



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kotihoidon yksikön kirjaamisen auditointi

Makkonen, Elisa

2011 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Kotihoidon yksikön
kirjaamisen auditointi

Makkonen, Elisa
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2011

Elisa Makkonen

Kotihoidon yksikön kirjaamisen arviointi

Vuosi 2011 Sivumäärä 51

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella hoitotyön prosessimallin ja potilaslähtöisyyden toteutumista hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa yhdessä etelä-suomalaisessa kotihoidon yksikössä. Tutkimus toteutettiin auditoimalla kyseisen kotihoidon asiakkaiden (N = 27, n = 18) hoitotyön suunnitelmia sekä päivittäiskirjaamista yhden viikon ajalta. Tutkimus oli määrällinen ja sen tavoitteena oli selvittää, toteutuuko sähköisiin potilaskertomuksiin kirjaamisessa hoitotyön prosessin mukainen rakenteisuus, välittykö potilaskertomusten kirjaamisesta hoitotyön suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus sekä toteutuuko hoitotyön kirjaamisessa yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys.

Auditointimittarina käytettiin valmista, Kailan ja Kuivalaisen vuonna 2008 osana HoiData-hanketta kehittämää kirjaamisen arviointilomaketta. Otokseksi valikoituivat sellaiset kotihoidon pitkäaikaisasiakkaat, joiden luo kotihoito tekee vähintään kolme viikoittaista käyntiä. Auditointi toteutettiin vain sellaisten asiakkaiden hoitokertomusten osalta, jotka antoivat siihen kirjallisen suostumuksensa. Otanta suoritettiin satunnaisotantamenetelmällä ja tutkimuksen eettisyyden ja kotihoidon asiakkaiden yksityisyyden turvaamiseksi otannan suoritti kotihoidon osastonhoitaja.

Tutkimustulokset osoittivat, että yksikössä käytetyn sähköisen potilastietojärjestelmän ja käyttöön valitun kirjaamisalustan rakenne ohjasivat vahvasti hoitotyön kirjaamista. Niiden hoitotyön prosessin osa-alueiden osalta, jotka sovelluksessa oli erikseen otsikoitu (hoidon tarve, hoidon tavoite ja suunnitellut hoitotyön toiminnot), kirjaaminen oli hyvällä, jopa kiitettävällä tasolla. Ne hoitotyön prosessin vaiheet taas, joille ei ollut käytössä erikseen nimikoitua kirjaamiskohtaa (toteutuneet toimenpiteet sekä hoidon tulos ja arviointi), jäivät lähes täydellisesti huomioimatta sekä hoitotyön suunnitelmissa että päivittäisessä kirjaamisessa. Myös kirjaamisen potilaslähtöisyydessä oli joillain osa-alueilla huomattavia puutteita. Päivittäiskirjaaminen keskittyi kuvaamaan hoitajan mekaanista tekemistä eikä potilaan omaa kokemusta tarvitsemastaan tai saamastaan hoidosta ei tuotu kirjaamisessa esille. Lisäksi hoitotyön yhteenvedon puuttuminen oli puute, johon yksikössä tulisi puuttua, jotta kirjaaminen saadaan lain edellyttämälle tasolle.

Yksikön hoitotyön kirjaamista voisi kehittää nykyistä paremmin mukailemaan hoitotyön prosessin vaiheita myös tuloksen ja arvioinnin osalta ottamalla käyttöön potilastietojärjestelmän tavoite ja arviointi -otsikko, jolloin hoidon tuloksen ja arvioinnin kirjaamiselle olisi nimikoitu kohta. Kirjaamista tulisi myös jatkossa kehittää potilaslähtöisemmäksi, jolloin hoitajan mekaanisen tekemisen kuvaaminen korvattaisiin potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen sekä potilaan toimintakyvyn ja kokemuksen kuvaamisella. Yksikössä voisi olla hyödyllistä nyt saatujen auditointitulosten pohjalta laatia kehittämissuunnitelma ja tarjota hoitotyöntekijöille esimerkiksi vierikoulutusta hoitotyön prosessimallin mukaisen kirjaamisen osaamisen syventämiseksi. Kehittämistyön jälkeen yksikkö voisi jatkossa hyötyä uusinta-auditoinnista, jonka tuloksia vertaamalla nyt saatuihin, voitaisiin entistä tarkemmin puuttua kirjaamisen ongelmakohtiin.

Asiasanat: hoitotyön prosessi, hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen, kirjaamisen auditointi.

Elisa Makkonen

Auditing nursing documentation at one home care unit

Year	2011	Pages	51
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to contemplate the utilization of nursing process in nursing documentation as well as patient-centeredness of nursing documentation at one home care unit in southern Finland. The study was quantitative and it was executed by auditing home care clients' (N = 27, n = 18) patient care plans and daily nursing documentation from a period of one week. The aim was to find out is the structure of nursing process utilized in electronic nursing documentation, does planning and target setting of care come across in nursing documentation and is nursing documentation individualized and patient-centered.

The measuring tool used to audit was an assessment form of nursing documentation created as a part of HoiData-project in 2008 by Kaila and Kuivalainen. The group of long-term home care clients whose patient records were used for the study was chosen based on the frequency of visits made by home care nurses, so that only the ones home care nurses visited three or more times per week were selected. Only those clients' patient records were used for the audit who gave their written permission for use. The method of selection was random sample and to assure high ethical quality of the study as well as privacy of the clients, the selection was made by the head nurse at the home care unit.

Results of the study indicate that the electronic patient information system used at this home care unit and the structure of documentation platform chosen for use strongly guide the way nursing documentation is carried out. For those parts of the nursing process that the system provided ready headlines for (need of care, objective of care and planned nursing procedures), the nursing documentation was found to be on a high level. On the other hand, those phases of the nursing process that the system did not provide a specific segment for (executed nursing procedures, outcome of care and assessment of care) were almost completely ignored in both, the nursing care plan and the daily nursing documentation. Also major deficiencies were found in some areas regarding patient-centeredness of the documentation. Daily documentation was focused on nurses' mechanical procedures. Patients' experience of the care they needed or were given was not expressed in daily nursing documentation. In addition, the lack of usage of nursing summaries is an issue that needs to be addressed in order for the nursing documentation to meet the requirements of the law.

To further develop nursing documentation so that it follows the structure of nursing process, it might be useful if the home care unit started using the headline "Aim and assessment" that the patient information system provides. Nursing documentation should also be developed to become more patient-centered, so that describing mechanical workings of nurses would be replaced with describing the patients' ability to function and experience of care. It might be useful if the home care unit came up with a development plan based on the results of the audit and offered the nurses additional training in nursing documentation for example in the form of personalized training. After taking these actions the home care unit could benefit from a repeated nursing documentation audit and by comparing results of the two audits the issues with nursing documentation could be addressed even more efficiently.

Keywords: nursing process, nursing documentation according to nursing process, nursing documentation audit.

