

Opinnäytetyö (AMK)  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
2010

Anne-Mari Ahlfors

# HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN KOTIHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Joulukuu 2010 | Sivumäärä 23+1

Ohjaaja Satu Haapalainen-Suomi

Anne-Mari Ahlfors

# HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN KOTIHOIDOSSA

Systemaattinen hoitotyön kirjaaminen tarkoittaa kirjaamista sähköisissä potilastietojärjestelmissä rakenteisesti, päätöksenteon prosessimallin mukaan. Kirjaamisessa käytetään tarkoitukseen kehitettyä luokituskokonaisuutta. eNNI- hankkeessa kansallisesti yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin käyttöön oton osaamista ja käytäntöön juurruttamista toteutetaan terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen yhteistyössä vuosina 2008-2012. eNNI 2- hankkeen tavoitteena on alueellinen rakenteisen kirjaamisen kehittäminen. Mukana olevia työyhteisöjä tuetaan kehittämään kirjaamisen osaamista näyttöön perustuen. (eNNI- hankekuvaus 2010).

Opinnäytetyö on osa eNNI 2- hanketta. Mukana olevassa kotihoidossa on menossa siirtymävaihe rakenteiseen kirjaamiseen, jonka tulee olla käytössä vuoden 2010 loppuun mennessä. Kotihoidossa korostuu asiakaslähtöisyys sekä voimavarojen ja toimintakyvyn kuvaus. Hyvä ja ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma on kaiken kirjaamisen perusta. Siirtymävaiheessa tarvitaan tietoa kirjaamisen vaatimuksista, tavoitteista, sisällöstä ja laatuksiteereistä. Opinnäytetyön tavoite on koota tarvittava teoreettinen tieto rakenteisesta kirjaamisesta. Opinnäytetyötä ohjaava kysymys on: Millaista on hyvä ja riittävä hoitotyön kirjaaminen. Menetelmänä on käytetty kirjallisuuskatsausta, jonka pohjalta laaditaan opas kirjaamisen toteuttamiseen.

Kirjallisuuskatsauksen keskeisten tulosten mukaan kirjaaminen ei ole potilaskeskeistä vaan käytettyjä hoitotyön menetelmiä kirjataan eniten. Kirjaamisen perusta, hoitotyön päätöksenteon prosessimalli ei ole hallussa. Hyvä kirjaaminen on potilaskeskeistä, lakien ja asetusten mukaista, selkeää ja ytimekästä sekä informatiivista. Kirjaamisen, kuten hoitotyönkin tulee olla näyttöön perustuvaa.

ASIASANAT: hoitotyön kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, kotihoito, eNNI

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursing

December 2010 | Total number of pages 23+1

Instructor Satu Haapalainen-Suomi

Anne-Mari Ahlfors

## STRUCTURED NURSING DOCUMENTATION IN HOME HEALTHCARE

Systematic nursing documentation equals documentation in electronic patient records using standardized structure and process model. The documentation of nursing care is structured by classifications. In the eNNI project the national model of structured nursing documentation is implemented in clinical practice. Healthcare organizations and universities of applied sciences work together between 2008-2012.

This bachelors thesis is a part of eNNI 2- project. In home healthcare that is involved, the change from manual to electronic documentation is expected to be at use by the end of year 2010. In home healthcare, patient centredness and resources are highlighted. Planning the care and services is essential. Information is needed about the demands, aims and criteria of documentation. The aim of this bachelors' thesis was to collect the theoretical information about structured nursing documentation and answer the following question. What is good and adequate nursing documentation in home healthcare? Study is a literature review. Based on the review, a guide is made to help structured documentation in home healthcare.

The essential results were, that nursing documentation is not patient centered and that the process model is unfamiliar. Nursing intervention are documented most. Qualitative documentation is patient centered, regulated by laws, informative and clear. Documentation, as well as nursing care is expected to be evidence based.

**KEYWORDS:** nursing documentation, structured documentation, home healthcare, eNNI

## **SISÄLTÖ**

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE</b>	<b>6</b>
<b>3 HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN</b>	<b>6</b>
3.1 Luokituskokonaisuus	7
3.2 Rakenteisuus	8
3.3 Hoitokertomus	8
3.4 Aikaisemmat tutkimukset	9
3.5 Alueellinen rakenteisen kirjaamisen kehittäminen (eNNI-hanke)	10
3.5.1 Kirjaamisen nykykäytännöt ja kehittämistarpeet	10
3.5.2 Tavoitteet ja suunnitelma kirjaamisen kehittämiseksi	11
<b>4 KOTIHOITO</b>	<b>11</b>
4.1 Asiakkaat	12
4.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma	12
4.3 Kirjaaminen kotihoidossa	13
<b>5 KIRJAAMISEN KRITEERIT</b>	<b>14</b>
5.1 Päätöksenteon prosessimallin mukainen kirjaaminen	14
5.2 Näyttöön perustuva hoitotyö kirjaamisessa ja sen arviointi	15
5.3 Kirjaamista ohjaavat lait ja säädökset	16
5.4 Etiikka hoitotyössä ja sen kirjaamisessa	17
<b>6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS</b>	<b>19</b>
6.1 Tiedonhaun kuvaus	19
6.2 Tiedonhaun tulokset	20
<b>7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>21</b>
<b>8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>21</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>23</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. Yhteenveto tutkimustuloksista

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on osa alueellisen rakenteisen kirjaamisen kehittämissuunnitelmaa, eNNI 2- hanketta. Opinnäytetyö muodostuu kirjallisuuskatsauksesta, jonka perusteella laaditaan opas rakenteisesta kirjaamisesta. Opinnäytetyötä ohjaava kysymys on: Millaista on hyvä ja riittävä hoitotyön kirjaaminen kotihoidossa? Oppaan tarkoituksena on auttaa rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisessä sekä kehittää hoitotyön kirjaamista kotihoidossa. Hoitotyön kirjaamisen tulisi olla näyttöön perustuvaa, yhtenäistä ja ajantasaista, jotta potilasturvallisuus säilyisi ja hoidon jatkuvuus olisi turvattu.

