli kirjattu hyvin niille varattuihin kohtiin (taulukko 2.). Parhaiten oikeisiin kohtiin oli kirjattu hoidon tarpeet ja hoidon arviointi. Sen sijaan suunniteltujen hoitotyön toimintojen ja hoidon toteutuksen kirjaamisessa oikeaan paikkaan oli eniten kehitettävää. Etenkin suunniteltuja hoitotyön toimintoja löytyi lähes kaikista prosessin vaiheista. Päivittäinen / työvuorottain tapahtuva kirjaaminen ei kaikissa suunnitelmissa näy selkeästi hoidon toteutus –kohdassa. Tulos on poikkeava aikaisempiin tutkimuksiin nähden. Esimerkiksi Anttilan (2010, 8-12, viitattu 7.11.2014) mukaan rakenteisen kirjaamisen ongelmana on juuri prosessin vaiheiden kirjaaminen sattuman varaisesti mihin tahansa kohtaan. On toki huomioitava, että tämän opinnäytetyön ai-

neistona olleet hoitotyön suunnitelmat on laadittu harjoitusmielessä valmiille luokitus-pohjalle, kun taas Anttilan (2010) tulokset nousevat todellisen päivittäisen kirjaamisen tarkastelusta.

Sainola - Rodriguez ja Ikonen (2007, 49-52) ovat hoitotyön vuosikirjassa kertoneet kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta sekä tarve- ja toimintoluokitusten käytöstä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalla. Heidän kokemustensa mukaan hoitotyön prosessimallin hallitsemisissa oli hoitohenkilökunnalla puutteita. Heidän käyttötilastojensa mukaan hoitotyön prosessia ei käytetty systemaattisesti. Esimerkiksi hoitotyön toimintoja kirjattiin huomattavasti enemmän kuin hoidon tarpeita. Lisäksi prosessin eri vaiheita kirjattiin tiettyyn vaiheeseen, useimmiten hoitotyön toteutuksen alle. Myös Tantun ja Rusin (2007, 113-122) mukaan rakenteisen kirjaamisen pilottiyksiköiden kirjaamisessa painottui hoitotyön toimintojen kirjaaminen ja arvioinnin kirjaaminen jäi vähäiseksi. Osassa pilottiyksiköitä hoidon tavoitteiden kirjaaminen oli vähäistä, mutta arviointia pyrittiin silti tekemään. Laineen (2008, 37) tutkimuksessa hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta hoitohenkilökunta koki kirjaavansa parhaiten hoidon toteuttamista. Tutkimuksessa tuli ilmi, että rakenteisen kirjaamisen oltua jonkin aikaa käytössä potilaan tarpeiden kirjaaminen oli heikentynyt selvästi alkutilanteeseen nähden. Myös Riihimäellä ja Kainuussa (Härkönen 2008, 18-19, viitattu 7.11.2014; Anttilan 2010, 8-10, viitattu 7.11.2014) käyttöön otetun rakenteisen kirjaamisen myötä on todettu eniten kehitettävää juuri hoidon tarpeen kirjaamisessa. Laineen (2008, 37) tutkimuksen pilottiosastolla hoitotyön prosessia ei käytetty systemaattisesti, vaan prosessin vaiheita kirjattiin yhteen kohtaan, useimmiten hoidon toteutus -kohtaan. Myös hoidon arvioinnin kirjaamisessa ilmeni puutteita.

Tässä tutkimuksessa hoitotyön prosessin vaiheet näkyivät suunnitelmissa selkeästi ja ne etenivät pääsääntöisesti dynaamisesti vaiheesta toiseen. Etenkin tarpeen ja tavoitteen välinen yhteys oli selvästi havaittavissa. Tarpeen ja tavoitteen sekä tavoitteen ja toteutuksen välisen yhteyden puuttumisen suurimpana syynä oli, että tavoitetta tai hoidon toteutusta ei ole kirjattu.

Hoidon yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys toteutuivat tässä tutkimuksessa parhaiten hoidon tarpeen arvioinnissa. Kuitenkin Ikonen (2007, 53) tutkimustuloksissa hoitohenkilökunta koki hoidon tarpeiden määrittämisen hoitotyön prosessin vaikeimmaksi asiaksi yhdessä hoidon arvioinnin kanssa. Syynä tähän saattaa olla se, että tässä tutkimuksessa hoidon tarpeet oli laadittu kuvitellun potilaan tarpeista ja ne oli suurimmaksi osaksi otettu suoraan SHTaL -luokituksesta. Ikonen (2007, 53) tutkimustulokset taas pohjautuvat hoitotyön todellisuuteen.

Huonoiten yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys toteutuivat tässä tutkimuksessa hoidon tavoitteissa. Tavoitteisiin oli kirjattu paljon hoitajalähtöisiä tavoitteita. Useille suunnitelmiin kirjatuille hoidon tavoitteille oli ominaista, että niistä puuttui tavoitteen kohde eli asiakas / potilas. Esimerkki tällaisesta tavoitteesta on *”Saada rakko tyhjenemään spontaanisti”*. Esimerkkituloite ei kerro potilaan tavoitteesta, vaan se on paremminkin asetettu hoitajan tavoitteeksi. Potilaan tavoite voisi olla esimerkiksi *”Potilaalla ei ole virtsaumpea / potilaan rakko tyhjenee spontaanisti”*.

Lisäksi hoidon tavoitteiksi oli tässä tutkimuksessa kirjattu jo valmiita hoitotyön keinoja, joiden avulla tavoite pyritään saavuttamaan. Varsinainen potilaan hoidon tavoite usein puuttui näistä suunnitelmista. Tavoitteeksi oli kirjattu esimerkiksi;

”Hygienian hoito”

”Seurataan, johtuuko levottomuus mahdollisesta VTI:stä.”

”Turvallisuuden tunteen luominen”

Tämän kaltaiset tavoitteet eivät kerro potilaan tavoitteista, vaan hoitotyön keinoista ratkaista potilaan ongelma. Ne kuuluvat hoitotyön suunniteltuihin toimintoihin. Hoitajan toimintaa kuvaavien tavoitteiden pohjalta on mahdotonta arvioida potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia (Ahonen ym. 2013, 53).

Jos hoidon tavoitteet eivät olleet potilaslähtöisiä tai hoidon tavoitteet puuttuivat, ei myöskään hoidon toteutuksen kirjaaminen tapahtunut yksilöllisten tavoitteiden mukaisesti. Potilaslähtöisten tavoitteiden puuttuminen vaikutti tässä tutkimuksessa myös hoidon tuloksen ja valitun auttamismenetelmän vaikuttavuuden arviointiin. Hoidon tuloksia kirjattiin useassa suunnitelmassa yksilöllisiin tavoitteisiin nähden vähän. Myös valittujen hoitomenetelmien vaikuttavuuden potilaslähtöinen arviointi oli suunnitelmissa vähäistä. Voutilaisen (2004, 71-72) väitöskirjan mukaan hoidon arviointi ei onnistu, jos yksilölliset tavoitteet potilaan hoidolle puuttuvat. Myös useissa muissa tutkimuksissa on todettu, että hoitotyön kirjaamisen haasteena on juuri tavoitteellisuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin puuttuminen (Vaarama ym. 2006, 59-61, Tuomikoski 2008, 56-57).

6.3 Yhteenveto ja johtopäätökset

Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköiden kirjaamiskäytännöissä on paljon yksikkökohtaisia eroja. Eniten yksiköiden välisiä eroavaisuuksia on hoidon toteutuksen kirjaamisessa ja väliarvioinnin tekemisessä. Kaikissa terveydenhuollon yksikössä kirjaaminen ei tapahdu

hoitotyön periaatteiden, lainsäädännön vaatimusten tai kansallisten suositusten mukaisella tavalla. Puutteita on etenkin tulohaastattelun laatimisessa, hoidon tavoitteiden kirjaamisessa, hoidon toteutuksen kirjaamisessa, hoidon arvioinnin kirjaamisessa, väliarvioinnin kirjaamisessa sekä hoitotyön loppuarvioinnin kirjaamisessa. Päivärinnan ja Haverisen (2002, 41, viitattu 6.10.2014) laatiman ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelmaoppaassa painotetaan nimenomaan ikäihmisten kohdalla voimavarojen, kokemuksen ja elämänviisauden merkitystä. Näitä asioita tuli aineistossa esille vain vähän.

Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisessa on puutteita etenkin hoidon tavoitteiden ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Tutkimusten mukaan kirjaamisessa painottuu hoitotyön toimintojen kirjaaminen (mm. Sainola - Rodriguez & Ikonen 2007, 41-52; Tanntu & Rusi 2007, 117-118; Laine 2008, 37). Esimerkiksi Sainola-Rodriguezin & Ikonen (2007, 41-52) tutkimuksen mukaan hoitotyön prosessin kaikkia vaiheita kirjataan eniten hoitotyön toteutuksen alle. Samojen tutkimusten mukaan myös hoidon arvioinnissa on todettu olevan puutteita.