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Toteuttamisympäristö.....	9
	2.1 Perusturvakuntayhtymä.....	9
	2.2 Kotihoito.....	9
3	Teoreettiset lähtökohdat.....	10
	3.1 Hoitotyön prosessimalli.....	10
	3.1.1 Hoitotyön prosessimalli kirjaamisen runkona.....	10
	3.1.2 Hoitotyön prosessimalli osana potilaslähtöistä hoitoa.....	12
	3.2 Hoitotyön kirjaaminen.....	13
	3.2.1 Hoitotietojen sähköinen rakenteinen kirjaaminen.....	13
	3.2.2 Suomalainen hoitotyön luokitus (FinCC-luokitus).....	14
	3.2.3 Kirjaamisen minimikriteerit.....	16
	3.2.4 Hoitotietojen kirjaaminen hoitotyön prosessimallin mukaisesti.....	17
	3.2.5 Hoitotietojen kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset.....	19
	3.2.6 Tietosuoja ja tietoturva sähköisessä kirjaamisessa.....	19
	3.2.7 Hoitotyön kirjaamisen arviointi eli auditointi.....	19
4	Tutkimuskysymykset.....	21
5	Tutkimuksen toteutus.....	22
	5.1 Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus.....	22
	5.2 Tutkimusaineisto.....	23
	5.3 Satunnaisotanta määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä.....	23
	5.4 Mittarina kirjaamisen arviointilomake.....	23
	5.5 Tutkimuslupa ja suostumus asiakkailta.....	26
6	Tutkimustulokset.....	26
7	Johtopäätökset.....	30
	7.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	30
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	33
	7.3 Eettiset ja salassapitokysymykset.....	33
	7.4 Tutkimusprosessin kuvaus.....	34
	7.5 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja kehittämisehdotukset.....	35
	Lähteet.....	39
	Kuviot.....	43
	Taulukot.....	44
	Liitteet.....	45
	Liite 1. Kirjaamisen arviointilomake.....	46
	Liite 2. Kirjaamisen arvioinnin yhteenvetolomake.....	47
	Liite 3. Tutkimuslupahakemus.....	48
	Liite 4. Tutkimuslupapäätös.....	49

Liite 5. Suostumuspyyntö kotihoidon asiakkailta.....	51
--	----

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan paikallisyksikön ja erään Etelä-Suomessa toimivan perusturvakuntayhtymän kotihoidon hoitotyön kirjaamisen kehittämishanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida yhden kotihoidon yksikön kirjaamisen laatua sekä tarkastella kirjaamiselle asetettujen kansallisten minimikriteerien toteutumista päivittäisessä hoitotyön kirjaamisessa. Hoitotyön kirjaamisen minimikriteereiksi on HoiData-hankkeessa määritelty muun muassa hoitotyön prosessimallin noudattaminen sekä kirjaamisen potilaslähtöisyys (VSSHP 2009). Arviointi toteutettiin auditoimalla kyseisen kotihoidon yksikön kirjaamista syksyllä 2011. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kirjaamiskäytäntöjen kehittämiseen tarvittavaa tietoa kotihoidon esimiehille ja hoitotyöntekijöille.

Kirjaaminen aiheena on hoitotyössä korostuneen tärkeää, koska riittävän informatiivisella kirjaamisella turvataan hoidon jatkuvuus ja hoitotyön tavoitteellisuus. Samoin kuin hoitotyön toiminnoissa, myös kirjaamisessa tulisi pyrkiä tasaiseen laatuun, koska huolellinen kirjaaminen on tärkeää asiakasturvallisuuden ja laadukkaan hoitotyön turvaamiseksi. (Ikonen & Julkunen 2007, 118.) Huolellinen ja laadukas kirjaaminen on myös oleellista sekä asiakkaan että hoitotyöntekijöiden oikeusturvan kannalta (Junttila 2007, Ikonen & Julkunen 2007, 119 mukaan; Valvira 2011). Hyvän kirjaamisen opettelulla ja kehittämisellä selkiytetään myös hoitotyön itsenäistä asemaa ja näkyvyyttä (Lehti 2004).

Hoitotyön prosessimallin tarkoituksena on tehdä hoitotyöstä suunnitelmallista ja johdonmukaista (deWit 2005, 43). Hoidollisen päätöksenteon vaiheet ovat tarpeen määrittäminen, diagnoosin laatiminen, odotettujen tulosten nimeäminen, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 56). Hoitotyön prosessimallin avulla voidaan Ension ja Sarannon (2004, 39) mukaan myös jäsentää potilaan hoitotapahtuman kirjaamista.

Suomessa hoitotyön rakenteinen kirjaaminen perustuu Finnish Care Classification eli FinCC-luokitukseen (Liljamo ym. 2008). Kirjaamisen rakenteisuus ja hoitotyön prosessin luokitukset auttavat hoitohenkilökuntaa suunnittelemaan ja kirjaamaan hoidon tarvetta, tavoitteita, toteutusta sekä arviointia entistä täsmällisemmin (Ikonen ym. 2009). Rakenteiselle kirjaamiselle asetettujen kansallisten minimikriteerien tarkoituksena on yhtenäistää kirjatun tiedon sisältö ja laatu (Tantt 2008). Potilaskertomusten laatiminen yhteisesti sovitun rakenteen mukaisesti tekee tietojen löytymisestä helpompaa ja selkeämpää (Ensio & Saranto 2004, 35).

Tämä opinnäytetyö on tutkielmatyyppinen kvantitatiivinen tutkimus, jossa arvioitiin kirjaamiselle asetettujen minimikriteerien toteutumista päivittäisessä kirjaamisessa valmista mittaria hyödyntäen. Kirjaamisen auditointi toteutettiin valitun kotihoidon yksikön sähköisten potilastietojärjestelmän hoitokertomusten pohjalta arvioimalla hoitotyön suunnitelmien sekä päivit

täisen kirjaamisen sisältöä suhteessa kirjaamisen kansallisiin minimikriteereihin. Otannaksi määriteltiin 27 kotihoidon vakituisen asiakkaan hoitotyön suunnitelmat sekä hoitokertomukset yhden viikon ajalta. Otantaan valikoituivat sellaiset vakituiset asiakkaat, joiden luo kotihoito tekee vähintään kolme viikoittaista käyntiä. Otanta suoritettiin satunnaisotantamenetelmällä. Hoitokertomusten käyttöön saamista varten haettiin tutkimuslupa perusturvakuntayhtymältä. Lisäksi tutkimuslupapäätöksen mukaisesti myös niiltä asiakkailta pyydettiin erillinen kirjallinen suostumus, jotka valikoituivat osaksi tutkimusjoukkoa. Suostumus hoitokertomusten käyttöön saatiin lopulta 18 asiakkaalta.

2 Toteuttamisympäristö

Tämä opinnäytetyö on osa laajempaa kotihoidon kirjaamisen kehittämisen hanketta, jolle tarve on noussut tämän etelä-suomalaisen perusturvakuntayhtymän kotihoidon siirryttyä sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Kirjaamisen auditointi oli tarkoitus toteuttaa vertaamalla päivittäisiä potilaskertomusmerkintöjä kotihoidon itse yksikössään laatimiin kirjaamisen minimikriteereihin, jotka oli määrä ottaa käyttöön keväällä 2011. Minimikriteerien yksikkökohtaisessa määrittelyssä ilmenneiden ongelmien vuoksi auditointi päädyttiin kuitenkin suorittamaan HoiData-hankkeessa määriteltyjen kansallisten hoitotyön kirjaamisen minimikriteerien pohjalta.

2.1 Perusturvakuntayhtymä

Hankkeen tilaaja on etelä-suomalainen perusturvakuntayhtymä, jonka väestöpohja on n. 43 000 asukasta ja henkilökuntaa kuntayhtymän eri tehtävissä kolmen kunnan alueella on n. 500 henkilöä. Perusturvakuntayhtymän toiminnan järjestäminen perustuu elämänkaarimalliin ja se on jaettu palvelukokonaisuuksiin ikäryhmittäin. Näitä palvelukokonaisuuksia nimitetään palvelulinjoiksi: lasten ja nuorten, työikäisten ja ikäihmisten palvelujen linja. Kotihoidon asiakkaat ovat pääsääntöisesti ikäihmisten palvelulinjan palveluiden käyttäjiä eli yli 65-vuotiaita kuntalaisia. Ikäihmisten palvelulinjan päätavoitteena on mahdollistaa asiakkailleen täysipainoinen elämä kotioloissa tukipalveluiden turvin mahdollisimman korkeaan ikään saakka.

2.2 Kotihoito

Kotihoidon palveluiden tavoitteena on tukea niiden kuntalaisten kotona selviämistä, joiden toimintakyky on syystä tai toisesta alentunut, tarjoamalla lyhyt- tai pitkäkestoista tukea ja apua asumiseen sekä henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon liittyvissä arjen perustoiminnissa. Kotihoito muodostuu kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta ja tukipalveluista. Tukipalveluita ovat muun muassa ateriapalvelu, kuljetus- ja turvapalvelu sekä päivätoiminta. Kotihoidon merkittävimpiä asiakasryhmiä ovat vanhukset, vammaiset sekä pitkäaikaissairaat. Kotihoitoa toteutetaan moniammatillisesti yhteistyössä omaisten, yksityisten palveluntuottajien sekä vapaaehtoistyöntekijöiden kanssa. Kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia sekä kodinhoitajia. Kotihoidon palveluita ja toimintaa ohjaa sosiaalihuoltolaki ja kansanterveystyölaki. Säännöllisen kotihoidon piirissä oleville asiakkaille laaditaan arviointikäynnin perusteella henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään asiakkaan tarvitsemat palvelut.