Sosiaali- ja terveysministeriö on edellyttänyt, että kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä on ollut käyttöön otettuna ydintietomääräysten mukaiset rakenteet vuoden 2007 loppuun mennessä. Kirjaamiskäytännöllä huolehditaan, että tietojärjestelmät ovat yhteensopivia ja tietoturvallisia. Laaja teoreettinen tieto hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta on tarpeen muodostettaessa osasto tai toimipaikkakohtaisia kirjaamisen minimikriteereitä. Sellaiset on kehitetty jo perioperatiiviseen sekä tehohoitotyöhön. Lisäksi kirjaamiseen on olemassa laatukriteerit.

Kirjallisuuskatsauksen avulla halutaan antaa tiivis, mutta kattava kuva hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta. Opinnäytetyössä pyritään lisäämään ymmärrystä vaatimuksista koskien kirjaamista ja antaa valmiuksia sen hyvään toteuttamiseen. Näyttöön perustuva kirjaaminen ja eettiset näkökulmat on haluttu sisällyttää osaksi kirjaamisen pohjalla olevaa päätöksentekoa.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on koota yhteen laaja teoreettinen tieto hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta. Se muodostuu kirjallisuuskatsauksesta, jonka pohjalta on tavoitteena laatia opas rakenteisesta kirjaamisesta. Opinnäytetyötä ohjaava kysymys on:

Millaista on hyvä ja riittävä hoitotyön kirjaaminen kotihoidossa?

## 3 HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN

Hoitotyön kirjaamisen rakenteena Suomessa on käytetty päätöksenteon prosessimallia, joka on jaettu vaiheisiin. Kirjaamisessa käytetään keskeisiä hoitotietoja eli ydintietoja, jotka muodostuvat hoidon tarpeesta, toiminnoista, tuloksista, hoitoisuudesta ja hoitotyön yhteenvedosta. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä prosessimallin ja ydintietojen mukaan. (Saranto & Sonninen 2007, 13–14 .)Sosiaali- ja terveysministeriö on edellyttänyt, että kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä on ollut käyttöönotettuna ydintietomääräysten mukaiset rakenteet vuoden 2007 loppuun mennessä (STM 2004). Kirjaamiskäytännöllä huolehditaan, että tietojärjestelmät ovat yhteensopivia ja tietoturvallisia. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) tuli voimaan heinäkuussa 2007 (Ikonen 2009).

Terveydenhuollon organisaatiossa tietojärjestelmä muodostuu useasta osasta. Käyttäjä voi tunnuksillaan kirjautua sisälle järjestelmään ja pääsee käsiksi osiin, joihin hänellä on käyttöoikeus. Oikeuksia rajataan työtehtävien ja

toimintayksiköiden mukaan. Työnantajan velvollisuus on huolehtia, että työntekijöillä on tietojärjestelmän käytössä tarvittava osaaminen. Hoitotiedot muodostavat järjestelmässä sähköisen kertomusjärjestelmän, joka tukee asiakas- ja potilaslähtöistä hoitoa edistään moniammatillista yhteistyötä ja turvaten hoidon jatkuvuutta. Järjestelmiä kehitetään yhdessä toiminnan kanssa. Ennen järjestelmän kehittämistä on oltava näkemys hyvästä toimintatavasta. Potilastietojärjestelmät tuottavat tietoa potilaan hoidosta. (Ensio & Saranto 2004, 13-16, 18).

### 3.1 Luokituskokonaisuus

Suomessa on osana kansallista terveystietohanketta kehitetty hoitotyön kirjaamista varten yhtenäinen valtakunnallinen malli. Systemaattinen kirjaamisen malli on kehitetty valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin hankkeessa 2005–2008 (HoiDok). Hoitotyön ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto) kirjataan rakenteisesti hankkeessa kehitettyä Finnish Care Classification- luokituskokonaisuutta (FinCC) käyttäen. Luokituskokonaisuus sisältää hoidon tarveluokituksen (SHTaL) ja hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) sekä hoidon tulosluokituksen (SHTuL). Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot hankkeessa 2007–2009 (HoiData) kirjaamisen mallia vietiin potilastietojärjestelmiin ja tuettiin organisaatioita systemaattisen hoitotyön kirjaamisen käyttöönotoissa. Hankkeen tarkoituksena oli, että kirjaamismalli olisi käytössä koko maassa vuoden 2010 loppuun mennessä. (Ikonen 2009;Tanttu 2009.) Jatkona näille hankkeille on eNNI-hanke, jossa yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin käyttöön oton osaamista ja käytäntöön juurruttamista toteutetaan terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen yhteistyössä vuosina 2008–2012. (eNNI- hankekuvaus 2010).

Luokituskokonaisuudet SHTaL ja SHTuL on luokiteltu edelleen kolmeen tasoon. Komponentit (19 kpl) ovat molemmissa samat, SHTaL sisältää 88 pääluokkaa ja 186 alaluokkaa, SHToL 164 pääluokkaa ja 274 alaluokkaa. Kirjaamisessa käytetään mahdollisimman konkreettisia termejä, jotka ovat kolmas, alin taso.

Myös erikoisalakohtaisia termistöjä on kehitetty esimerkiksi perioperatiivisen hoitotyön perustietokanta (PNDS; PNDS@fi.02) ja tehohoitotyön malli (THM). (Sonninen 2007, 88-89).

### 3.2 Rakenteisuus

Perinteisen, manuaalisen kirjaamisen mukaista prosessimallia käytetään kirjaamisessa, jotta tiedot olisivat paremmin hyödynnettävissä. Jos näkyvissä ei ole hoitotarpeiden määrittelyä sekä hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia, vaan edelleen runsaasti kertovaa tekstiä, sähköisen kirjaamisen hyödyt jäävät vähäisiksi. Siksi kirjaaminen rakenteisesti, luokitusten mukaan edistää potilaslähtöistä hoitotyön toimintaa ja kirjaamista. Hoitotyön kirjausten tiivistäminen (yhteenvedo) mahdollistaa hoitopaikan muuttuessa hoidon jatkuvuuden. (Ensio & Saranto 2004, 32–35).

Mikäli työyksikössä ei ole sovittu yhtenäistä kirjaamistapaa, kirjaamisen laatu, taso, tarkkuus ja laajuus vaihtelevat kirjaajasta riippuen. Tiedon hyödyntäminen on siten vähäistä. (Ensio 2007, 150).