Potilaan tilanteiden raportointia tehdään yksiköissä suullisesti, etenkin väliarvioinnin ja hoidon arvioinnin suhteen. Kuitenkin tutkimuksesta nousi esiin melko vahvana juuri tiedon kulkuun liittyviä ongelmia. Suullinen asioista sopiminen ei ole juridisesti pätevää, sillä asiakirjojen jälkikäteen tarkastamisen yhteydessä huomioidaan vain kirjattu tieto (Hallilla & Graeffe 2005,18). Tieto ei ole kaikkien hoitoon osallistuvien löydettävissä ja käytettävissä jos asioista sovitaan vain suullisesti. Selkeästi kirjattu hoitosuunnitelma turvaa hoidon jatkuvuuden, parantaa potilasturvallisuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden oikeusturvaa. (Päivärinta & Haverinen 2002,18-19, viitattu 6.10.2014.)

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen auttaa hoitotyön prosessin ja sen vaiheiden hahmottamisessa. Tässä tutkimuksessa prosessin vaiheista parhaiten oikeisiin kohtiin oli kirjattu etenkin hoidon tarpeet, tavoitteet ja arviointi. Sen sijaan suunniteltuja hoitotyön toimintoja oli kirjattu eniten väärin paikkoihin. Usein ne sekoitettiin hoidon tavoitteisiin tai hoidon toteutukseen. Hoitotyön prosessin osaaminen helpottaa myös FinCC-luokituksen mukaisen rakenteisen kirjaamismallin hahmottamista ja käyttöönottoa (Laine 2008, 37).

Potilaslähtöisten tavoitteiden asettaminen on hoitotyön prosessin toteutumisen lähtökohta. Tulosten mukaan yksilöllisen tavoitteen puuttuminen tai hoitajan näkökulmasta asetettu tavoite ovat

esteitä hoitotyön toteutuksen potilaslähtöiselle kirjaamiselle ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnille. Jos hoitotyön tavoitteet on asetettu hoitajan toimintaa kuvaaviksi, ei potilaan tilanteen arviointi ole mahdollista (Ahonen ym. 2013, 53).

Hoitotyön auttamismenetelmien vaikuttavuutta ei arvioida systemaattisesti. Vaikuttavuuden arvioinnin puuttuminen tuli esiin tutkimuksen molemmista aineistoista. Hoidon ja valittujen auttamismenetelmien vaikuttavuuden puutteellinen arviointi nousee esiin myös kirjaamiseen liittyvistä tutkimuksista (esim. Lehti ym. 1996, 21-23; Isola ym. 2001, 52-61).

7 POHDINTA

7.1 Aineistoon liittyvää pohdintaa

Opinnäytetyössä analysoitava aineisto oli valmis aineisto, joka oli kerätty kirjaamiskoulutuksen aikana. Valmiin aineiston käyttäminen vaikutti tutkimusmenetelmien valintaan merkittävästä. Aluksi aineistoa tarkasteltaessa se vaikutti selvästi laadulliseen tutkimukseen sopivalta, mutta siitä löytyi myös määrälliseen tutkimukseen sopivia piirteitä. Aineistoa analysoidessa ilmeni aineiston haastavuus, sillä etenkin ennakkotehtävän vastauksiin oli vastattu eri yksiköissä eri laajuudella ja joihinkin kysymyksiin oli vastattu hyvin lyhyesti. Lisäksi suoriin kysymyksiin ei oltu vastattu suoraan, vaan vastaus oli löydettävissä rivien välistä. Vastauksia kysymyksiin löytyi myös toisten kysymysten vastauksista, mikä aiheutti oman haasteensa analyysin tekemiseen. Joihinkin kysymyksiin oli jätetty kokonaan vastaamatta.

Tulosten kannalta olisi ollut mielenkiintoista tietää vastaajan hoitoyksikön luonne, yksikössä käytössä oleva tietojärjestelmä ja onko vastaajana ollut rivityöntekijä vai johtoportaan kuuluva henkilö. Näiden tietojen avulla olisi voinut selvittää asioiden vaikutuksista tutkimustuloksiin ja verrata esimerkiksi erityyppisten yksiköiden vastauksia keskenään. Analysoitavat tehtävät olivat kuitenkin anonyymeja ja tehtävistä oli poistettu yksiköiden ja vastaajien nimet, joten yksiköiden luonnetta ei suurimmassa osassa tehtävistä voitu selvittää. Osassa vastauksista kuitenkin toistui esimerkiksi kotihoito-sana, joten niistä pystyi päättämään vastaajien työskentelevän kotihoidon yksiköissä. Asiaa ei kuitenkaan voitu tuloksissa hyödyntää, koska kaikkien yksiköiden luonnetta ei ollut tiedossa. Tehtävissä ei kysytty yksikössä käytössä olevasta potilastietojärjestelmästä, mutta yhteensä 13 vastauksessa potilastietojärjestelmä oli mainittu. Sen perusteella Efficatietojärjestelmä oli käytössä ainakin 12 yksikössä ja Pegasos-järjestelmä oli käytössä ainakin yhdessä yksikössä.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Laadullisen tutkimuksen eettisyys lähtee aiheen valinnasta. Tutkijan on mietittävä jo aihetta valittaessa, ketä aihe hyödyttää, kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 129.) Mielestäni tämän opinnäytetyön aihe on kohderyhmälleen hyödyllinen. Koulutukseen osallistujat voivat käyttää opinnäytetyön tuloksia apunaan rakenteisen kirjaamisen

käyttöönoton aikana ja kehittäessään kirjaamistaan. Lisäksi työyksiköiden esimiehillä on mahdollisuus kartoittaa työyksiköiden koulutustarvetta ja yhtenäistää eri yksiköiden välisiä kirjaamiskäytäntöjä. Tutkimus hyödyttää myös kirjaamiskoulutuksen opettajaa, sillä hän pystyy tulosten perusteella arvioimaan opetuksensa vaikuttavuutta.

Opinnäytetyöni aineistona käytettyihin ennakotehtäviin vastanneet työntekijät ovat antaneet kirjallisen luvan tehtävien käyttämisestä opinnäytetyön materiaalina sillä ehdolla, ettei heidän henkilö- tai työyhteisötietoja tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Aineisto on saatu täydennyskoulutusta pitäneeltä OAMK:n opettajalta Tuula Nissiseltä. Kyselyt on käsitelty täysin anonyymeina, eikä vastauksista voi päätellä yksikköä tai vastaajien henkilöllisyyttä. Vastaajat voivat kuitenkin itse tunnistaa oman tekstinsä esimerkkisiteerauksista, joita on käytetty tutkimustulosten raportointikohdassa.

Oulunkaaren seutukunnan terveystalouden johtaja on sähköpostin välityksellä luvannut käyttää kirjaamiskoulutuksen ennakko- ja välitehtäviä opinnäytetyön aineistona ilman erikseen haettua lupaa. Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon työyksiköiden kanssa on laadittu opinnäytetyöstä yhteistyösopimus. Sopimuksen mukaan tutkimus ei velvoita yhteistyökumppania tai koulutukseen osallistuneita minkäänlaiseen taloudelliseen tai aikataululliseen sitoutumiseen tutkimuksen suhteen. Tutkimuksesta laaditaan kirjallinen tuotos työyhteisölle luettavaksi ja käytettäväksi esim. toimipaikkakohtaisiin koulutuksiin ja rakenteisen kirjaamisen kehittämisen tueksi.

Opinnäytetyössä käytettyyn kirjallisuuteen ja verkkojulkaisuihin on viitattu tekstissä ja niiden alkuperä on merkitty lähdeluetteloon. Suurin osa käytetyistä lähteistä on uusia ja sen perusteella ajan tasalla olevaa tietoa. Vanhempien lähteiden kohdalla kyse on alkuperäisestä lähteestä, joiden tieto on pysynyt samanlaisena kautta vuosikymmenten. Esimerkiksi Yuran & Walshin vuoden 1988 teos hoitotyön prosessista on tarkoituksella tutkimukseen valittu alkuperäisteos. Samoin 1990 – luvulla laaditut tutkimusmenetelmistä kertovat teokset eivät mielestäni ole menettäneet validiuttaan. Opinnäytetyössä käytettävät kaikki tutkimukset ovat melko uusia tieteellisiä tutkimuksia.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Tutkijan on pystyttävä olemaan objektiivinen ja perusteltava tulkintansa ja valintansa tutkimusprosessin aika-

na. Tutkijan on oltava rehellinen, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tekemät tulkinnat, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan arvot vaikuttavat väistämässä tutkimuksessa tekemiinsä valintoihin. Siksi tutkijan on syytä paljastaa tutkimukseen vaikuttavat arvonsa. Se tekee tutkimuksen läpinäkyväksi. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 160.)