3 Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Hoitotyön prosessimalli

Hoitotyön prosessimalli koostuu neljästä vaiheesta: hoitotyön tarpeen arvioinnista, suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista (Kratz 1984, 15). Vaikka Kratzin malli on lähes 30 vuoden takaa, se on edelleen käyttökelpoinen. Viidenneksi vaiheeksi on rakenteisen kirjaamisen myötä muodostunut hoitotyön diagnoosi, jotta on mahdollista nimetä ne asiat ja ongelmat, joita potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa nousee esiin. Myös odotettujen hoitotulosten määrittely voidaan eriyttää omaksi hoitotyön prosessin vaiheeksi. (Ensio & Saranto 2004, 36.) Hoitotyön prosessimallin tarkoituksena on tehdä hoitotyöstä suunnitelmallista ja johdonmukaista (deWit 2005, 43).

3.1.1 Hoitotyön prosessimalli kirjaamisen runkona

Hoitotyön prosessimallin avulla voidaan Ension ja Sarannon (2004, 39) mukaan myös jäsentää potilaan hoitotapahtuman kirjaamista. Jo Kratz (1984, 18) korostaa kirjaamisen merkitystä jokaisessa prosessin vaiheessa, jotta hoito etenee suunnitelmallisesti ja saumattomasti. Saranto, Ensio, Tanttu ja Sonninen (2007, 56) kuvaavat nyt eletävän kolmannen sukupolven hoitotyön prosessin aikaa. Heidän mukaansa hoitotyön prosessi kuvataan nykyään kuusivaiheisenä, kuten myös Ensio ja Saranto yllä esittivät. Hoidollisen päätöksenteon vaiheet ovat tarpeen määrittely, diagnoosin laatiminen, odotettujen tulosten nimeäminen, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Saranto, Ensio, Tanttu ja Sonninen (2007, 56) toteavat vaiheistuksesta olevan hyötyä hoidon suunnittelussa ja kirjaamisessa, vaikka varsinaisessa hoitotyön toteuttamisessa vaiheita ei tietoisesti eriteltäisikään. Wilskman, Koivukoski, Knuutila ja Isotalo (2007) ovat huomanneet, että hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen kehittää sähköisen kirjaamisen potilaiden tarpeista lähteväksi. Sekä Kratzin (1984, 16-17) että deWitin (2005, 43) mukaan hoitotyön prosessin vaiheet ovat usein myös limittäisiä, koska hoidon toteutumisen arviointia tehdään kaiken aikaa hoidon toteuttamisvaiheessa ja arvioinnin pohjalta mahdollisesti palataan uudelleen määrittelemään prosessin aiempia vaiheita (kuvio 1).



Kuvio 1: Hoitotyön prosessin vaiheet (mukaillen Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 56; deWit 2005, 44) ja säärihaavan konservatiivista hoitoa (Hietanen 2010) esimerkkinä käyttäen (haavakuvat: Otsoniterapia 2008.)

3.1.2 Hoitotyön prosessimalli osana potilaslähtöistä hoitoa

Hoitotyön prosessin hallitseminen kuuluu sairaanhoitajan ydinosamiseen (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007). Jotta potilasta voidaan hoitaa yksilöllisesti ja parhaiten vastata potilaan hoidon tarpeeseen, on hoitotyön prosessi aloitettava huolellisella tulotilanteen kartoittamisella. Saadun tiedon pohjalta lähdetään määrittämään potilaan hoidon tarvetta eli niitä olemassa olevia tai tulevaisuudessa ennakoitavissa olevia ongelmia, joihin hoitotyön keinoin on mahdollista vastata. Hoidon tarvetta määritettäessä tulisi huomioida myös potilaan voimavarat, jotta välttyttäisiin puhtaasti ongelmakeskeiseltä arvioinnilta. (Ahonen ym. 2007.)

Myös Kärkkäinen ja Eriksson (2004a) näkevät ongelmalähtöisen hoidon tarpeen arvioinnin olevan este kokonaisvaltaiselle hoidolle sen kapea-alaisesta perspektiivistä johtuen. Useissa lähteissä (mm. Kratz 1984; deWit 2005; Ahonen ym. 2005; Ahonen ym. 2007) painotetaan potilaan mukaan ottamisen tärkeyttä jo hoidon tarvetta arvioitaessa sekä hoidon toteutusta suunniteltaessa, koska siten tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja lisätään potilaan omaa aktiivisuutta ja vastuunottoa omasta terveydestään sekä itsehoitovalmiuksia. Potilaan mielipide hoitoonsa liittyen tulisi tehdä näkyväksi hoitotyön kirjaamisessa myös silloin, kun hoitaja on potilaan kanssa asiasta eri mieltä. Hoitajan omien henkilökohtaisten mielipiteiden ei tule välittyä kirjatusta aineistosta, kun taas kirjaamisessa tulisi näkyä potilaan tarpeet ja toiveet hoitonsa suhteen. (Kärkkäinen & Eriksson 2003, 199.) Kärkkäinen, Bondas ja Eriksson (2005) vievät tämän ajatuksen niin pitkälle, että ehdottavat kirjaamisen tapahtuvan potilaan kanssa esimerkiksi vuoteen vierellä, ei kokonaishoidosta irrallisena tapahtumana toimistossa.

Kärkkäinen ja Eriksson (2004b, 235) toteavat myös, että nykyiset rakenteisen kirjaamisen luokitukset edesauttavat hoitotyön ja sen toimintojen mieltämistä potilaan kokemuksiksi, ei vain hoitajien suorittamiksi toimenpiteiksi, joiden kohde potilas on. Kun potilaan näkemyksestä tulee systemaattinen osa hoidon dokumentoimista, avaa se uusia mahdollisuuksia hoitotyön laadun kehittämiseksi.

Hoidon suunnitteluvaiheessa määritellään hoidon tavoitteet sekä keinot tavoitteiden saavuttamiseksi (deWit 2005, 45). Jo tavoitteita asetettaessa on hyvä pohtia kuinka niiden toteutuksesta voidaan jatkossa arvioida sekä minkälainen aikataulu on realistinen niiden tavoittamiseksi. Toteutusvaihetta seuraa aina arviointivaihe, jolloin arvioidaan hoidon vaikuttavuutta sekä määritellään onko annetulla hoidolla saavutettu sille asetetut tavoitteet. Myös potilaan subjektiiviset kokemukset vaikuttavat hoidon onnistumisen arviointiin. (Ahonen ym. 2007.)