### 3.3 Hoitokertomus

Hoitotyön kirjaamisesta on sovittu mitä kirjataan ja miten. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan kaikkia potilasta koskevia asiakirjoja, joista yhtenä osana on potilaskertomus. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja muiden ammattiryhmien laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. (Saranto & Sonninen 2007, 12–13). Hoitokertomus säilytetään kymmenen vuotta hoitajakson päättymisestä ja sen hävittäminen edellyttää yhteenvedon laadintaa. Jatkuvuuden ja joustavuuden turvaamiseksi moniammatillisuus tulisi näkyä. Hoitokertomuksen tieto on reaaliaikaista ja käytettävissä viiveettä. (Tanttu & Ikonen 2007, 112).



### 3.4 Aikaisemmat tutkimukset

Kirjaamisen kehittämistä kotihoidossa on tutkittu KIRKE- hankkeessa (1.9.2007–31.12.2009). Hankkeen ensisijainen tavoite oli kotihoidon kirjaamisen kehittäminen vapaasta tekstistä rakenteiseen dokumentointiin. HoiData-hankkeessa tutkittiin hankeorganisaatioiden avulla systemaattisen kirjaamisen käyttöönoton vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia (Tanttu 2009). Kirjaamisen arviointia varten on kehitetty kyselylomake (Kaila & Kuivalainen 2008). Hoitotyön toimintojen kuvaamista minimitiedostojen avulla (Lindholm 2004) ja perioperatiivisen hoitotyön diagnoosiluokituksen soveltuvuutta suomalaiseen hoitotyöhön (Junttila 2005) on tutkittu. Perioperatiiviseen hoitotyöhön on kehitetty minimikriteerit (PNDS@fi.02).

Rakenteista kirjaamista ja siihen siirtymistä on tutkittu Suomessa hoitohenkilökunnan näkemysten ja kokemusten pohjalta (Laine 2008; Hartikainen 2008; Ikonen 2007; Lento 2006; Virolainen 2006) . Opinnäytetyössä hoitajien kokemukset ja näkemykset eivät ole tutkimuksen kohteena, joten kyseiset tutkimukset eivät sovellu kirjallisuuskatsaukseen. Hoitotyön kirjaamista ja päätöksentekoa on tutkittu perusterveydenhuollon näkökulmasta (Kuusio 2008) ja kirjaamisen kehittämistä koulutusintervention (Tuomikoski 2008) ja vertaisarvioinnin (Volotinen 2008) avulla. Hoitotyön sisältöä ja henkilöstön ajankäyttöä kotihoidossa on myös tutkittu (Kundt 2009.) Kaikki edellä mainitut työt ovat pro graduja eikä niitä ole otettu mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Kuusion ja Tuomikosken työt täyttävät asetetut mukaanottokriteerit, mutta töitä ei ollut saatavana sähköisessä muodossa.

Kotisairaanhoitajien kirjaamisen laatua on tutkittu sähköisissä potilastietojärjestelmissä (Gvevjon & Helleso 2010) ja kirjaamisen laatua yleensä (Muller-Staub ym. 2009). Lisäksi on tutkittu miten kliniseen hoitotyöhön kehitetään sähköistä kirjaamisjärjestelmää ja miten hoitotyön tehokkuutta tutkitaan Korealaisessa kotihoidossa (Lee, Lee & Moorhead 2009). Hoitajien tietoja hoitotyön kirjaamisesta on tutkittu Australian vanhainkodeissa (Daskein ym.2009). Hoitotyön luokitusten käyttöönottoa on tutkittu(Von Krogh & Nåden 2008; Muller-Staub ym. 2007; Törnvall & Wilhelmsson 2008; Lindner ym. 2007;

Klehr ym. 2009; Rukanuddin 2005). Hoitotyön diagnoosien monimutkaisuutta on tutkittu (Cheevakasemsook ym. 2006). Hoitajien asenteita kirjaamisesta ja kokemuksia sen käyttöönotosta on tutkittu (Junttila ym. 2005; Dahm & Wadensten 2008; Lee 2008).

### 3.5 Alueellinen rakenteisen kirjaamisen kehittäminen (eNNI-hanke)

eNNI- hanke on terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen yhteinen, vaiheittain etenevä hanke hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi valtakunnallisen mallin mukaiseksi. eNNI 2- hankkeen tavoitteena on alueellinen rakenteisen kirjaamisen kehittäminen. Työyhteisöjä tuetaan kehittämään kirjaamisen osaamista näyttöön perustuen.

#### 3.5.1 Kirjaamisen nykykäytännöt ja kehittämistarpeet

Kotihoidossa ei ole käytössä rakenteista hoitokertomusta. Kirjaamiskäytännöt tiimien välillä eivät ole yhtenäiset ja osa henkilökunnasta ei ole tottunut kirjaamaan lainkaan. Osalla on myös sosiaalialan koulutus, mikä vaikeuttaa kirjaamista terveydenhuollon kriteereillä. Asiakkaiden hoito perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka sisältää ainakin hoidon tavoitteet. Päivittäinen kirjaaminen tapahtuu Effic- järjestelmään tyhjälle sivulle. Kotihoidon henkilökunta kokee osin vaikeana tietää, mitä pitäisi kirjata. Kotihoidossa ei myöskään toteuteta raporttitilaisuuksia. Tarve yhtenäisiin kirjaamiskäytäntöihin eri tiimien välillä organisaation sisällä on olemassa. Henkilökunta on osin motivoitunutta kirjaamisen kehittämiseen. (Erkko 2010).

Valtakunnalliseen malliin pohjautuva, ydintietojen perusteella tapahtuva kirjaaminen palvelee koko kotihoidon henkilökuntaa sekä helpottaa päivittäistä työntekoa ja tiedonsiirtoa. Siirryttäessä manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen, muutetaan sekä tapaa tuottaa että hyödyntää tietoa ja luodaan yhtenäiset kirjaamiskäytännöt tiimien välille sekä siten koko kotihoidon

organisaation sisälle. Kirjatun tiedon hyödyntämismahdollisuuksiin vaikuttaa se, kuinka paljon tiedonkäsittelyn ominaisuuksia potilastietojärjestelmät sisältävät. (Saranto ym. 2007, 59).