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimuksen toteutuksen ja menetelmän tarkka kuvaus sekä aineiston luotettavuus (Paunonen & Vehviläinen – Julkunen 1997, 218; Hirsjärvi ym. 2007, 228). Olen perustellut opinnäytetyössä käyttämiäni menetelmiä luvussa 4. Tässä opinnäytetyössä aineiston luotettavuus voidaan varmistaa käyttämällä alkuperäistä aineistoa (henkilötiedot poistettu) ja tekemällä yhteistyösopimus Oulunkaaren seutukunnan kanssa. Tutkimuksen luotettavuuteen pyritään myös tutkijan objektiivisella asennoitumisella tutkimusaineistoon ja saatuihin tuloksiin. Tutkijalla ei saa olla omia ennakkokäsityksiä tai odotuksia tutkimustuloksista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 218.)

Tutkijan on luotettava, että analysoitava materiaali perustuu toteen. Laadullisen aineiston riskinä on se, että aineisto on liian niukkaa ja lyhytsanaista. Tutkija ei saa tehdä aineistoon nähden vääränlaisia johtopäätöksiä. Laadullisen tutkimuksen raportoinnissa on tärkeää tutkijan tekemien päätelmien selkeät perustelut. Tutkijan on perusteltava tutkimustekstissään, mistä valintojen joukosta valinta tehdään ja miten hän on lopullisiin ratkaisuihinsa päätenyt. Perusteluissa voidaan käyttää tutkittua tietoa tai aineistosta peräisin olevia sitaatteja. (Paunonen & Vehviläinen – Julkunen 1997, 218-219; Hirsjärvi ym. 2007, 228; Tuomi & Sarajärvi 2012, 158-159.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta heikentää aineiston laatuun liittyvät seikat. Etenkin ensimmäiseen aineiston analysointiin liittyy tutkimuksellista luotettavuutta heikentäviä seikkoja. Aineiston analysointimenetelmän valinta ei mielestäni ollut kaikkein järkevin. Aineisto ei ollut tarpeeksi laaja kattavaan ja luotettavaan sisällönanalyysiin. Aineistosta oli miltei mahdotonta tehdä luokituksia, sillä joihinkin kysymyksiin oli vastattu hyvin lyhyesti. Lisäksi kirjaamisen toteutumisesta yksiköissä ei pelkän sisällön analyysin tulosten perusteella voi yleistää, koska kirjaaminen tapahtui eri yksiköissä hyvin erilaisilla tavoilla. Sen sijaan kvantifioinnin käyttäminen tutkimuksen analysoinnissa tarkentaa tutkimustuloksia ja lisää tutkimustulosten luotettavuutta. Myös aineistosta tuloksiin nostetut esimerkkisitaatit parantavat tutkimuksen luotettavuutta.

Toisen aineiston luotettavuuteen vaikutti myös aineiston laatuun liittyvät asiat. Hoitosuunnitelmat oli tehty harjoitusmielessä, mikä osaltaan saattoi vaikuttaa esimerkiksi hoidon toteutuksen kirjaa-

miseen. Lisäksi hoitosuunnitelmaharjoituksia oli tehty hyvin eri laajuudella eri yksiköissä. Toisissa yksiköissä suunnitelma oli laadittu kahdesta hoidon tarpeesta, mutta useammassa yksikössä se oli laadittu useammasta hoidon tarpeesta. Lisäksi samassa hoitosuunnitelmassa eri tarpeille tehtyt suunnitelmat saattoivat olla laadultaan hyvin vaihtelevia. Tutkijana en tutkimuksen objektiivisuuden vuoksi voinut valita, mitä hoitosuunnitelman osa-alueita otan analysoitavaksi. Sen vuoksi otin analysoitavaksi koko suunnitelman, olipa se tehty kahdesta tai seitsemästä hoitotyön tarpeesta.

Lisäksi kirjaamisen arviointitaulukon käyttö aiheutti tutkimuksen analysointiin liittyvän ongelman. Minun oli ratkaistava, riittääkö yhdenkin arviointilomakkeessa kysytyn ilmiön löytyminen täyttämään kyllä -kriteerin, vai pitääkö ilmiö löytyä kaikkien hoidon tarpeiden osalta. Päädyin jälkimmäiseen ratkaisuun, sillä aineisto oli niin pieni, ettei ensimmäinen vaihtoehto olisi tuonut esiin hoitosuunnitelmissa esiintyviä kehittämistarpeita.

Tulosten luotettavuutta voidaan varmistaa esittämällä tutkimuksen tulokset Oulunkaaren seutukunnan perusterveydenhuollon yksiköiden johtohenkilökunnalle. Lisäksi työntekijöillä on mahdollisuus tutustua opinnäytetyön tuloksiin.

7.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämishaasteet

Oulunkaaren seutukunnassa on tarkoitus ottaa käyttöön rakenteisen kirjaamisen malli vuoden 2014 aikana. Hoitotyön prosessin hallinta tekee rakenteisen kirjaamismallin käyttöönoton helpommaksi. Yksiköiden työntekijät ovat kirjaamiskoulutuksen aikana saaneet palautella mieleen hoitotyön prosessia ja prosessimallin mukaista kirjaamista. Kirjaamiseen liittyvän täydennyskoulutuksen järjestäminen on jatkossakin tarpeen, jotta hoitotyön prosessin ja sen systemaattinen käyttö pysyy hallinnassa. Laineen (2008, 36) tutkimuksesta ilmeni, että rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen työntekijät alkoivat vähitellen kirjata kaikkia prosessin vaiheita samaan kohtaan, useimmiten hoitotyön toteutuksen alle. Hoitotyön tarpeiden ja arvioinnin kirjaaminen oli vähentynyt eikä prosessia osattu käyttää systemaattisesti.

Yhtenä haasteena tutkittavissa työyksiköissä on kirjaamisen yhtenäistäminen. Yhteisiä tapoja kirjata on hyvä miettiä sekä yksikkökohtaisesti että eri yksiköiden välillä. Kun kirjaamisessa on yhteiset periaatteet, myös potilaiden hoito ja kohtelu toteutuu tasa-arvoisesti. Yhteiset säännöt ja sopimukset kirjaamistavoista edesauttavat myös työntekijöiden tasa-arvon toteutumista.

Yksiköissä olisi myös hyvä käydä läpi kirjaamisen haasteita. Tämän tutkimuksen mukaan kirjaamisen ongelmakohtia on mm. kirjaamisympäristössä, erilaisissa kirjaamistavoissa, kirjaamisohjelmissa ja kirjaamisen sisällössä. Työyksiköissä olisi hyvä olla kirjaamisesta vastaava henkilö, joka selvittäisi yksikön omia kirjaamiseen liittyviä epäkohtia ja hakisi ratkaisuja niihin yhdessä työntekijöiden ja toisten yksikköjen kirjaamisvastaavien kanssa. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan havaita koulutustarvetta mm. kirjaamisen juridiikasta, periaatteista ja hyvistä kirjaamiskäytännöistä.

Kirjaamisen yhtenäistämistä eri yksiköiden kesken auttaisi erilaisten kaavakkeiden ja ohjeiden yhtenäistäminen. Esimerkiksi Päivärinnan & Haverisen (2002, 23, viitattu 6.10.2014) kirjaamisen oppaassa on ehdotettu, että jokaisessa yksikössä on kirjaamiseen, hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen sekä lainsäädännön tulkitsemiseen tarkoitettujen ohjeet. Esimerkiksi tulotilanteessa käytettävää yhteistä lomaketta voi käyttää karttana tai muistilistana asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen tunnistamisessa. Oulunkaaren seutukunta voisi teettää tulohaastattelulomakkeen ja yhteiset kirjaamisohjeet esimerkiksi opiskelijoiden kehittämistehtävinä.

Hoitotyön kirjaamista olisi mielenkiintoista tutkia myös yksikkökohtaisesti. Tämän opinnäytetyön perusteella ei voida arvioida, missä yksiköissä kirjaaminen toteutuu hyvin ja missä yksiköissä kirjaamisessa on puutteita. Olisi mielenkiintoista tietää, missä yksikössä hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei tehdä ja missä se tehdään vain tietyille potilasryhmille. Tämän opinnäytetyön avulla voidaan kuitenkin työyhteisöissä selvittää, mitä mahdollisia ongelmia kirjaamisessa on. Selvittäminen vaatii kuitenkin työyhteisössä hyvin avointa keskustelua ja rehellistä kannanottoa asiaan.