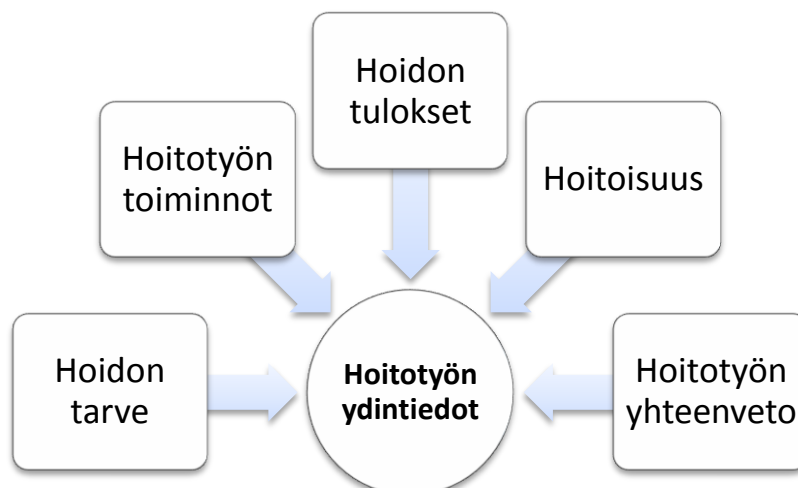
3.2 Hoitotyön kirjaaminen

Korkealaatuinen tieto on laadukkaan hoitotyön peruselementti. Hoitotyössä ensisijainen tietolähde, johon hoitaja nojaa tehdessään potilaan hoitoa koskevia päätöksiä ovat potilaan hoitotyösuunnitelma ja hoitokertomus. Ne toimivat tiedonsiirtovälineenä hoitajien välillä. (Saranto & Kinnunen 2009, 465.) Hoitotyön suunnitelman ja hoitokertomuksen ensisijainen tarkoitus on tukea potilaan hyvää hoitoa (Valvira 2011). Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Se sisältää sekä hoitotyön suunnitelman että päivittäiset merkinnät. (Ensio & Saranto 2004, 11 muk. Stakes 1997.) Merkintöjen tulee olla laajuudeltaan riittäviä, selkeitä ja ymmärrettäviä (Valvira 2011). Perusteellinen kirjaaminen on lähtökohta potilaan hyvälle hoidolle sekä tehokkaalle tiedonkululle potilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten välillä (Ammenwerth, Mansmann, Iller & Eichstädter 2003, 70).

3.2.1 Hoitotietojen sähköinen rakenteinen kirjaaminen

Sähköinen potilaskertomus on potilaalle annetun kokonaisvaltaisen hoidon asiakirja (Häyrinen & Ensio 2007, 97). Vuonna 2002 käynnistettiin sähköisten potilasasiakirjojen määrittelyhanke osana kansallista terveyshanketta. Laajalla yhteistyöllä muun muassa Kuntaliiton, Duodecimin ja eri sairaanhoitopiirien välillä on laadittu yhtenäiset ydintiedot, jotka sähköisen potilaskertomuksen rakenteisen mallin mukaan tulee sisältää. (Häyrinen & Ensio 2007, 103-104.)

Sähköisen potilaskertomuksen tulee sisältää tietyt ydintiedot alkaen potilaan, hoidon antajan sekä hoitajakson ja - tapahtuman tunnistetiedoista. Potilaskertomuksesta tulee käydä ilmi ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, hoitotyön ydintiedot, fysiologiset mitaukset, tutkimukset, toimenpiteet sekä potilaan saama lääkehoito. Myös potilaan toimintakyky ja apuvälineet sekä mahdollinen elinluovutustestamentti, hoitotahto ja potilaan suostumus on ilmaistava potilaskertomuksessa. Hoitajakson päätteeksi potilastiedoista tehdään yhteenveto sekä kirjataan jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot. Eri erikoisalojen lausunnot tulee sisällyttää sähköiseen potilaskertomukseen. (Ensio & Saranto 2004, 38.) Hoitotyön ydintietoja rakenteisessa potilaskertomuksessa ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto (Tanttu & Rusi 2007, 114).



Kuvio 2: Hoitotyön ydintiedot (mukaillen STM 2007)

3.2.2 Suomalainen hoitotyön luokitus (FinCC-luokitus)

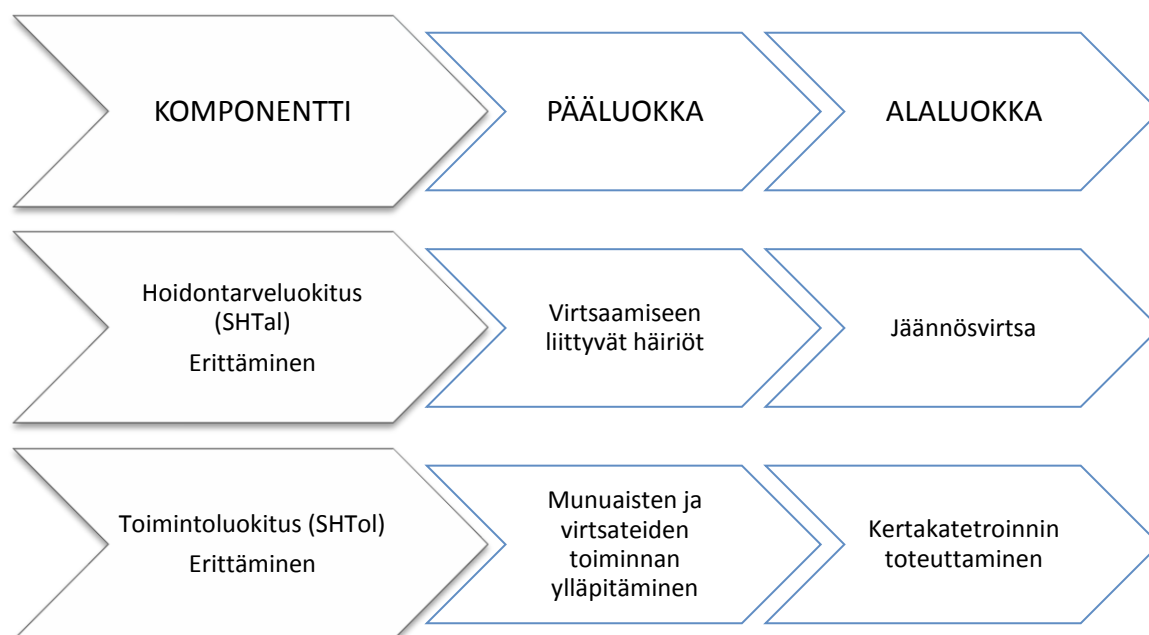
Suomessa hoitotyön rakenteinen kirjaaminen perustuu Finnish Care Classification eli FinCC-luokituksiin. Alkuperäinen Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus perustui yhdysvaltalaiseen Home Health Care-luokitukseen (HCC-luokitus), joka nykyään tunnetaan CCC-luokituksena eli Clinical Care Classification-luokituksena (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 47). Luokituksia ovat suomalainen hoidontarveluokitus (SHTaL 2.0.1), toimintoluokitus (SHToL 2.0.1) sekä tulosluokitus (SHTuL 1.0), jotka on kehitetty 2000-luvun lopulla HoiDok- ja HoiData-hankkeissa. Toimintoluokitus (SHToL) perustuu terveystieteiden tohtori Anneli Ension Kuopion yliopistossa julkaistuun väitöskirjaan (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 47). FinCC-luokitukset perustuvat hoitotyön prosessimalliin ja hoitotyön ydintietoihin (Liljamo ym. 2008). Hoitotyön prosessin vaiheita kuvataan hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokituksilla ja tietoja täydennetään vapaalla tekstillä (STM 2007).

FinCC-luokituksessa pääkomponentteja on 19. Ne kokoavat alleen konkreettisemmat pää- ja alaluokat. Pääkomponentit kuvaavat potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita sekä käyttäytymistä ja terveystieteiden käyttöä. Niitä ei käytetä päivittäisessä kirjaamisessa. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008.)

Aktiviteetti	Terveyspalvelujen käyttö	Turvallisuus	Jatkohoito
Erittäminen	Lääkehoito	Päivittäiset toiminnot	Elämänkaari
Selviytyminen	Ravitsemus	Psyykinen tasapaino	Verenkierto
Nestetasapaino	Hengitys	Aistitoiminta	Aineenvaihdunta
Terveyskäyttäytyminen	Kanssakäyminen	Kudoseheys	

Taulukko 1: FinCC-luokituksen pääkomponentit (19) mukaillen Liljamaa, Kaakista ja Ensiota (2008)

Hoidontarveluokitusta (SHTal) ja hoidon toimintoluokitusta (SHTol) käytetään hoitotyön prosessimallin vaiheiden mukaisesti hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja kirjaamisen apuvälineinä. Luokitusten myötä myös potilaskeskeinen kirjaaminen vahvistuu. Luokitukset luovat kirjaamiselle rungon, jonka avulla asiakokonaisuudet on helpompi hahmottaa. Vapaa kirjaaminen tapahtuu valitun komponentin pää- ja alaluokkien alle. (Liljamo, Kaakinen & Ensiota 2008.)