### 3.5.2 Tavoitteet ja suunnitelma kirjaamisen kehittämiseksi

Kirjaamisen kehittämiseen sitoutuvat tiimien vastaavat hoitajat, jotka toimivat muun henkilökunnan tukena kirjattaessa rakenteisesti. Koko henkilökunta kirjaa yhtenäisesti ja selkeästi sovittujen käytäntöjen mukaan. Kirjaamisen sisältö tukee kotihoitoa, työyksikkö laatii mahdollisesti minimikriteerit kirjaamiseen. Keväällä 2010 henkilökunnalle on pidetty koulutustilaisuuksia. Aiheena ovat olleet hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö, hoitotyön päätöksenteko ja kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen kansallisen mallin mukaan. (Erkko 2010).

## 4 KOTIHOITO

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalveluja, kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluja. Koti- ja tukipalveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa (710/1982). Kotisairaanhoido perustuu kansanterveyslakiin (66/1972), jonka mukaan kunnan tulee järjestää asukkaiden hoito. Koska huomattava osa säännöllisen palvelun piirissä olevista asiakkaista käyttää sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa on useissa kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistetty kotihoidoksi. (Kaunisto 2006.)

Mukana oleva kotihoidon organisaatio muodostuu kotisairaanhoidosta ja kotihoidosta, kotipalvelusta sekä omaishoidon tukikeskuksesta. Siellä työskentelee 53 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista ja toiminta on jaettu seitsemään alueelliseen ja erikokoiseen tiimiin. Ne ovat erikokoisia eikä aluejakoa pidetä täysin toimivana. Tavoitteena on kehittää toimintaa siten, että lähihoitajien rooli työn toteuttamisessa kasvaisi. (Erkko 2010.)

#### 4.1 Asiakkaat

Kotihoidon asiakkaina on eri-ikäisiä ja eri oloissa eläviä ihmisiä, joilla on erilaisia vaatimuksia, odotuksia ja toiveita. Hoidon tavoite on mahdollistaa kotioloissa selviytyminen toimintakykyä tukemalla. Käyttämällä termiä asiakas, potilaan sijaan, korostetaan asiakkaan asemaa. Oleellista työssä on ihmisläheisyys. Onnistunut kotihoito on asiakkaan tarpeista lähtevää (asiakaslähtöistä). Kotihoito on itsenäistä työtä. Yhteistyö on vastuun jakamista muiden kanssa ja turvaa asiakkaalle aina asiantuntivimman avun. Kotihoidossa työskentelee eri ammattiryhmiä eri nimikkeillä. (Mäkelä ym. 1997, 10, 32.)

Kotihoidon suurin asiakasryhmä ovat 75–84- vuotiaat, jotka käsittävät lähes puolet koko määrästä. Joka kolmas asiakas on täyttänyt 85 vuotta. Naisia on miehiä enemmän. Kolmasosa asiakkaista saa kaksi kotikäyntiä vuorokaudessa. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin (2005) mukaan säännöllistä kotihoitoa sai 60,6 % asiakkaista alentuneen fyysisen toimintakyvyn takia. Tutkimusten ja somaattisten sairauksien hoidon osuus oli 17 %, joista tavallisimpia sairauksia olivat verenpainetauti, sepelvaltimosairaudet, sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt, dementoivat sairaudet, diabetes ja osteoporoosi. 10,8 % asiakkaista oli diagnosoitu dementiasairaus ja 9,7 % hoidon syy oli psykososiaalinen. (Luoma & Kattainen 2008, 18-20.)

#### 4.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja tai asiakirjakokonaisuus, johon kirjataan asiakkaan tarvitsemat palvelut ja hoito sekä niiden muoto ja arvioitu kesto sekä sovitaan sen tarkistamisen ja arvioinnin ajankohdat. Asiakaslähtöinen (asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset sekä hänelle merkittävät jokapäiväiset asiat huomioonottava) hoito- ja palvelusuunnitelma on tiivis ja kokoaa asiakkaan kuntoutuksen tarpeet ja kuntoutumisen voimavarat, palvelujen, hoivan ja hoidon tarpeet sekä ehkäisevän työn mahdollisuudet. Toteutukseen kuuluu tilanteen seuranta, kokemusten kirjaaminen ja vaikutusten jatkuva kirjallinen arviointi. (Päivärinta & Haverinen 2002, 3.) Hoitotyön suunnitelman onnistunut käyttö edellyttää mahdollisuutta

harjoitella, käyttää aikaa ja saada ohjausta suunnitelman laatimiseen. Tähän tarkoitukseen soveltuvia lomakkeita on olemassa. (Hallila 2005, 34–35.)

Vanhustyön kaikissa vaiheissa on erityisen tärkeää tunnistaa asiakkaan voimavarat ja toimintakyky. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä, ikäihmisten kotona asumista edistävää työtettä, erityisen tärkeä se on kotihoidon asiakkaille. (Päivärinta & Haverinen 2002,5, 13.)

### 4.3 Kirjaaminen kotihoidossa

Hoito- ja palvelusuunnitelma on kotihoidon keskeinen työkalu hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Siihen merkitään konkreettiset, yksilölliset tavoitteet sairauksien hoidosta ja toimintakyvystä sekä elämänlaadusta. Lisäksi kirjataan hoitotyön keinot tavoitteiden saavuttamiseksi ja suunnitelma toteutumisen arvioinnista. Kotihoidon hyvän kirjaamisen ja ammattillisen laadun välillä on yhteys. Systemaattinen kirjaaminen mahdollistaa asiakkaiden saamien kotihoidon palvelujen seuraamisen ja laadun arvioimisen. Se tekee toiminnasta näkyvää ja auttaa niiden tekijöiden arvioimisessa, jotka ovat hoitoprosessin aikana vaikuttaneet asiakkaaseen positiivisesti. Asiakkaiden kotipalvelut pohjautuvat kirjattuihin tietoihin palvelutarpeesta, olennaisena osana toimintakykymittareiden käyttö. (Päivärinta & Haverinen 2002).