Jatkossa olisi myös hyvä selvittää, miten rakenteinen kirjaaminen on yksiköissä onnistunut. Rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton myötä olisi hyvä kartoittaa mahdollisia täydennyskoulutustarpeita. Lisäksi olisi hyvä selvittää työntekijöiden kokemus syksyn 2013 kirjaamiskoulutuksen merkityksestä rakenteisen kirjaamistavan käyttöönottoon sekä sitä, miten kirjaamiskoulutuksen ja tämän opinnäytetyön anti on voitu jakaa koko työyhteisön käyttöön.

7.5 Oman oppimisen pohdintaa

Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot ja rakenteinen kirjaamismalli tulevat vähitellen käyttöön kaikissa sosiaali- ja terveydenhoitoalan organisaatioissa. Hoitotyön kirjaamisen jatkuva muutos on haaste kaikille terveydenhoitoalan ammattilaisille ja organisaatioille. Opinnäytetyön aihe on

todella ajankohtainen ja valmistavana sairaanhoitajana erittäin hyödyllinen minulle ammatillisen kehittymisen näkökulmasta.

Hoitotyön prosessiajattelu on ollut käytössä Suomessa jo pitkään ohjaamassa hoitotyön kirjaamista. Käytännössä prosessimallin käyttö on hyvin kirjavaa ja sen hallinnassa on monenlaisia puutteita. Prosessin hallinta on kuitenkin tärkeää rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton myötä. Oma oppimisen kokemuksena merkittävämpänä on opinnäytetyössäni ollut juuri hoitotyön prosessimallin käyttö ja sen merkitys asiakaslähtöiseen ja yksilölliseen kirjaamiseen. Mielestäni hyvä kirjaaminen kertoo myös hoidon laadusta, mutta puutteellisella kirjaamisella ei voi todistaa hoitoa edes suoritetuksi.

Olen saanut opinnäytetyötä tehdessäni hyvät valmiudet rakenteiseen hoitotyön kirjaamiseen. Komponenttien ja luokitusten käytön lisäksi kirjaamisen prosessimaisuuden toteutumiseen vaikuttavat etenkin hoidon tarpeen ja tavoitteiden potilaslähtöinen laatiminen. Hoidon arviointi on käytännön kokemukseni perusteella vaikeaa. Se on vaikeaa myös tutkimusten mukaan. Uskon, että rakenteisen kirjaamistavan käyttöönotto helpottaa myös hoidon arviointia, etenkin kun hoidon tavoitteet on hyvin ja konkreettisesti kirjattu yhdessä potilaan kanssa.

Yksi oppimiskokemus on ollut myös jatkuvan oppimisen ja kouluttautumisen ymmärtäminen osana ammattitaidon ylläpitämistä. Esimerkiksi hoitotyön prosessia ja hoitotyön periaatteita sekä lainsäädäntöä on hyvä ajoittain kerrata työyhteisöissä, sillä niistä rakentuu pohja hoitotyön kirjaamiselle. Vaikka itselleni hoitotyön kirjaaminen prosessimallin mukaisesti on tuttu asia, olen opinnäytetyötä tehdessäni yhtä aikaa käytännön harjoittelujen kanssa joutunut miettimään omia kirjaamistapoja ja kertaamaan hoitotyön kirjaamista ohjaavia säädöksiä ja periaatteita.

Aikaisemmat tutkimukset hoitotyön kirjaamisesta ovat olleet erittäin mielenkiintoisia, koska olen voinut peilata omia työelämän ja käytännön harjoittelujeni kokemuksia niihin. Esimerkiksi tutkimuksista esiin noussut uuden työntekijän ”sosiaalistaminen” työyhteisön tapoihin on käytännöstä hyvin tuttu asia. Koulussa opitut kirjaamisen periaatteet ja -tavat saattavat unohtua melko pian käytännön työtä tehdessä. Hyvistä kirjaamistavoista on syytä keskustella työyhteisöissä avoimesti ja oltava kriittinen oman työyhteisön kirjaamistapojen suhteen.

Opinnäytetyö on ollut yli vuoden kestävä projekti, jota olen tehnyt muiden opintojeni lomassa. Olen kokenut haastavana tehdä opinnäytetyötä etenkin käytännön harjoittelujen aikana. Kuten

opinnäytetyön suunnitelmassa ennustin, haasteeksi osoittautui juuri tiukka aikataulu. Toinen haaste oli ohjaukseen liittyvä asia. Sain toisen ohjaajan opinnäytetyöhöni vasta opinnäytetyön valmistumisen viime hetkillä. Nämä asiat ovat osaltaan vaikuttaneet työn valmistumisen viivästy-
miseen ja ehkä myös työn laatuun.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Ahonen, O., Karjalainen-Jurvelin, R., Ora-Hyytiäinen, E., Rajalahti, E. & Saranto, K. 2007. Sähköisen kirjaamisen opettaminen terveysalan koulutuksessa. Teoksessa Hopia, H., Koponen, L. & Suomen sairaanhoitajaliitto ry (toim.). Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä.

Amberla, S. 2007. Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo. WSOY.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2010. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki. WSOYpro Oy.

Anttila, S. 2010. Hoitokertomusohjaus osastoilla. Riihimäen terveyskeskuksen kuntayhtymä. Raportti 12 B. Viitattu 7.11.2014.

http://www.vete.fi/Raportit/HH/Loppuraportit/HH_Raportti_R12B.pdf

Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. (toim.) 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. Wsoy.

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

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus.

Hallila, L. 2005. Hoitotyön prosessimenetelmän mukaisen kirjaamisen osa-alueet. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki. Tammi.

Hallila, L. & Graeffe R. 2005. Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki. Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki. Tammi.

Härkönen, M. 2008. Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilastietojärjestelmässä- kehittämisprojekti Kainuussa vuosina 2006-2007. Kainuun maakunta – kuntayhtymä. Viitattu 7.11.2014. http://www.kainuu.fi/UserFiles/hoitotyön_kirjaaminen/File/Loppuraportti_HoiDok_73546432.pdf

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja Kirjaa. 7. Uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta; Terveystieteiden ja – talouden laitos. Pro gradu – tutkielma.

Isola, A., Voutilainen, P., Rautsiala, T., Muurinen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2001. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Toinen vaihe. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2001:12.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2008. Kirjaamisen arviointilomake. HoiData-hanke. Viitattu 9.1.2014. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>
http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793686.pdf

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 13.9.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H., Koponen, L. & Suomen sairaanhoitajaliitto ry (toim.). Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999/1. Hoitotieteiden tutkimusseura ry.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Lehti, T., Lauri, S. & Heinonen, S. 1996. Hoitotyön kirjaamisen sisältö ja laatu: seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja. A:22 1996.

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

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet sarja 2/2012. Helsinki. Viitattu 8.11.2013.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN ISBN 978-952-245-675-5.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1)

Moisander, M-L., Cederlund, M., Costiander, K., Eriksson, J., Hirvonen, A., Laakso, L., Lehti, T., Piirainen, P., Saarnivaara, R. & Salovaara, H. 1992. Käsikirja hoitotyön kirjalliselle suunnitelmalle. Turun yliopistollinen keskussairaala.

Muurinen, H. & Soini, H. 2009. Helsingin monipuolisen vanhustenkeskuksen hoitotyön arviointi 2009. Hoitotyön asiakirjojen analysointi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Viitattu 6.10.2014.

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/517e72804a1563d99750f7b546fc4d01/2_hoitoty_o.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=517e72804a1563d99750f7b546fc4d01

Nissinen, T. 2014. Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen – teoriaa ja esimerkkejä. Oulun ammattikorkeakoulu OY. Viitattu 21.9.2014.

<https://optima.oamk.fi/learning/id5/bin/user?rand=46975>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma – opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Verkkojulkaisu. Viitattu 6.10.2014.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf?sequence=1>

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

Saba, Virginia K. 2012. Clinical Care Classification system. Viitattu 7.11.2013.

<http://www.sabacare.com/>

Sainola-Rodriguez, K. & Ikonen, H. 2007. Luokitusten luovuus. Teoksessa Hopia, H., Koponen, L. & Suomen Sairaanhoidajaliitto (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön kirjaaminen 2007. Jyväskylä.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Miksi systemaattista kirjaamista tarvitaan? Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. (toim.) 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. Wsoy.

STM. 29.07.2014. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 5.10.2014.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Tantt, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. & Suomen Sairaanhoidajaliitto (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä.

THL. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Raportti 40/2012. Viitattu 4.2.2014.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1

THL. 2014a. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Verkkoaineisto. Viitattu 6.10.2014.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1

THL. 2014b. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta. THL. Verkkoaineisto. Viitattu 20.10.2014.

<http://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/ikapolitiikka-japalvelujarjestelma/vanhuspalvelulain-toimeenpanon-seuranta>

THL. 2014c. Vanhuspalvelulain (980/2012) toimeenpanon seuranta. Kotihoitoa tai muita kotiin tarjottavia palveluja tarjoaville toimintayksiköille suunnatun kyselyn 05/2013 tulokset. THL ja Valvira. Verkkoaineisto. Viitattu 4.10.2014.