Kuvio 3: Esimerkkikuvio FinCC-luokituksen mukaisesta hierarkisuudesta hoidontarve- ja toimintoluokituksissa mukaillen Liljamaa, Kaakista ja Ensiota (2008)

Lisäksi hoidon tulosluokitusta (SHTul) käytetään rakenteisessa kirjaamisessa hoidontarve- ja toimintoluokitusten rinnalla arvioitaessa hoidon vaikuttavuutta. Muutoksia potilaan tilassa arvioidaan tulosluokituksen mukaisesti ennallaan (EN), huonontunut (HUO) tai parantunut (PA). (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008.)

3.2.3 Kirjaamisen minimikriteerit

Hoitotietojen sähköinen dokumentoiminen ei onnistu ilman systemaattista kirjaamista yhdessä sovittujen pelisääntöjen mukaisesti. On sovittava kirjaamisen sisällöstä ja rakenteesta eli määriteltävä mitä kirjataan ja miten. (Tanttu 2008.) Myös Ensio ja Saranto (2004, 45) painottavat, että rakenteisen kirjaamisen käyttäjillä tulee olla selvä ja yhtenäinen toimintamalli tietojen kirjaamisessa siten, että tarvittavat tiedot ovat kaikkien käyttäjien käytettävissä ja löydettävissä joka tilanteessa. Hoitajan rakenteisesti potilaskertomukseen kirjaamat hoitotiedot tuottavat tietoa hoitotyön tarpeesta ja toteutuksesta (Saranto & Ensio 2007, 136). Lehti (2004) toteaa, että pitkäjänteisen kehittämistyön tuloksena voidaan hoitotyön kirjaamiselle laatia minimikriteerit ja näin myös suositukset hyvästä kirjaamiskäytännöstä.

Hoitotyön kirjaamiselle onkin päädytty laatimaan toimipistekohtaisia minimikriteereitä vähimmäisvaatimusten määrittämiseksi ja kirjaamisen yhtenäistämiseksi. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sisätautien toimialalla minimikriteerit laadittiin vuonna 2001 vireille pannussa kaksivuotisessa projektissa, johon osallistui yhteensä 44 yksikköä. Yhtenäisillä vähimmäisvaatimuksilla, niiden muokkaamisella yksikön toimintaa parhaiten palveleviksi sekä systemaattisella kirjaamisen arvioinnilla koettiin olevan positiivinen vaikutus sekä hoitotyön prosessin jäsentymiseen että yksilöiden taitojen kehittymiseen. Projektilla myös edesautettiin yhtenäisen kirjaamiskielen ja terminologian kehittymistä. (Ahoon, Koivukoski, Savola & Renholm 2005.)

Myös Kinnunen (2007) pro gradu -tutkielmassaan korostaa yhtenäisen kirjaamiskielen ja yhdenmukaisen terminologian merkitystä hoitotyön kirjaamisessa. Kinnunen (2007) lähestyy aihetta haavanhoidon kirjaamisen kautta. Hänen mukaansa yhdenmukaisen termistön puuttuminen johtaa puutteelliseen ja epäyhtenäiseen kirjaamiseen, mikä puolestaan saattaa aiheuttaa väärinkäsityksiä sekä puutteita muun muassa hoidon arvioinnissa. Häyrinen (2011) toteaa yhtenäisten tietojen ja tietorakenteiden mahdollistavan kirjattujen tietojen vertailun sekä tietojen kattavuuden arvioinnin. Näin on Häyrisen (2011) mukaan mahdollista muun muassa arvioida, onko kaikki hoitotyön prosessin vaiheet huomioitu kirjaamisessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön antama asetus potilasasiakirjoista (298/2009) osaltaan määrittelee minimikriteerit potilasasiakirjojen sisällölle. Niistä tulee käydä ilmi muun muassa poti-

laan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Potilasasiakirjoista edellytetään löytyvän potilaan perustiedot, muun muassa identifiointi, toimintayksikön ja merkinnän tekijän tunnustetiedot, potilaan kotikunta, äidinkieli ja tarvittaessa asiointikieli sekä potilaan suostumus tietojen luovuttamiseen. Alaikäisen potilaan kohdalla minimitiedoksi luokitellaan edellä mainittujen lisäksi huoltajan nimi ja yhteystiedot. Jokaisesta palvelutapahtumasta tulee tehdä merkintä. Potilasasiakirjoihin dokumentoidaan potilaan tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystarve, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Tehdyt päätökset ja toimenpiteet on perusteltava selkeästi. Merkintöjen perusteella on voitava selvittää kaikki potilaan hoitoon osallistuneet henkilöt. Merkintöjen on oltava laajuudeltaan riittävän informatiivisia ja niissä tulee käyttää vain yleisesti tiedossa olevia termejä ja lyhenteitä. (Finlex 2009.)

Jorvin sairaalassa hoitotyön kirjaamiselle laadittiin yhteiset minimikriteerit osana kirjaamisen kehittämishanketta vuosina 1999-2003. Kriteereitä on yhteensä 26 ja ne mukailevat hoitotyön prosessin vaiheita. Kriteerit lisäksi ohjaavat kirjaamisen sisältöä sekä tapaa, jolla kirjataan. Myös muun muassa potilaan ja omaisen näkemys hoidosta sekä potilaan ja omaisen saama ohjaus kuuluvat kirjaamisen kriteeristöön. (Sinivaara, Aschan & työryhmä 2003.)

3.2.4 Hoitotietojen kirjaaminen hoitotyön prosessimallin mukaisesti

Ension ja Sarannon (2004, 37) mukaan Sirkka Lauri työryhmineen on vuonna 1996 hahmottanut hoidollisen päätöksenteon kirjaamisessa sisältävän kolme vaihetta: mitä, miten ja miksi. *Mitä* kartoittaa potilaan lähtötilanteen ja hoidon tarpeen, *miten* määrittelee potilaan tarvitsemat hoitotoiminnot ja *miksi* kuvaa hoidon vaikutuksia potilaaseen. Tämä kirjaamisen malli mukaillee hoitotyön prosessimallia ja edesauttaa systemaattisen, vaikuttavan ja yksilöllisen hoidon toteuttamista. Ahonen, Karjalainen-Jurvelin, Ora-Hyytiäinen, Rajalahti ja Saranto (2007, 190-192) lisäsivät sähköisen rakenteisen kirjaamisen myötä edellä mainittujen kysymysten jatkoksi neljännen vaiheen ja kysymyksen *mikä*. Mikä-kysymyksellä vastattaisiin heidän mukaansa rakenteisen kirjaamisen mukanaan tuomaan hoitajan pohdintaan siitä, mikä luokka tarve- ja toimintoluokituksissa vastaa juuri tämän potilaan hoidon tarvetta ja hoitotyön toimintoa. Rakenteinen, luokitusten mukainen kirjaaminen edellyttää myös, että kirjaamisessa mietitään millä hakusanalla tieto on haettavissa.

Ikonen, Rajalahti ja Ahonen (2009) toteavat sähköisen kirjaamisen rakenteisuuden edesauttavan hoitotyön prosessin vaiheiden huomioimista ja näkyväksi tekemistä kirjaamisessa. Heidän mukaansa rakenteinen kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta, muun muassa vähentämällä lääkityspoikkeamia lääkehoidon kirjaamisen tullessa selkeämmäksi. Kirjaamisen rakenteisuus ja hoitotyön prosessin luokitukset auttavat hoitohenkilökuntaa suunnittelemaan ja kirjaamaan

hoidon tarvetta, tavoitteita, toteutusta sekä arviointia entistä täsmällisemmin. (Ikonen ym. 2009.)

Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen on osoittautunut aiemmissa tutkimuksissa haasteelliseksi (Rykkjen 2009 mukaan mm. Stokke & Kalfoss 1999). Vaikeutta on selitetty muun muassa sillä, että sairaaloiden hoitoprosessit jäsentyvät lääketieteen mallien mukaisesti, kun taas hoitotyön prosessissa korostuvat enemmän kokemuksellisuus ja hoiva (Rykkjen 2009 mukaan Dahl 2002).

Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Suunnitellut toiminnot	Toteutuneet toiminnot	Arviointi
<ul style="list-style-type: none"> •Vyöruusun aiheuttama paikallinen kylkikipu 	<ul style="list-style-type: none"> •Kivun lievittyminen niin, että yöuni on vähintään 6h 	<ul style="list-style-type: none"> •Kivun arviointi VAS-mittarilla •Tarv. kipulääke p.o. •Tarv. paikallisuudute kipualueelle 	<ul style="list-style-type: none"> •Klo 21.00 VAS 6 •Saanut Tramadol 50mg tbl p.o. klo 21.00 •Klo 22.00 VAS 4 •Sivelty kipualueelle Lidocain 5% -voidetta klo 22.15 •Klo 22.30 VAS 2 	<ul style="list-style-type: none"> •Tramadol lievitti kipua, mutta potilas koki edelleen nukkumisen vaikeaksi •Lidocain-voide helpotti oloa niin, että potilas saattoi käydä nukkumaan •Nukkui yön rauhallisesti klo 23-07, ei häiritsevää kipua

Kuvio 4: Esimerkki hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta vyöruusupotilaan kivunhoidossa mukailten Ensiota ja Sarantoa (2004) ja Haanpäättä (2010)

Lehti (2004) korostaa sähköisen kirjaamisen yleistyessä sitä, että kone ei ajattele ihmisen puolesta, vaan potilasta hoitavan henkilön tehtäviin kuuluu edelleen päättää mitä, miten ja miksi kirjataan. Myös tietokoneaikana hoitotyön päätöksenteko ohjaa kirjaamisen sisältöä.

Kärkkäinen, Bondas ja Eriksson (2005) peräänkuuluttavat potilaslähtöistä hoitotyön kirjaamista. Heidän mukaansa on ensiarvoisen tärkeää, että kirjaaminen mielletäisiin kiinteäksi osaksi hoitotyötä ja, että kirjaamisen lähtökohtana olisivat potilaan tarpeet. Kirjaamisen tarkoituksen ja tavoitteen tulisi olla kirkas. Lisäksi kirjaamisen jatkokehittämisen mahdollistamiseksi tulisi määritellä kenen ehdoilla hoitotyötä kirjataan: organisaation, hoitajan vai potilaan.

3.2.5 Hoitotietojen kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785) määrittelee yksityiskohtaisesti mitä potilasasiakirjojen tulee sisältää, kuka niihin saa tehdä merkintöjä ja kuinka niitä tulee käsitellä ja säilyttää, sekä niihin liittyvästä salassapitovelvollisuudesta ja tietojen luovuttamisesta. (Finlex 1992.) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L 2007/159) tuli voimaan vuonna 2007. Siinä määritellään kuinka sähköisiä asiakastietoja tulee käyttää ja säilyttää. Se ohjeistaa myös sähköisten asiakastietojen tietoturva-vaatimuksista sekä tietojärjestelmille asetetuista vaatimuksista, muun muassa niiden yhtenäistämistä. Edellä mainittuun lakiin on tehty siirtymäsäännös vuonna 2010, jossa valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen siirtymäaika pidennettiin julkisella sektorilla vuoteen 2014 ja yksityisillä palveluntarjoajilla vuoteen 2015. (Finlex 2007; muokattu 2010) Sosiaali- ja terveysministeriön antama asetus potilasasiakirjoista (298/2009) määrittelee osaltaan potilaskertomusten sisältöä muun muassa aiemmin kuvattujen hoitotyön ydintietojen mukaisesti. Asetuksessa myös edellytetään, että pitkäaikaispotilaille tehdään heidän saamastaan hoidosta yhteenveto kolmen kuukauden välein riippumatta siitä, onko potilaan voinnissa tapahtunut muutosta. (Finlex 2009.) Henkilötietojen huolellisesta säilyttämisestä, käyttötarkoitussidonnaisuudesta sekä henkilötietorekistereistä on säädetty henkilötietolaissa (L 1999/523). (Finlex 1999.)

3.2.6 Tietosuoja ja tietoturva sähköisessä kirjaamisessa

Tietosuojalla tarkoitetaan yksityishenkilön henkilötietojen suojaamista niin, että hänen yksityisyytensä säilyminen ja oikeusturvansa taataan (Ensio & Saranto 2004, 20). Tietoturva taas käsittää ne toimet, joilla tietosuoja pyritään takaamaan. Sähköisten järjestelmien yleistyessä tietoturvan merkitys korostuu ja potilastietojärjestelmiin kohdistuu koko ajan kasvavia vaatimuksia tietoturvan varmistamiseksi. (Ensio & Saranto 2004, 20-22.)

Sekä tietosuojan että tietoturvan toteutumisessa on suuri merkitys sillä tavalla, jolla potilastietoja käsitellään. Huolellisella potilastietojen käsittelemisellä varmistetaan potilaan yksityisyyden ja tietojen eheyden ja koskemattomuuden säilyminen, sekä molempien, potilaan ja hoitajan oikeusturva. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsitteleminen on osa potilastyötä. Tietosuojan laiminlyöminen voidaan katsoa asianmukaisen hoidon laiminlyömiseksi. (Ensio & Saranto 2004, 20-23.)

3.2.7 Hoitotyön kirjaamisen arviointi eli auditointi

Hoitotyön kirjaamista on auditoitu kansainvälisesti jo 1970-luvulta lähtien (Rykkje 2009). Saranto ja Ensio (2007, 123) toteavat, että kirjaamisen arviointi ei ole itsetarkoitus, vaan sen tavoitteena on tuottaa tietoa hoidosta ja sen laadusta, hoidon sujuvuudesta, resursoinnista

sekä tuloksista. Kirjaamisen arviointi voidaan heidän mukaansa siis nähdä yhtälailla hoitoprosessin sekä potilaan ja hoitohenkilöstön välisen vuorovaikutuksen arviointina. Se voidaan mieltää myös toiminnan arviointina pyrittäessä määrittämään onko hoidolle asetetut tavoitteet saavutettu ja kuinka niillä on vaikutettu potilaan vointiin. Lehti (2004) näkee hoitotyön kirjaamisen arvioinnin ja siitä annetun palautteen mahdollisuutena seurata kirjaamisen tasoa.

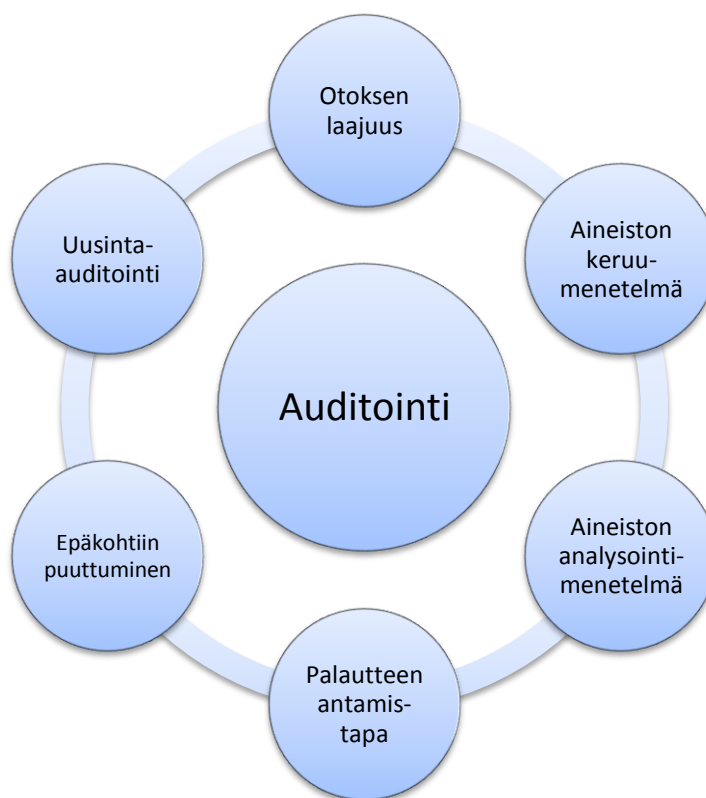
Saranto ja Ensio (2007, 124) pitävät sähköisiä potilastietojärjestelmiä uudenlaisena mahdollisuutena kirjata, käyttää ja säilyttää tietoja. Sähköiset järjestelmät tekevät heidän mukaansa myös hoitotietojen tilastoimisesta helpompaa, jolloin myös kirjaamisen arviointiin saadaan uusia apuvälineitä. Myös Ikonen ym. (2009) näkevät sähköisen rakenteisen kirjaamisen mahdollisuutena kehittää hoitotyön tutkimusta. Sarannon ja Ension (2007, 126) mukaan kirjatun tiedon sisältöä voidaan arvioida monin eri menetelmin.