Kirjallisesti selvästi ilmaistaan, mihin kunkin asiakkaan osalta pyritään. Palvelujen ja hoidon jatkuvuus turvataan päivitetyllä ja säännöllisesti tarkastetulla sekä arvioidulla hoito- ja palvelusuunnitelmalla. Tämä ehkäisee työntekijöiden päällekkäistä työtä ja auttaa uusien työntekijöiden perehdytyksessä sekä parantaa tiedonkulkua. Työn- ja vastuunjaot selkiytyvät ja asiakasturvallisuus lisääntyy. Suunnitelma ja tavoitteet ohjaavat ja velvoittavat työyhteisön ja tiimin jäseniä kaikissa työvuoroissa huolehtimaan omasta kirjaamisestaan työvuorossaan ja kotikäynneillä. Huomiota kiinnitetään merkintöjen asianmukaisuuteen ja virheettömyyteen toteutuneesta palvelutapahtumasta. Näin asiakkaan ja työntekijän oikeusturva toteutuvat. Asiakirjamerkintöjen perusteella osoitetaan, mitä palveluja, milloin ja kuinka

paljon asiakas on saanut ja miten palveluprosessi on toteutunut. Merkintöjen ajantasaisuus on tärkeintä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 18, 44.)

## 5 KIRJAAMISEN KRITTEERIT

Kirjaamista ohjaavat kriteerit tarkoittavat, että kirjataan vain potilaan hoidon ja hoitotyön kannalta tarpeelliset, välttämättömät ja olennaiset tiedot. Hoitaja huomioi potilaan yksityisyyden ja salassapitovelvollisuuden. Epäillyistä vahingoista tulee olla yksityiskohtaiset merkinnät, kuvaus ja selvitys syystä. Kirjaaminen on selkeää kieleltään ja sisällöltään eikä siinä käytetä lyhenteitä. Siinä tulee myös näkyä, onko asia potilaan tai omaisen kertomaa vai hoitajan huomio tai päätelmä. Potilaalle suullisesti annettujen ohjeiden sisällöstä tulee olla merkintä. Kirjaaminen päivittäisistä toiminnoista tulee olla arvioivaa, ei toteavaa. Hyvä kirjaaminen antaa selkeän kuvan potilaan tarpeista, hoidon tavoitteista ja tuloksista. Asiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä tulee ilmetä kirjaajan ammattinimike ja nimi. Hoitajaksoista tulee olla yhteenveto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

### 5.1 Päätöksenteon prosessimallin mukainen kirjaaminen

Päätöksenteon vaiheita ovat hoidontarpeen määrittäminen (tiedon keruu), hoidon suunnittelu (hoidon tarpeet, ongelmat ja tavoitteet), toteutus ja arviointi. Hoitotyöntekijä kerää ja kirjaa hoitotyön kannalta keskeiset tiedot. Hoitosuhteen edetessä niitä täydennetään ja kirjataan jatkuvasti. Hoitosuunnitelma on kirjaamisen perusta ja merkinnät osa toteutusta ja arviointia. Yhdessä ne muodostavat hoitokertomuksen. Hoitotyön yhteenveto on kumulatiivisesti hoitojaksolla kertyvää tietoa, jota voidaan täydentää jakson lopussa. Vapaasti kirjoitetussa hoitotyön yhteenvedossa tieto on hajanaista eikä siinä ole yhtenäistä rakennetta ja sisältöä. Prosessimalli ei anna sisältöä kirjaamiselle vaan rakenteistaa tietojen kirjaamisen. Sisällön muodostavat luokitukset. (Sonninen & Ikonen 2007, 76-79.) Rakenteisesti kirjattaessa luokituksia

hyödynnetään valitsemalla esimerkiksi hoitotyön tarpeen tai toiminnon, joka kuvaa ajatteluprosessin lopputulosta. (Sonninen ym. 2007, 8).

Käytännön hoitamisen päätöksenteossa potilas otetaan mukaan hoitoaan ja terveyttään koskeviin päätöksiin ja hänellä on siinä keskeinen rooli. Potilaskeskeinen päätöksenteko velvoittaa hoitohenkilökuntaa antamaan potilaalle tietoa terveydentilasta, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä merkityksestä. Kyky tehdä päätöksiä edellyttää riittävää tietoa ja sen ymmärrystä. (Lauri ym. 1998, 86-87).

Lähtökohtana kirjaamiseen on, että se on potilaslähtöistä. Tavoite on saada potilaan näkemys ja kokemus esille sekä siten hoidon sisältö monipuolisesti kirjatuksi. Kirjattu tieto ei aina vastaa todellisuutta tai potilaan hoidon tarvetta. Potilaan kannalta jää myös olennaisia asioita kirjaamatta. Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen edellyttää tiedon ryhmittelyä ja luokittelua. Yhtenäiset käsitteet on määritelty ja luokitukset kehitetty. Kirjaamisen sisältö monipuolistuu, jos se tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa, eikä esimerkiksi työvuoron päätteeksi vain hoitajan tekemänä. (Kärkkäinen 2007, 89-91.)

## 5.2 Näyttöön perustuva hoitotyö kirjaamisessa ja sen arviointi

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttöä potilaan terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja toiminnan toteutuksessa sekä siten hoitotyön tuloksessa ja hoidon arvioinnissa. Näyttö voidaan jakaa tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön ja kokemukseen perustuvaan näyttöön. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7.) Se tulisi näkyä kirjauksissa, joista pitää tulla ilmi, millaiseen tietoon päätökset perustuvat ja mitä hoitotyön keinoilla saavutettiin.

Hoitotyötä ja sen kirjaamista ohjaavat erilaiset suositukset ja minimivaatimukset sekä lait. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on. mm. suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta eroon pääseminen. Ongelmana on tutkimustiedon hakeminen ja sovellus käytännön työhön. Hoitotyöstä ei ole riittävästi tutkimustietoa kaikilta

osa-alueilta. Käytännön työntekijöillä on eriasteisia tutkintoja ja siten erilainen tieto hoitotyön kirjaamisesta. Erilaisia teoria- ja täydennyskoulutuksia järjestetään, mutta sen perusteella lyhyen koulutuksen saaneita ei voida edellyttää pystyvän perustelemaan toimintaansa näyttöön perustuvan hoitotyön edellyttämällä tavalla. (Hallila 2005, 12-14.)