<http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kotihoito/2013/K15.html>

THL. 2014d. Vanhuspalvelulain (980/2012) toimeenpanon seuranta. Ympäri vuorokautista hoitoa tarjoaville toimintayksiköille suunnatun kyselyn 05/2013 tulokset. THL ja Valvira. Verkkoaineisto. Viitattu 4.10.2014.

<http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/ympvrk/2013/K15.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa. Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa. Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa. Tammi.

Tuomikoski, A-M. 2008. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu – tutkielma.

Vaarama, M., Luoma, M-L., Hertto, P., Munkkila, S., Muurinen, S. & Manninen, O. 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys – projektin tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Viitattu 6.10.2014.

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/e3d246804a1563d89749f7b546fc4d01/06_4_hkotihoito.pdf?MOD=AJPERES

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 5.9.2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05 -31.5.08 (HoiDok – hanke). Loppuraportti osa 1. Viitattu 10.11.2014. <http://www.pdfio.net/k-53754874.html>

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä 30.11.2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot – hanke. (HoiData - hanke) 9/2007-10/2009. Viitattu 10.11.2014.

PDF-tiedosto. <http://www.pdfio.net/k-40929170.html>

Vilka, H. 2005. Tutki ja Kehitä. Helsinki. Tammi.

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

Volotinen, L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes. Tutkimuksia 142. Saarijärvi. Akateeminen väitöskirja.

Välimäki, M. 2011. Sähköisen rakenteisen hoitokertomuksen käyttöönotkokokemuksia Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kotihoidossa. Saimaan ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Ylempi korkeakoulututkinto. Viitattu 7.11.2014.

http://webfrontier.com/verkkonen/hoitotyönkirjaaminen/other/Valimaki_Merja.pdf

Yura, H. & Walsh, M. 1988. Hoitotyön kehittäminen. Alkuperäisteos: The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating, Fourth Edition. Kääntäjä: Kristiina Toivanen /Lääketieteellinen käännöstoimisto Anita Paaänen-Mannila ky. Juva. WSOY.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tuula Nissinen tuula.nissinen@oamk.fi

Hoitotyön kirjaaminen, Oulunkaaren täydennyskoulutus, **1. lähipäivän ennakkotehtävä**

Vastaa / vastatkaa alla oleviin kysymyksiin **lyhyesti**. Kysymyksillä kartoitan kirjaamisen nykytilannetta yksiköissänne. Lähettäkää vastuksenne sähköpostilla tuula.nissinen@oamk.fi ____ mennessä. Kiitos teille vastauksistanne jo etukäteen! 😊

Kirjaamisen nykykäytännön kuvaus omassa työyksikössä:

1. Tehdäänkö asiakkaalle / asukkaalle / potilaalle tulohaastattelu, tulotilanteen kartoitus tmv. [käsite voi vaihdella eri organisaatioissa]? Miten kattavasti tulotilanne kirjataan? Mitä asioita kirjataan?
2. Tehdäänkö asiakkaalle / asukkaalle / potilaalle hoitosuunnitelmaa / hoito- ja palvelusuunnitelmaa? Mitä asioista kirjataan?
Kirjataanko:
 - hoidon tarpeet
 - hoidon päätavoite ja eri hoidon tarpeille oma tavoite / omat tavoitteet?
 - hoitotyön toiminnot (ts. hoitotyön auttamismenetelmät, keinot, hoito-ohjeet)
3. Millä tavoin kirjaatte hoidon toteutusta? Mikä on kirjaamisen kattavuus?
4. Millä tavoin kirjaatte hoidon arviointia? Mikä on kirjaamisen kattavuus?
5. Tehdäänkö yksiköissäsi asiakkaalle / potilaalle hoitotyön väliarviointia? Mikä on kirjaamisen kattavuus?
6. Tehdäänkö yksiköissäsi asiakkaalle / potilaalle hoitajakson päättyessä hoitotyön yhteenvedon? Mikä on kirjaamisen kattavuus?
7. Voit / voitte kirjoittaa oman yksikkönne hoitotyön kirjaamisesta myös muuta, mitä haluat / haluatte tuoda esille? Eli sana on vapaa 😊

Lisäksi:

Kirjaa anonymiteettiä säilyttäen jokin asiakas- / asukas- / potilastapaus **lyhyesti** ja ota se tulostettuna paperiversiona mukaasi lähikoulutuspäivälle. Jos sinulla on mahdollista saada käyttöösi muistitikku, tallenna asiakas- / asukas- / potilastapaus muistitikulle ja ota myös muistitikku mukaasi (mahdollisesti käytämme myös tietokonehuonetta lähipäivänä). Asiakas- / asukas- / potilastapauksen ei tarvitse olla pitkä.

Lisäohje: kirjaa asiakas- / asukas- / potilastapaus, että siitä saa selvästi esille **ainakin 2 hoidon tarvetta** (siis missä asiakkaalla / asukkaalla / potilaalla on ongelmia).

Tuula Nissinen

AC luennot 1 välitehtävä

Yksiköittäin valitkaa **jokin yksi** asiakas- / asukas- / potilastapaus ja kirjatkaa se **lyhyesti** salassapitoa noudattaen ja henkilöllisyyttä paljastamatta.

Kirjatkaa **yhdestä** tai **kahdesta** hoidon tarpeesta **hoitotyön suunnitelma** hoitotyön prosessimallin mukaan FinCC - luokituksia ja vapaata tekstiä käyttäen. (Hoidon tarve, tavoite, toiminnot).

Hoidon toteutusta ja arviointia ei vielä tarvitse kirjata

Kirjaamisessa käytetään Hoitokertomuspohjaa, joka löytyy Optima-alustalta.

Yhdyshenkilö [tutor] palauttaa yksikkönne yhteisen tehtävän Optima-verkkoalustalla.

AC luennot 2 välitehtävä

Ensimmäisessä välitehtävässä kirjasitte yhden tapauksen perusteella hoitotyön suunnitelman yhdestä tai kahdesta hoidon tarpeesta hoitotyön suunnitelman hoitotyön prosessimallin mukaan FinCC - luokituksia käyttäen. (Hoidon tarve, tavoite, toiminnot).

Toisessa välitehtävässä on tehtävänä kirjata samaan asiakas- / asukas- / potilastapaukseen **hoidon toteutusta ja arviointia** FinCC - luokitusten ja vapaan tekstin avulla..

Kirjaamisessa käytetään edelleen Hoitokertomuspohjaa. Yhdyshenkilö palauttaa tehtävän Optima-verkkoalustalla.

Kysyä voi: Tuula Nissinen tuula.nissinen@oamk.fi

HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEKOPROSESSIN MUKAINEN KIRJAAMINEN -TEORIAA JA ESIMERKKEJÄ

(Nissinen, T. 2014, viitattu 21.9.2014.)

LIITE 3

HOIDON SUUNNITTELU			HOIDON TO- TEUTUS	HOIDON AR- VIOINTI
Tiedon keruu ja analysointi				
Hoidon tarve (SHTaL 3.0)	Hoidon tavoitteet (SHTaL 3.0)	Suunnitellut toiminnot (SHToL 3.0)	Hoitotyön to- teutus toimin- noittain (SHToL 3.0)	Potilaan tila: Parantunut Ennallaan Huonontunut (SHTuL 1.0)
Hoidon tarve: Mitä hoidon tarpeita potilaan tilanne tai lääketieteellinen diagnoosi aiheuttaa? Potilaan kokemus tilanteesta. Potilaan / läheisten voimavarat. Mahdolliset (potentiaaliset tarpeet?) Tarpeiden tärkeysjärjestys	Tavoite: Mitä potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan, ts. tavoite on poti- laslähtöinen? Mitä potilas haluaa tapahtuvan? Milloin tilanne arvioidaan suh- teessa tavoitteeseen? Tavoitteiden tärkeysjärjestys SHTaL kohtaiset tavoitteet ts, laaditaan kullekin tarpeelle oma tavoite / tavoitteet.	Hoitotyön suunnitellut toiminnot: Mitä toimintoja tarvitaan tavoitteen saavuttamiseksi? Miten potilas haluaa toimittavan? Kuka tekee? Millä aikataululla?	Hoitotyön toteu- tuneet toiminnot: Miten suunnitel- lut toiminnot ta- pahtuivat? Mitä muita toi- mintoja tapah- tui? Voinnin yksityis- kohtainen kuva- us.	Hoidon tulos: Päästiinkö ta- voitteeseen? Potilaan tilassa tapahtunut muutos? Potilaan ko- kemus?
SHTaL	SHTaL	SHToL	SHToL	SHTuL
Hoidon suunnittelun, toteutuksen sekä arvioinnin kirjaaminen muodostaa HOITOKERTOMUKSEN, joka on osa moniammatillista POTILASKERTO- MUSTA.				