Vuonna 2003 julkaistussa tutkimuksessaan Kärkkäinen ja Eriksson ovat arvioineet potilaskertomusten sisältöjä suhteessa hoitotyön luokituksiin ennen ja jälkeen kirjaamisintervention. Tutkimukseen otettiin yhteensä 70 potilaan potilaskertomukset seitsemältä eri erikoissairaanhoidon akuuttivuosastolta vuonna 2001. Mittarina käytettiin Lukanderin nursing audit -menetelmää vuodelta 1995. Kaikkiaan tutkimuksen tulokset olivat myönteisiä, kirjaaminen tutkimukseen osallistuneilla osastoilla oli erittäin hyvää tai hyvää. Potilaskertomuksista löytyi kuitenkin myös osa-alueita, joilla kirjaaminen oli puutteellista. Suurimpia puutteita havaittiin olevan kirjaamisen potilaslähtöisyydessä, potilaan ohjaamisen dokumentoinnissa, omaisten huomioimisessa kirjaamisessa sekä potilaan henkisen tukemisen kirjaamisessa. Myös hoitotyön suunnitelman päivittämisen huomioiminen päivittäisessä kirjaamisessa oli puutteellista. Intervention jälkeen edellä mainituilla osa-alueilla tapahtui parannusta, mutta puutteita löytyi edelleen muun muassa potilaan terveyden ja voimavarojen arvioimisessa sekä päivittäisen hoitotavoitteen asettamisessa. (Kärkkäinen & Eriksson 2003, 202-204.)

Osana HoiData-hanketta (9/2007-10/2009) on kehitetty hoitotyön systemaattisen kirjaamisen auditointimalli, koska sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönotossa yhtenä uhkana nähtiin se, että hoitotyön kirjaamisen käytäntö ei pysy yhtenäisenä. Auditointimallilla haluttiin tarjota terveydenhuollon toimijoille työkalu systemaattisen kirjaamisen arviointiin ja yhteisen kirjaamiskäytännön juurruttamiseen. Auditointimallia varten Kaila ja Kuivalainen (2008) kehittivät kirjaamisen arviointilomakkeen, jota tässäkin opinnäytetyössä käytetään kirjaamisen auditoinnissa (liite 1). (VSSHP 2009.) Menetelmän avulla kirjaamista voidaan arvioida toistuvasti ja keskeiset kirjaamisen kehittämiskohteet nähdään selvästi (Mykkänen, Huovinen, Miettinen & Saranto 2011).

Gingerichin (2002) mukaan auditoinnin tulisi olla kiinteä osa organisaatioiden laadunvarmistusta ja kehitystoimintaa. Robson (2001, 23) puolestaan toteaa erilaisten arviointien olevan

osa kehittyneitä yhteiskuntia. Ollakseen optimaalista auditoinnin tulisi olla hyvin suunniteltua ja systemaattista. Ulkopuolisen toimijan toteuttamaan auditointiin ryhdyttäessä on ensisijaisen tärkeää, että sekä auditoinnin tilaaja- että toteuttajaosapuolten välillä vallitsee selkeä yhteisymmärrys auditoinnin tarkoituksesta sekä siitä, mihin lopputulokseen sillä pyritään. (Gingerich 2002.) Robson (2001, 31) kuvaa auditoinnin tavoitteena olevan virheellisten toimintatapojen karsimisen. Hänen mukaansa jo päätettäessä arvioinnin toteuttamisesta, tulisi olla tehtynä myös suunnitelma arviointitulosten hyödyntämisestä. Robson (2001, 50) toteaa myös, että koska arvioinneissa ollaan tekemisissä sellaisten ilmiöiden kanssa, jotka vaikuttavat ihmisten elämään, niin arvioinnin vähimmäisvaatimus on toteuttaa se korkealaatuisesti. Auditointia varten on sovittava otoksen laajuus tai kohderyhmä, aineiston keruumenetelmä, aineiston analysointi- ja tutkimusmenetelmät sekä palautteen antamistapa, aloitteet havaittuihin epäkohtiin puuttumiseksi sekä mahdollinen uusinta-auditointi (kuviokuva 5) (Gingerich 2002).



Kuvio 5: Auditoinnin tilaajan ja toteuttajan välisen auditointisopimuksen sisältö mukailten Gingerichin (2002)

4 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida yhden etelä-suomalaisen perusturvakuntayhtymän kotihoidon yksikön kirjaamisen laatua suorittamalla kirjaamisen auditointi. Auditoinnin

mittarina käytettiin Kailan ja Kuivalaisen (2008) HoiData-hankkeessa laatimaa kansallista kirjaamisen arviointilomaketta. Kirjaamista analysoimalla suhteessa kirjaamisen arviointilomakkeen 13 kysymykseen haluttiin saada vastaus seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Toteutuuko sähköisiin potilaskertomuksiin kirjaamisessa hoitotyön prosessin mukainen rakenteisuus?
- 2) Välittyykö potilaskertomusten kirjaamisesta hoitotyön suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus?
- 3) Toteutuuko hoitotyön kirjaamisessa yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys?

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus

Määrällisellä tutkimuksella on pitkät perinteet hoitotyössä. Sillä voidaan tuottaa ”kovaa” tieteellistä tietoa ja sillä onkin ollut keskeinen asema näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen luomisessa. Määrällisellä tutkimuksella saatujen tulosten voidaan odottaa olevan toistettavissa sekä yleistettävissä. (Parahoo 2006, 48-50.)

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti. Määrällisellä tutkimuksella voidaan vastata kysymyksiin *kuinka moni*, *kuinka paljon* ja *kuinka usein*. Tutkija ryhmittelee tutkimusaineiston numeeriseen muotoon ja selittää olennaisen numeraalisen tiedon sanallisesti. (Vilka 2007, 14.) Määrällisen tutkimustiedon luotettavuutta edistää tiedon numeraalisuus; vaikka saatuja tuloksia voidaan tulkita eri tavoin, luvut ja grafiikka puhuvat puolestaan (Parahoo 2007, 51).

Määrälliselle aineistolle ominaista on tutkittavan aineiston suuri otos (Vilka 2007, 17). Tässä opinnäytetyössä auditoitiin 18 potilaan hoitokertomukset. Tutkittavan joukon pienuus voi osaltaan vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen. Suostumusta pyydettiin 27 asiakkaalta. Tavoitteena oli saada vähintään 20 asiakkaan hoitokertomukset käyttöön auditointia varten, mutta suostumuksia saatiin vain 18, joten tämän yksikön kohdalla jäätin hie-man alkuperäisestä tavoitteesta. Auditoinnilla kuitenkin pyrittiin saamaan yleiskäsitys kirjaamisen tämänhetkisestä tasosta ja siitä, toteutuuko kirjaamisessa ydintietojen mukainen rakenteisuus ja hoidon tavoitteellisuus.