Näyttöön perustuvaa kirjaamista voidaan arvioida eri kriteerein. Potilasasiakirjasta selviää, miten hoitoprosessin eri vaiheissa on toimittu (pätevyys) ja se dokumentoidaan niin, että tapahtumat, niiden merkitykset ja perusteet ovat selkeitä (toistettavuus). Hoidon tarve on kuvattu siten, että toinen voi tulkita ja soveltaa tietoa (luotettavuus) ja kaikkien kannanotot ovat kirjattuina, myös potilaan näkökulma (edustuksellisuus). Asiakirjaa käyttävien täytyy löytää oleelliset hoitoon ja terveydentilaan löytyvät asiat (kliininen soveltuvuus). Kirjauksesta näkyy miten potilaan näkemykset on otettu huomioon (joustavuus). Kirjaamisen kieli on selkeää, yhtenäistä ja määritelmät täsmällisiä (selkeys) ja prosessi on kuvattu tarkasti (tarkkuus). (Pekkala 2007, 52-53.)

### 5.3 Kirjaamista ohjaavat lait ja säädökset

Tietosuoja tarkoittaa henkilötietojen käsittelyä henkilötietolakia (523/99) koskevien vaatimusten mukaan, yksityisyyden huomioimiseksi ja oikeusturvan varmistamiseksi. Tietoturva tarkoittaa käytännön toimia, joilla tietosuojaa toteutetaan. Keskeistä on potilasasiakirjojen asianmukainen laatiminen ja säilyttäminen, salassapito, vaitolovelvollisuus ja tietojen luovuttaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asetuksista (298/2009) on tehty erillinen opas, jossa on ohjeet potilasasiakirjojen laadintaan ja materiaalin säilytykseen. Sitä ohjaa muun muassa arkistolaki (831/1994). (Ensio & Saranto 2004, 20-21,23.)

Hoitotyön kirjaamisesta on säädetty laissa (785/1992, 653/2000) potilaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (298/2009) potilasasiakirjoista, joihin voivat tehdä merkintöjä terveydenhuollon ammattilaiset tai muu heidän ohjeidensa mukaan hoitoon osallistuva



henkilökunta. Potilasasiakirjoissa tulee näkyä päivämäärä, ammattinimike ja kirjaajan koko nimi. (Hallila 2005,22.)

Hoitotyön kirjaamista koskevat potilasvahinkolaki (585/1986), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), mielenterveyslaki (1116/1990), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, uudistettu 653/2000), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), henkilötietolaki (523/1999), laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) ja hallintolaki (434/2003).(Hallila & Graeffe 2005, 19.) Laissa sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista (812/2000) veloitetaan laatimaan palvelu-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa (§ 7). Kotipalvelusta ja sairaanhoidosta tulee laatia hoito- ja palvelusuunnitelma myös maksuasetuksen takia. (Päivärinta & Haverinen 2002.)

#### 5.4 Etiikka hoitotyössä ja sen kirjaamisessa

Terveydenhuollon organisaatioissa on runsaasti erilaisia käytäntöjä, jotka perustuvat vanhoihin toimintatapoihin ja periaatteisiin. Vaikka niitä ei ole perusteita ylläpitää, vanhasta tavasta luopuminen on vaikeaa. (Välimäki 2003, 10-11). Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on julkaissut terveydenhuollon eettiset periaatteet. Hoitamisen tavoitteena on hyvä terveys. Ammattillista hoitamista toteuttavat terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneet ammattihenkilöt tietoonsa perutuvien auttamismenetelmien avulla. Hoitotyötä on hoitotieteeseen perustuva ammattillinen hoitaminen. Sitä toteuttavat eriasteiset hoitotyöntekijät. Hoitotyön etiikka käsittelee hoitotyössä kysymyksiä oikeasta ja väärästä sekä hyvästä ja pahasta. Hoidon onnistumisen ja eettisyyden kannalta tärkeää hoitotyössä on potilaan tietoisesti antama suostumus (informed consent). Kun potilas on tietoinen häntä koskevista asioista ja hoidollisista toimista, pystyy hän tekemään päätöksen. (Leino-Kilpi 2003, 19, 138.)

Hoitotyön kirjaaminen on keskeinen osa ammatillista osaamista. Kirjaamisten eettiset näkökulmat korostuvat tarkasteltaessa kirjatun tiedon oleellisuutta, asiallisuutta ja riittävyyttä. Hyvään kirjaamisen käytäntöön kuuluvat oleellisten

tietojen kirjaaminen, totuudenmukaisuus, luottamuksellisuus ja asiallisuus.  
(Haho 2009, 38-39.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, menetelmänä kirjallisuuskatsaus. Katsaus tehdään vastauksena tutkimusongelmaan, tässä opinnäytetyötä ohjaavaan kysymykseen. Katsaus edellyttää, että aiheesta on olemassa jonkin verran tutkittua tietoa. (Leino-Kilpi 2007, 2.) Kirjallisuuskatsauksella on useita tarkoituksia. Se auttaa tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten tunnistamisessa sekä tutkimusaiheeseen liittyvien käsitteiden määrittelemisessä. Sen avulla löydetään aikaisempia tutkimuksia aiheesta ja muodostetaan teoreettinen tai käsitteellinen tausta.

Jopa kahden tutkimuksen yhteiskäsittelyä voidaan kutsua kirjallisuuskatsaukseksi. Jos systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei tuota vastausta tutkimusongelmaan, tämä tulkitaan tutkimuksen riittämättömyydeksi tietyltä alueelta ja on tutkimustulos, vaikka ei tuota systemaattista kirjallisuuskatsausta. (Johansson 2007,3, 4,6.)

Kirjallisuuskatsaukseen valittavien tutkimusten sisäänotto- ja ulossulkukriteerit määriteltiin seuraavasti; hakusanat rakenteinen kirjaaminen tai hoitotyön kirjaaminen ja kotihoito täytyvät löytyä yhdessä tai erikseen otsikosta tai tiivistelmästä, aikaväli on 2000-2010, kyseessä on tutkimusartikkeli, tutkimus liittyy kotihoitoon ja/tai kirjaamiseen.