<p>Käytetään tarveluokitusta SHTaL!</p> <p>KOMPONENTTI → Pääluokka → alaluokka →</p> <p>- vapaateksti, jolla tarkennetaan ja YKSILÖIDÄÄN potilaan tarvetta</p>	<p>Tarveluokituksen mukaan tavoite!</p> <p>KOMPONENTTI - laaditaan potilaslähtöinen, realistinen tavoite</p>	<p>Käytetään toimintoluokitusta SHToL! Voidaan valita "ristiin" eri komponentteja, mistä löytyy toimintoja auttaa / hoitaa potilasta!</p> <p>KOMPONENTTI Pääluokka alaluokka - vapaalla tekstillä tarkennusta, mitä suunnitellaan tehtävän!</p> <p>KOMPONENTTI Pääluokka alaluokka - vapaalla tekstillä tarkennus, mitä suunnitellaan tehtävän!</p> <p>KOMPONENTTI Pääluokka alaluokka - vapaalla tekstillä tarkennus, mitä suunnitellaan tehtävän!</p>	<p>Käytetään toimintoluokitusta SHToL!</p> <p>KOMPONENTTI Pääluokka alaluokka! - vapaata tekstiä toteutuksesta</p> <p>KOMPONENTTI Pääluokka alaluokka - vapaata tekstiä toteutuksesta!</p> <p>KOMPONENTTI Pääluokka alaluokka - vapaata tekstiä toteutuksesta!</p>	<p>Käytetään tulosluokitusta SHTuL Valitaan: JOKO Parantunut, Ennallaan TAI Huonontunut</p> <p>Ja kirjataan vapaalla tekstillä perustelua!</p>
---	--	--	---	--

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue / otos	Tulokset / pohdinta
Anttila, S. & Riihimäen terveyskeskuksen kuntayhtymä 2010 Hoitokertomusohjaus osastoilla Raportti 12B	Hankeraportti. Hankkeen tarkoituksena oli tarkentaa rakenteista, yhdenmukaista kirjaamista kuntayhtymässä	Laadullinen veto-pilottiin liittyvä kirjaamiskoulutuksen raportti.	Riihimäen terveyskeskuksen kuntayhtymän eri osastot.	Rakenteisen kirjaamisen myötä potilaskeskeinen kirjaaminen oli lisääntynyt ja hoitajan suorittamien tehtävien luettelointi oli vähentynyt. Potilaiden tulotietojen kirjaamisessa ilmeni kehitettävää, samoin hoitotyön prosessin hallinnassa. Prosessin vaiheita kirjattiin satunnaisesti minkä tahansa luokituksen alle. Potilaan tarvetta ei kirjattu riittävän usein eikä tarpeita päivitetty ajan tasalle. Myöskään potilaan tai omaisten ilmaismia mielipiteitä ei kirjattu riittävästi. Rakenteisen kirjaamisen todettiin vievän paljon työaikaa.
Härkönen, M. 2008 Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilastietojärjestelmässä – Kehittämishanke Kainuussa vuosina 2006-2007.	Projektin tavoitteena oli ohjata ja tukea hoitotyössä toimivia siirtymään strukturoiduun kirjaamiseen maakunnassa,	Hoitotyön dokumentoinnin kehittämisprojekti	Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt eri puolilla Kainuuta.	Rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton myötä kirjaamisen menee enemmän aikaa ennen kuin ensimmäisten kuukausien aikana. Kirjaamisen käyttöön oton myötä hoitotyön raportoinnin tarve on vähentynyt ja on siirrytty hiljaiseen raportointiin. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen on parantunut. Eniten huomista on ollut hoidon tarpeen määrittämisessä.
Ikonen, H. 2007 Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen	Tarkoituksena kuvata hoitohenkilökunnan tietoteknisiä ja elektronisen kirjaamisen valmiuksia. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan kirjaamiskoulutusten suunnittelussa ja toteutuksessa siirtäessä paperisesta potilaskertomuksesta elektronisen potilaskertomuksen käyttöön.	Kyselytutkimus, jonka määrälliset kysymykset analysoitiin SPSS-ohjelmalla käyttämällä mm. ristiintaulukointia ja Khiin neliötestiä. Laadulliset kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä.	Pohjois-Karjalan keskussairaalan hoitohenkilökunta.	Suurimpina tietotekniikan käytön esteinä pidettiin kiirettä, puutteellisia tietoteknisiä taitoja sekä atk-työpisteiden vähäisyyttä. Puutteita ilmeni järjestelmän hallinnassa ja potilaskertomuksen käytössä. Hoitohenkilökunta koki koulutuksen tarvetta tietotekniikassa sekä kaikissa hoitotyön prosessin osa-alueissa, eniten hoitotyön tarpeen määrittämisessä ja hoidon arvioinnissa.
Isola, A., Voutilainen, P., Rautsiala, T., Muurinen, S.,	Tavoitteena oli kuvata vanhusten pitkäaikaishoidon nykytilaa ja verrata tarkastuksen tuloksia vuoden 1998 tuloksiin. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, miten	Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen yhdistelmä. Kyselytutkimus, hoitoympäristön havain-	Tietoa kerättiin 7 sairaalan 53 vuodeosastolla hoidettavien potilaiden omaisilta,	Ajantasainen hoitotyön suunnitelma oli voimassa 77%:lla potilaista. Ajantasaisista suunnitelmista 37% oli arvioitu luokkaan ”hyvä”. Yleisesti hoitotyön suunnitelmissa oli paljon epätasallisia tarpeita ja yleisluontoisia tavoitteita ja keinoja

Backman, K., Paasivaara, L., Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto Terveysvirasto 2001 Vanhusten pitkäaikais- hoidon ulkopuolinen tarkastus	laaditut suositukset ovat toteutuneet. Hoitotyön suunnitelmien arvioiminen oli yksi osa tutkimusta.	nointi ja hoitosuunnitel- mien arviointi. Kyselyt analysoitiin määrällisellä ja potilasasiakirjat laa- dullisella analyysillä.	hoitotyöntekijöiltä, osastonhoitajilta ja johtavilta ylihoitajilta /ylihoitajilta. Auditoi- tiin 510 potilaan poti- lasasiakirjat	ja niistä puuttui yksilöllisyys. Osastoilla käytettiin paljon toi- mintakykyä kuvaavia mittareita ja elämäntapa- kuvakkeita, mutta mitattua tietoa ei hyödynnetty hoitosuunnitelmissa. Suunnitelmista puuttui tärkeitä tietoja, esim. hoitotyön diag- noosi. Päivittäisestä kirjaamisesta puuttui usein sosiaalisen ja emotionaalisen elämänalueen huomioiminen eikä hoitosuun- nitelmaan laadittuja tavoitteita huomioitu. Noin 13%:ssa suunnitelmista päivittäinen kirjaaminen oli hyvin epäsäännöl- listä ja sisälsi satunnaisia merkintöjä esim. pesuista.
Kinnunen, U-M. 2013 Haavanhoidon kirja- amismalli - innovaatio kliniseen hoitotyöhön	Tarkoituksena kehittää haavanhoidon kirjaamismalli ja arvioida tämän kehite- tyn innovaation soveltuvuutta kliniseen hoitotyöhön. Tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin; Mitä hyötyä on haavanhoidon rakenteisesta kirjaami- sesta? Mitä suhteellista hyötyä on haa- vanhoidon kirjaamismallista? Kuinka yhteensopiva ja helppokäyttöinen haa- vanhoidon kirjaamismalli on?	Laadullinen tutkimus, jossa 4 vaihetta; mene- telminä deduktiivinen sisällönanalyysianalyysi, kirjallisuuskatsaus, Delphi-tutkimus, tiedon- louhinta	Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri, erikoissairaanhoito; ortopedinen osasto, infektio-osasto, kar- diologian osasto, keuhkosairauksien osasto sekä kirurgian ja sisätautien polikli- nikat.	Tutkimuksen toisen vaiheen eli kirjallisuuskatsauksen kes- keiset tulokset. Rakenteisen kirjaamisen hyödyt; tilastollinen kirjaamisen parantuminen, täsmällisempi ja parempi kirja- minen, parempi hoitotyön diagnoosien, tavoitteiden ja hoito- työn toimintojen kirjaaminen, ymmärryksen ja tietoisuuden lisääntyminen, hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen lisääntynyt. Rakenteisen kirjaamisen kielteiset vaikutukset; Edelleen puutteita kirjaamisessa, tietoa ei ole kirjattu tai se on kirjattu väärään paikkaan, hoitotyön diagnoosi, hoidon tavoite ja tulos kirjattu huonosti, termit liian teknisiä ja abst- rakteja, ajan puute, arvioinnin tekemisen puutteet.
Laine, E-K. 2008 Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön koke- mana	Tarkoituksena kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta ja tuen ja ohjauksen saamisesta kirjaamisen ai- kana. Tavoitteena tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyön rakentei- sen sähköisen kirjaamisen suunnitte- lussa, kehittämisessä, käyttöönotossa ja koulutuksessa. Toisena tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien rakenteisen kirjaamisen kehittämiseksi osana hoito- työtä.	Teemoiteltu ryhmähaas- tattelu. Sisällönanalyysi.	Yhden sairaanhoito- piirin alueen 12 sai- raanhoitajaa / perus /lähihoitajaa yhdeltä osastolta. Osasto on rakenteisen sähköi- sen kirjaamisen yksi pilotointiosastoista.	-Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset tietotekniseen turvalli- suuteen ja hoidolliseen päätöksentekoon. Ongelmana mm. ajan vievyys sekä kirjavuus kirjaamistavoissa ja puutteet kirjaamisessa. Vaikutus hoitotyön laatuun mm. myönteinen asenne, vähäisempi aika potilaan luona ja kiire. Hoitotyön prosessin koettiin selkeyttää kirjaamista, hoidon toteuttamisen kirjaus parhainta, tarpeiden ja arvioinnin kirjaus vähäistä. Hoidon loppuarvioinnit kirjattu hyvin.
Lehti, T., Lauri, S. & Heinonen, S. 1996 Hoitotyön kirjaamisen	Tavoitteena on selvittää Turun yliopis- tollisen keskussairaalan eri klinikoiden vuodeosastojen hoitotyön kirjaamisen sisältöä, laatua ja määrää.	Arviointitutkimus, joka toteutettiin määrällisellä menetelmällä arvioimalla hoitosuunnitelmien sisäl-	Tutkimusaineiston muodosti 185 saira- uskertomuksen hoito- työn suunnitelma- ja	Potilaan tulotilannetiedoista laadullisesti parhaiten oli kuvattu potilaiden päivittäisiä toimintoja ja huonoimmin potilaan psykykkistä tilaa. Potilaan näkemys hoidon tarpeista, toivo- muksista ja odotuksista oli kirjattu heikosti. Hoitotyön suunni-

sisältö ja laatu: Seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaala	Tutkimuksen tarkoituksena on tehdä kokonaisarviointi kirjaamisen sisällöstä, loogisesta etenemisestä sekä kirjaamisen kokonaisuudesta ja vertailla saatuja tuloksia vuonna 1993 tehtyyn vastaavaan tutkimukseen.	töä arviointilomakkeen avulla. Tulokset esitettiin etupäässä prosenttija-kaumina ja graafisina kuvioina.	seurantalomaketta, jotka kerättiin Turun yliopistollisen keskussairaalan eri klinikoiden 37 vuodeosastolta.	telmia oli tehty n. 50%:lle arvioitavista potilasasiakirjoista. Eniten hoitosuunnitelmiin oli tehty merkintöjä hoitotyön keinoista, toiseksi eniten ongelmista / tarpeista. Vähiten oli kirjattu hoidon tavoitteita. Vain 18%:ssa suunnitelmista hoitotyön keinot oli kirjattu hyvin suhteessa potilaan ongelmiin ja tavoitteisiin. Päivittäistä kirjaamista tehtiin määrällisesti hyvin. Hoidon vaikuttavuuden ja loppuarvioinnin kirjaamisessa oli puutteita, etenkin potilaan saaman ohjauksen vaikuttavuudessa. Hoidon arviointia tehtiin päivittäisen kirjaamisen yhteydessä 78%:ssa suunnitelmista.
Leino, K. 2004 Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen Pro Gradu -tutkielma	Tarkoituksena oli selvittää hoitotyön kirjaamisen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena oli kerätä tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyön kirjaamisen suunnittelussa, kehittämisessä ja henkilöstön koulutuksessa.	Määrällinen tutkimus, jossa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla.	Kohderymänä kahden länsisuomalaisen sairaalan sisätauti- ja kirurgiset hoitajat. Sähköisesti kirjaavan sairaalan 151hoitajaa ja manuaalisesti kirjaavan sairaalan 148 hoitajaa.	Hoitajat arvioivat kirjaavansa heikoimmin hoidon välitavoitteita sekä väliarvioiteja sekä hoidon suunnittelua yhdessä potilaan kanssa. Hoitotyön suunnitelma tehtiin pääsääntöisesti hoitajan toimesta, jolloin potilaan omat tavoitteet jäivät kirjaamatta. Parhaiten hoitajat arvioivat kirjaavansa potilaan tuntemuksia, omaisten toiveita ja havaintoja potilaasta. Kirjaamisen prosessiajattelun merkitystä ei tutkimuksen mukaan täysin ymmärretty, sillä päivittäisen hoidon arvioinnin kirjaaminen koettiin tyydyttäväksi.
Muurinen, S. & Soini, H. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2009:2. Helsingin monipuolisen vanhustenkeskuksen hoitotyön arviointi 2009. -Hoitotyön asiakirjojen analysointi	Tavoitteena oli selvittää ympärivuorokautisen hoidon potilasasiakirjojen merkintöjen perusteella asiakkaiden saaman hoidon suunnittelua ja toteutusta. Hoitotyön asiakirjojen analysointi on yksi osa Helsingin monipuolisen vanhustenkeskuksen arviointia.	Arviointitutkimus, jossa käytettiin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä; Strukturoitu lomakkeista ja havainnointi. Potilasasiakirjojen sisältöä arviointiin strukturoidulla ”kymppi-lomakkeella”. Aineisto analysoitiin käyttäen SPSS-ohjelmaa ja sisällysanalyysia.	Tutkimus kohdistui Riistavuoren monipuolisessa vanhustenkeskuksen 172 ympärivuorokautisen hoidon asiakkaisiin. Yhteensä 61 asukkaasta potilasasiakirjat analysoitiin.	Asukkaista n. 57%:lla oli 3 kk:n sisällä päivitetty tai laadittu hoitotyön suunnitelma. Lähes viidenneksellä suunnitelma puuttui kokonaan. Suunnitelmien laatu vaihteli paljon ja niissä oli vanhentunutta tietoa. Ajantasaisista suunnitelmista 80 %:iin oli kirjattu kaikki hoitotyön prosessin vaiheet. Hoitotyön tavoitteissa oli huomioitu fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet vain 49%:ssa asiakirjoista. Tavoitteet paljolti yleisluonteisia. Monissa asiakirjoissa puuttui yhteys asiakkaan todellisen hoidon tarpeen ja suunnitelman väliltä. Auttamismenetelmät / hoitotyön keinot yleisluonteisia eivätkä ne olleet yhteydessä hoidon tarpeeseen. Päivittäisen kirjaamisen yhteys hoitotyön suunnitelmaan oli heikkoa.
THL 2014b 2014c Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta	Seurannan tavoitteena on tuottaa kuvaus ja analyysi vanhuspalveluiden tilanteesta ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa keväällä 2013 ja vanhuspalvelulain voimaan-	Strukturoitu kyselytutkimus (sähköinen).	Ympärivuorokautista hoivaa tarjoaville palveluntuottajille. Vastaajia 1823 yksikköä (julkisia 1106 ja	Koko Suomen ympärivuorokautista hoitoa tuottavien yksiköiden asukkailla ajan tasalla oleva hoito- ja palvelusuunnitelma oli voimassa lähes kaikilla 87%:ssa julkisen sektorin yksiköistä ja 97%:ssa yksityisen sektorin yksiköistä. Pohjois-Suomessa ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma oli lä-