### 6.1 Tiedonhaun kuvaus

Käytetyt tietokannat olivat Medic, Cinahl ja MedLine. Haun rajauksella on mahdollista keskittyä vain tutkimusjulkaisuihin ja systemoituihin katsauksiin. Medlinen lääke- ja terveystietokannan viitteistä 80 % sisältää abstraktin, jonka perusteella tutkimukset valittiin mukaan. Cinahl taas on hoitotieteiden viitetietokanta. (Elomaa & Mikkola 2008, 22, 25). Käytetty kotimainen tietokanta on Medic, joka sisältää viitteitä mm. suomalaisesta hoitotieteellisestä kirjallisuudesta (artikkeleita, kirjoja, väitöskirjoja, opinnäytetöitä, tutkimuslaitosten raportteja). (Tähtinen 2007, 30.)

Systemaattinen tiedonhaku on järjestelmällinen sekä tarkasti rajattu ja määritelty prosessi, joka on uudelleen toistettavissa. Siinä on määritelty tiedon tarve ja käyttötarkoitus, valittu tietolähteet, suunniteltu ja toteutettu tiedonhauk, hyödynnetty valitut hakutulokset sekä dokumentoitu ja arvioitu tiedonhakuprosessi. Tutkimusten valintaan ovat vaikuttaneet tiedon tarpeen laajuus ja taso, käyttötarkoitus sekä kohdeyleisö. Säännöllisesti päivittyvät viitetietokannat ovat luotettavia tieteellisiä tiedonlähteitä (Tähtinen 2007, 10,11.)

Hakusanat valittiin opinnäytetyön aiheen mukaan; hoitotyön kirjaaminen (nursing documentation), rakenteinen kirjaaminen (structured documentation), kotihoito (home care / home healthcare). Hakutuloksista valittiin ensin tiivistelmän perusteella artikkeli lähempään tarkasteluun ja sisällönanalyysin perusteella tutkimukseen.

Kirjallisuuskatsauksen hakusanat ja kriteerit on esitelty taulukossa .

Tietokanta	Hakusana(t)	Rajaukset	Osumat / valittu
Cinahl	Nursing documentation home care AND nursing	Full text, abstract available, 2000-2010	85 / 3 4 / 1
Medline	Nursing documentation AND home care	Free full text, abstract, 2000-2010	97 / -
PubMed	Nursing documentation home care	Free full text, abstract, english/finnish, 2000-2010	26 / -
Medic	Rakenteinen kirjaaminen kotihoito kotisairaanhoido	-	121 / 1 4 / 1 103 / -

## 6.2 Tiedonhaun tulokset

Tutkimusten mukaan kotisairaanhoidajien kirjaaminen uusissa elektronisissa potilastietojärjestelmissä ei toteutunut hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Kirjatut tiedot potilaasta olivat epätarkkoja ja riittämättömiä sekä monia tärkeitä yksityiskohtia puuttui hoitotyön prosessin ja potilastietojen osalta. Potilaskeskeisyys ei toteudu eikä yksilöllinen hoitotyö näy kirjauksissa. Potilaan hoidon tarpeet tai ongelmat eivät välttämättä vastaa todellisia tarpeita. Kirjaaminen oli samalla tasolla miltei 20 vuotta käytön jälkeen kuin aloitettaessa.

(Törnvall ym. 2004; Kärkkäinen ym. 2005; Saranto & Kinnunen 2009; Gvevjon & Helleso 2010.) Yhteenveto tutkimustuloksista. (Liite1.)

## **7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS**

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheita arvioidaan kriittisesti. Alkuperäistutkimuksia haetaan niistä tietokannoista, joista niitä oletetaan löytyvän. Hakutermin valinta on syytä miettiä huolellisesti. Kuhunkin tutkimuskysymykseen tehdään omat, kattavat haut (Routasalo & Stolt 2007, 58.) Tässä opinnäytetyössä tietokannat valittiin tiedonhakuoppaan (Elomaa & Mikkola) avulla. Opinnäytetyö sisälsi kirjallisuuskatsauksen, luotettavuutta haluttiin vahvistaa systemaattisella haulla ja tutkimusartikkeleiden käytöllä. Hakutermit valittiin opinnäytetyön aiheen mukaan, jossa toistuivat samat termit kuin tutkimusta ohjaavassa kysymyksessä. Sisäänottokriteerit määriteltiin ennen tutkimusten valintaa ja ne perustuvat tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien tutkimusten laatua tarkastellaan otsikon, abstraktin ja sisällön perusteella (Routasalo & Stolt 2007, 5).

Kirjallisuuskatsaus tuotti osittain vastauksen opinnäytetyötä ohjaavaan kysymykseen. Tämä voidaan tulkita tutkimuksen riittämättömyydeksi alueelta. Tämä saattaa heikentää luotettavuutta.

## **8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA**

Opinnäytetyössä on käytetty laajasti kirjallista materiaalia rakenteisesta kirjaamisesta. Kirjallisuuskatsauksen perustana olivat tutkimusta ohjaavat kysymykset mm. hoitotyön kirjaamisen vaatimuksista. Kirjaamisen kriteerit on määritelty, joten tältä osin opinnäytetyö vastaa tarkoitustaan.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta on tehty opas, joka on suoraan hyödyllinen käytännön hoitotyöhön kotihoitoon. Opinnäytetyön aihe on perusteltu ja ajankohtainen. Kirjallisuudesta saatu tutkimustieto rakenteisesta kirjaamisesta on kirjaamiseen siirtymävaiheessa välttämätöntä.

Hoitotyön rakenteista kirjaamista ei ole tutkittu riittävästi ja lisätutkimusta tarvitaan. Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen on eräs hoitotyön suurimmista hankkeista Suomessa. Kirjaamisen arviointiin ei ole käytettävissä yleisiä arviointimenetelmiä.

## LÄHTEET

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2008. Näytön jäljillä – Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 4. uudistettu painos. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Ensio, A. Tavoitteena toiminnan ja palvelujen kehittäminen. Teoksessa. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

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

Erkko, P. 2010. Alueellinen rakenteisen kirjaamisen kehittämissuunnitelma - eNNi 2-hankkeeseen liittyvä alueellinen toimintasuunnitelma vuodeksi 2010.

Eskola, J. & Suoranta, S. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä: Vastapaino.

FinnCC- luokituskokonaisuus. [viitattu 11.4.2010] Saatavilla: [www.vsshp.fi](http://www.vsshp.fi) -> projektit → hoitotyön hanke.

Gvevjon, ER. & Helleso, R. 2010. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. Journal of Clinical Nursing 2010 Vol.19 no 1-2/2010, 100.

Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.

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

Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoitaja Vol.82 no. 12/2009

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki:

Tammi.

Ikonen, H. 2009. eNNI-hanke. [viitattu 11.4.2010] Saatavilla: [www.amk.fi/enni](http://www.amk.fi/enni).

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. (toim.) Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turku: Digipaino- Turun Yliopisto.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy.

Kaunisto, M. 2006. Kotihoito. [viitattu 11.4.2010] Saatavilla: [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net) → sosiaali ja terveys → vanhusten palvelut → kotihoito.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen – hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoitajaliitto. Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Jyväskylä: Gummerus Oy.

Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. 2005. Documentation of Individualized Patient Care: A Qualitative Metasynthesis. *Nursing Ethics* 2005 12 (2), 123-132.

Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. *Hoidollinen päätöksenteko*. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksessa *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. (toim.) Turun Yliopisto. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51*. Turku: Digipaino- Turun Yliopisto .

Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa. *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. *Etiikka hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2008. *Asiakasrakenne*. Teoksessa *Asiakaslähtöinen kotihoito – laatukäsikirja ikääntyneiden kotihoitoon* Heinola, R. (toim.) STAKES oppaita 73.

Mäkelä, E., Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. (toim.) 1997. *Kotihoito*. 3. uudistettu painos . Helsinki: WSOY.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma – opas työntekijöille ja palveluista vastaaville*. STM / Kuntaliitto / STAKES oppaita 52.

Pekkala, E. 2007. *Näyttöön perustuva kirjaaminen*. Teoksessa. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY.

Saranto, K. & Kinnunen, U-M. 2009. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 65. No.3/2009, 464-476.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. Uudistettu painos 2008. WSOY: Helsinki.

Sonninen, A. ym. 2007. *Kirjatun tiedon sisällön systemointi*. Teoksessa. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY.

Sonninen, A. & Ikonen, H. *Kirjaamisen rakenteen systemointi*. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. *Työryhmämuistioita 2004:18*. [viitattu 11.4.2010] Saatavilla: [www.stm.fi](http://www.stm.fi) → julkaisut -> Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti

Sosiaali- ja terveysministeriö. *Asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/ 298*.

Tanttu, K. 2009. *Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot- hanke*, loppuraportti. [viitattu 11.4.2010] Saatavilla: [www.vsshp.fi](http://www.vsshp.fi) → projektit → hoitotyön hanke → loppuraportti.

Tanttu, K. & Ikonen, H. *Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa*. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tähtinen, H. 2007. *Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta*. Teoksessa *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri,



R. (toim.) Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turku: Digipaino- Turun Yliopisto .

Törnvall, E., Wilhelmsson, E. & Wahren, L. 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci No.18/ 2004, 310-317.

## Yhteenveto tutkimustuloksista

Tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät- ja aineisto	Tulokset	Johtopäätökset / huomattavaa
Törnvall ym. 2004, Ruotsi	Kuvata ja analysoida hoitotyön kirjaamista perusterveydenhuollossa – mitä hoitajat kirjaavat	Tutkimuksessa 3 osaa; kysely (N=424 / 212 valittiin satunnaistetulla otannalla / 154 vastasi), auditointi (41 tiedostoa 27 terveyskeskuksesta) ja otos (31 / 15 osallistui) avainsanojen laskemiseksi	Kaikki osa-alueet antoivat yksimielisen tuloksen hoitotyön kirjaamisesta – hoitajat kuvasivat hoitotyön ongelmia ja menetelmiä usein, hoitotyön diagnoosia, tavoitteita ja tuloksia harvoin	Hoitotyön dokumentointi oli perustasolla miltei 20 vuotta käytön aloituksen jälkeen ja tärkeitä osioita puuttui. Hoitotyön kirjaamista täytyy kehittää hoitotyön kehittämiseksi
Kärkkäinen ym. 2005, Suomi	Lisätä ymmärrystä siitä, kuinka yksilöllinen hoitotyö ja eettiset periaatteet näkyvät hoitotyön kirjaamisessa	Laadullinen metasynthesei (N=14)	Kolme eri hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavaa teemaa löydettiin; organisaation vaatimuksia koskevat asiat, hoitajien asenteet ja tehtävät ja potilaan osuus hoitoonsa	Hoitotyön kirjausten sisältö ei vastaa kokonaisvaltaista ja potilaskeskeistä kirjaamista tai anna oikeanlaista kuvaa hoidon jatkuvuudesta. Hoidolle määritellyt tarpeet eivät välttämättä vastaa potilaan todellisia tarpeita. Kirjauksissa on kuvattu enemmän hoitotoimenpiteitä kuin potilaan kokemuksia hoidosta. Hoitotyön kirjaamisen tarkoitus ja tavoite pitäisi määritellä selvästi.
Saranto & Kinnunen, 2009, Suomi	Kartoittaa hoitotyön kirjaamisen tutkimisessa käytettyjä metodeja ja tutkittuja aihealueita	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (N=41)	Tutkittuja alueita olivat hoitotyön kirjaaminen (8), potilaskeskeinen kirjaaminen (19) ja standartoitu kirjaaminen (14). Käytettyjä metodeja olivat kyselyt, haastattelut ja havainnointi	Hoitotyön kirjaamista ei ole paljon tutkittu, jatkotutkimuksen tarve on selkeä. Moni tutkimuksista koski rakenteista kirjaamista ja luokitusten käyttöä kirjaamisessa sekä siirtymistä rakenteiseen kirjaamiseen. Kirjatut potilastiedot olivat epätarkkoja, riittämättömiä ja monia tärkeitä yksityiskohtia puuttui hoitotyön prosessin ja potilastietojen osalta.
Gvevjon & Helleso, 2010, Norja	Tutkia kotisairaanhoidajien kirjaamisen laatua sähköisissä potilastietojärjestelmissä	Retrospektiivinen tutkimus (N=91) potilasasiakirjoista	Hoitajat kuvasivat hoitoa kronologisesti eivätkä prosessimallin mukaan	Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen oli vajavaista. Tutkimuksesta tuli esille kysymys siitä, onko prosessimalli este kirjaamiselle. Sen soveltuvuutta kotihoitoon täytyy testata ja hoitotyön kirjaamista kotihoidossa kehittää