	tulon jälkeen syksyllä 2014. Seuranta tuottaa tietoa myös Valviran ja Aluehallintovirastojen valvonnan ja kuntien oman viranomaisvalvonnan tueksi. Yksityiskohtaisina tavoitteina oli selvittää julkisissa ja yksityisissä toimintayksiköissä toimintamalleja, toimitiloja, laatutekijöitä, henkilörakenne ja mitoitukset sekä johtamista		yksityisiä 717). Kotihoidon palveluja tarjoaville palveluntuottajille. Vastaajia 639 toimintayksikköä, (julkisia 525 ja yksityisiä 117).	hes kaikilla voimassa 75%:ssa julkisen sektorin yksiköistä ja 93%:ssa yksityisen sektorin yksiköistä. Koko Suomen kotihoidon yksiköiden asiakkailta ajan tasalla oleva hoito- ja palvelusuunnitelma oli voimassa lähes kaikilla 90%:ssa julkisen sektorin yksiköistä ja 88%:ssa yksityisen sektorin yksiköistä. Pohjois-Suomen kotihoidon yksiköissä ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma oli voimassa lähes kaikilla 82%:ssa julkisen sektorin yksiköistä ja 83%:ssa yksityisen sektorin yksiköistä.
Tuomikoski, A-M. 2008 Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla Pro gradu -tutkielma	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön kirjaamisen koulutuksen yhteyttä hoitotyön kirjaamisen tasoon. Tavoitteena tuottaa tietoa kirjaamisen tasosta ja kehittää kirjaamista sisätautien tulosyksikössä.	Kvasikokeellinen interventiotutkimus, jossa on myös arviointitutkimuksen ja toimintatutkimuksen piirteitä. Laadittiin kirjaamisen tasoa kuvaava mittari.	Aineistona 20 hoitosuunnitelmää kaikilta viideltä vuodeosastoilta (yht. 100), joiden henkilökunnalle koulutusta järjestettiin. Analysoitiin SPSS:llä.	Koulutusintervention jälkeen hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen lisääntyi hoitosuunnitelmien kirjaamisessa. Hoitosuunnitelmiin kirjataan enemmän hoitajan arviota potilaan voinnista kuin potilaan itsensä kuvaamia tuntemuksia. Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen ei juuri toteudu suunnitelmissa. Hoidolle ei aseteta kirjallisia tavoitteita. Hoidon tarpeita ja toimintoja kirjattiin eniten potilaan sairaudesta ja päivittäisistä toiminnoista. Vähiten kirjattiin potilaan ohjauksen ja tuen tarvetta ja toteutusta. Hoitosuunnitelmiin kirjaaminen ei ollut laadultaan arvioivaa tai vaikuttavuutta kuvaavaa. Lääkehoidon vaikuttavuutta arvioitiin erittäin vähän.
Vaarama, M., Luoma, M-L., Hertto, P. Mikkilä, S., Muurinen, S & Manninen, O. 2006 Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennus- tehokkuus sekä asiakkaiden elämän-laatu; Care Keys –projektin tutkimuksia	Tutkimus on osa Helsingin kaupungin ja Stakesin yhteistyötä eurooppalaisessa Care Keys -projektissa. Tavoitteena oli tutkia vanhusten hoivapalvelujen ja elämänlaadun välisiä yhteyksiä, sekä kehittää palvelujen laadun, kohdennus- tehokkuuden arvioinnin ja johtamisen välineitä Helsingin kaupungin kotihoidossa.	Arviointitutkimus, jossa käytettiin sekä määrällistä että laadullista menetelmää; kyselyjä, haastatteluja ja arviointilomaketta. Asiakkaiden haastatteluissa esiin tuomia hoidon tarpeita verrattiin hoitosuunnitelmiin kirjattuihin hoidon tarpeisiin.	Helsingin kaupungin koti-hoidon 147 asiakasta ja heidän hoitotyön suunnitelmat. Kaksi kotihoidon toimistopäällikköä ja 11 kotihoidon- ja kotipalveluohjaajaa.	Asiakkaiden hoitosuunnitelmissa oli suuria eroja sekä määrällisesti että laadullisesti. Alle puolet hoitosuunnitelmista sisälsi tietoa asiakkaan mieltymyksistä ja elämäntyylistä. Hoidon tarpeiden kirjaamisessa oli puutteita etenkin psykososiaalisen avun tarpeessa ja saannissa. Hoidon tavoitteet oli kirjattu kattavasti, mutta puutteita kirjaamisessa oli etenkin hoitosuunnitelmien päivittäisessä. Hoitotyön keinoja oli kirjattu vain n. 60%:iin suunnitelmista. Hoidon tuloksellisuuden kirjaamisessa oli parannettavaa. Tutkimuksen yhteenvedon todettiin että hoitosuunnitelmat eivät olleet tavoitteellisia.
Virolainen, Marja 2006 Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta	Tarkoituksena on kuvata hoitoyöntekijöiden käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollon vuodeosastoilla ja kotihoidossa. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen kyselytutkimus. Strukturoidut ja puolistrukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS-	Hoitoyöntekijöitä yhden kaupungin kahden sairaalan vuodeosastoilta ja kotihoidosta (yhteen-	Sähköiseen kirjaamiseen suhtauduttiin pääasiassa positiivisesti ja kollegiaalisuus koettiin kirjaamisessa tärkeänä. Laitteiden ja kirjaamistilojen osalta tärkeimpinä pidettiin rauhallisia, kirjaamiseen varattuja tiloja ja langattoman tiedonsiirron mahdollisuutta. Potilastietojärjestelmällä nähtiin olevan vaiku-

perusterveydenhuollosa	elektronisen hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi. Tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa koulutuksia hoitohenkilökunnalle.	ohjelmalla sekä avoin kysymys analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.	sä 159 vastaajaa). Yksiköissä oli samana vuonna otettu käyttöön Effica-tietojärjestelmä.	tusta kirjaamisen laatuun. Elektroninen potilastietojärjestelmän koettiin vähentäneen ajankäyttöä välittömästä potilastyöstä. Potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen oli vaikeutunut elektronisen kirjaamisen myötä. Hoitotyön prosessin osa-alueista eniten kirjattiin havaintoja, hoitotyön ongelmia sekä loppuarvioiteja. Heikoimmin kirjattiin välitavoitteita ja kokonaistavoitteita.
Volotinen, L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla	Tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä oli hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittämisestä vertaisarvioinnin avulla.	Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Paiholan sairaalan hoitohenkilö-kuntaa, yhteensä 58 vertaisarviointiparia eli 116 hoitajaa.	Vertaisarviointi koettiin hyvänä asiana kirjaamisen kehittämisessä ja se vaikutti potilaan saaman hoidon laatuun ja arviointiin. Vertaisarvioinnin ansiosta potilasta ja omaisia otettiin enemmän mukaan hoitosuunnitelman tekoon ja potilaan kokemus omasta voinnista huomioitiin kirjaamisessa paremmin.
Voutilainen, Päivi Stakes, tutkimuksia 142 2004 Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa	Tarkoituksena tuottaa tietoa hoitotyön laadusta ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa laadun rakenteellisten edellytysten, ammatillisen toiminnan ja hoitotyön tulosten näkökulmasta.	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistelmä. Analysointi laadittu EVERGREEN 2000-ohjelmistolla, SENIOR MONITOR-mittarilla, SPSS-ohjelmalla ja sisällönanalyysin avulla.	Aineistona kansallisia tilastoja ja kirjallisuuskatsaus. Tutkimukseen osallistui 4 vanhainkotia; joista analysoitiin 332 asukkaan potilasasiakirjat. Kyselytutkimus vanhainkodin asukkaiden omaisille.	Asukkaan toimintakyvystä kerättyä tietoa ei osata hyödyntää hoitosuunnitelmassa. Hoitotyön tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi eivät ole riittävän konkreettisia ja yksilöllisiä. Psykkisten tarpeiden määritys oli suunnitelmissa vähäisempää. Hoitotyön arviointia tehtiin liian vähän ja se on epätarkkaa eikä arviointia voi tehdä jos yksilöllistä tavoitetta ei ole asetettu. Asukkailla 30%:lta puuttui ajantasainen hoitotyön suunnitelma. Päivittäistä kirjaamista osastoilla tehtiin säännöllisesti, mutta kirjaaminen ei aina perustunut potilaan hoitosuunnitelmaan. Kehittämishaasteena nähtiin päivittäisen kirjaamisen ja hoitosuunnitelman välisen yhteyden luominen.
Välimäki, M. 2011 Sähköisen rakenteisen hoitokertomuksen käyttöönottokokemuksia etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin kotihoidossa.	Tarkoituksena kuvata Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin kotihoidon hoitokertomuksen tukikäyttäjien kokemuksia sähköisen rakenteisen kirjaamisen koulutuksista ja käytöstä sekä selvittää sähköisen rakenteisen kirjaamisen aiheuttamia muutoksia kotihoidon kirjaamiskäytännöissä.	Laadullinen tutkimus. Ryhmähaastattelu. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin kotihoidon hoitokertomuksen 20 tukikäyttäjää.	Rakenteisen kirjaamisen myönteisinä vaikutuksina todettiin toteutuksen kirjaamisen helppous, tiedon hakeminen ja rutini. Kielteisinä vaikutuksina ilmeni mm. että hoitotyön prosessia ei tunneta, kirjaaminen vie paljon aikaa ja ettei kirjattua tietoa lueta. Työntekijät kokivat saaneensa kirjaamisen ongelmassa eniten tukea työkavereilta. Rakenteisen kirjaamisen käyttöä edistäviksi tekijöiksi koettiin tietokoneen käytön osaaminen ja halu oppia uusia asioita. Kirjaaminen on muuttunut suunnitelmallisemmaksi, lyhyemmäksi ja asiallisemmaksi. Kirjattujen tietojen määrän koettiin lisääntyneen ja kuvailevan kirjaamisen vähentyneen. Kirjaamisen todettiin muuttuneen ongelmakeskeisemmäksi.

KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE

LIITE 5.

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

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

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

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

Arja Kaila, Leena Kuivalainen 2008©