Tutkimustulosten luotettavuuden takaamiseksi tutkijan tulee tarkastella tutkittavaa ilmiötä objektiivisesti, ulkopuolisen tarkkailijan roolissa. Esimerkiksi aineistonkeruuvaiheessa tutkijan tulee pitää mahdollisimman paljon etäisyyttä tutkittavan aineiston tuottajiin säilyttääkseen

objektiivisuutensa. Myös aineistonkeruumenetelmällä voidaan vaikuttaa tutkimuksen objektiivisuuteen. (Parahoo 2007, 51.)

5.2 Tutkimusaineisto

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineiston muodostaa yhden kotihoidon yksikön vakituisten asiakkaiden (N = 27, n = 18) hoitotyön suunnitelmat sekä hoitokertomusmerkinnät yhden viikon ajalta. Tällaista niin sanottua toisen käden aineistoa kutsutaan myös sekundaariaineistoksi. Tällä tarkoitetaan jotain muuta kuin ensisijaisesti kyseistä tutkimusta varten kerättyä aineistoa, joka usein on jonkun muun kuin tutkijan itse keräämää. Valmis aineisto soveltuu harvoin tutkimuskäyttöön sellaisenaan, siksi sitä voidaan joutua muokkaamaan esimerkiksi numeraaliseen muotoon. Sekundaariaineistoa käyttäessään tulee tutkijan huomioida lähdekritiikin merkitys, näin aineiston laadukkuudella turvataan tutkimuksen luotettavuus. (Hirsjärvi ym. 2007, 181-185; Vilka 2007, 30-35.)

5.3 Satunnaisotanta määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä

Satunnaisotanta on aineistonkeruun perusmenetelmä, jossa havaintoyksiköt valitaan sattumanvaraisesti. Näin jokaisella joukkoon kuuluvalla havaintoyksiköllä on yhtä suuri mahdollisuus valikoitua osaksi tutkimusaineistoa. Satunnaisotanta soveltuu aineistonkeruumenetelmäksi perusjoukon ollessa tarkkaan tunnettu ja määritelty. (Vilka 2007, 53.) Tutkimusaineiston perusjoukon tässä tutkimuksessa muodostaa yhden etelä-suomalaisen perusturvakuntayhtymän kotihoidon yksikön sähköiset hoitokertomukset. Yksikön osastonhoitaja suoritti tutkimusaineiston poiminnan satunnaisotantamenetelmällä niin, että otokseksi oli määritelty 25 kotihoidon vakituisen asiakkaan hoitokertomukset. Otantaan oli valikoitu sellaiset asiakkaat, joiden luo kotihoito tekee vähintään kolme viikoittaista käyntiä. Otantaa päätettiin kuitenkin laajentaa 27 samoilla kriteereillä valikoituu asiakkaaseen, jotta tutkimusta varten saataisiin suostumus mahdollisimman monelta asiakkaalta ja päästäisiin näin lähemmäs alkuperäistä 20 hoitokertomuksen tavoitetta. Näin pyrittiin kompensoimaan sitä, että osa asiakkaista todennäköisesti kieltäytyisi tutkimukseen osallistumisesta. Satunnaisotannan suorittamisen jälkeen valitulta otokselta pyydettiin kirjallinen suostumus hoitokertomusten auditointiin käyttämistä varten. Suostumus saatiin 18 asiakkaalta.

5.4 Mittarina kirjaamisen arviointilomake

Määrällisessä tutkimuksessa mittari on apuväline, jolla määrällinen tieto tai määrälliseen muotoon muutettava sanallinen tieto kerätään. Kysely-, haastattelu- ja havainnointilomakkeet toimivat mittareina määrällisessä tutkimuksessa. (Vilka 2007, 14.) Tässä opinnäytetyössä kirjaamisen auditointi toteutettiin valmiilla vuonna 2008 kansallisen kirjaamismallin audi-

tointia varten laatimalla kirjaamisen arviointilomakkeella, joka on luotu osana HoiData-projektia (Kaila & Kuivalainen 2008). Lomakkeen avulla pyrittiin kartoittamaan onko hoitotyön kirjaamisessa toteutunut hoitotyön prosessimallin mukainen rakenteisuus ja tavoitteellisuus sekä onko kirjaaminen potilaslähtöistä.

Lomakkeessa on 13 kirjaamista arvioivaa kysymystä. Ensimmäisillä viidellä kysymyksellä pyritään selvittämään ovatko hoidon eri vaiheet kirjattu hoitotyön prosessimallin mukaisesti niille tarkoitettuihin kohtiin potilaskertomuksessa:

- 1) Onko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?
- 2) Onko tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?
- 3) Onko valitut auttamismenetelmät kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?
- 4) Onko toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan?
- 5) Onko arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?

Seuraavilla kysymyksillä kartoitetaan ovatko tarve ja tavoite sekä tavoite ja tulos yhteydessä toisiinsa:

- 6) Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?
- 7) Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?

Mittarin avulla myös pyritään selvittämään onko kirjaaminen potilaslähtöistä:

- 8) Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena?
- 9) Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena?

Lisäksi selvitetään onko kirjaamisessa huomioitu potilaan yksilöllisyys sekä hoidon suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja vaikuttavuuden seuranta:

- 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?

Lomakkeen viimeinen kysymys koskee hoitotyön yhteenvedoa, eikä näin ollen kuulu minimivaatimukseen esimerkiksi yksittäisen poliklinikkakäynnin kirjaamista arvioitaessa:

- 13) Onko yhteenvedo tehty hoitojaksosta, pitkäaikaispotilaasta <3kk tai sarjakäynnistä?

Arviointilomakkeessa on lisäksi arvioijaa helpottavia esimerkkejä kysymysten 8-12 osalta, joissa erityisesti ohjataan arvioijaa kiinnittämään huomiota kirjaamisen potilaslähtöisyyteen (tau-

lukko 2). Samoin painotetaan saavutettujen tulosten ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamista suhteessa asetettuihin tavoitteisiin ja suoritettuihin hoitotyön toimiin.

Kohta 8 ¹	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 ²	Kyllä	tavoite ilmaistu potilaan tekemisenä, potilaan toiminta on kuvattu verbina 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 ³	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, rutiininomaisena tekemisenä tai potilaan tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole edes kirjattu esim. annettu ohjelehtinen, keskusteltu ravitsemuksesta (ilman tarkempaa sisältöä), muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään
Kohta 11 ⁴	Kyllä	tulos on vertailua suhteessa potilaan tavoitteen saavuttamiseen (kts. kohta 9)
	Ei	tulos on kuvausta hoitajan tekemisestä esim. ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty, kotiutui taksilla, sai reseptit mukaan
Kohta 12 ⁵	Kyllä	on kirjattu vähintään yhden auttamismenetelmän vaikutus potilaan näkökulmasta esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpotui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko
	Ei	on kirjattu auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa 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
¹ Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena? ² Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena? ³ Onko hoitotyön toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa? ⁴ Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen? ⁵ Onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu / onko valituilla auttamismenetelmillä ollut vaikuttavuutta?		

Taulukko 2: Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen arviointilomakkeen apukysymykset

Mittarin avulla saadut tulokset pisteytetään ja kootaan arvioinnin yhteenvetolomakkeelle (liite 1). Kyllä-vastauksesta annetaan yksi piste ja ei-vastauksesta nolla pistettä. Kyllä-vastaukseen riittää, että arvioitavan osion ilmiöstä, esimerkiksi kohta 9: "Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena?", löytyy yksikin maininta arvioinnin kohteena olevasta hoitotyön suunnitelmassa. Tulos analysoidaan numeraalisesti. Yhteenvetolomake sisältää myös tuloksen arviointiosion, jossa saatu tulos pisteytetään ja saadun pistemäärän perusteella määritellään arvioitavan yksikön kirjaamisen taso viisiportaisella arviointiasteikolla ei-hyväksyttävästä tasosta kiitettävälle tasolle.

5.5 Tutkimuslupa ja suostumus asiakkailta

Hoitokertomusten käyttöön saamista varten hankkeelle haettiin tutkimuslupa (liite 3) perusturvakuntayhtymältä yhteistyössä muiden samaan kirjaamishankkeeseen opinnäytetyötään tekevien opiskelijoiden kanssa. Asianmukaisen tutkimusluvun hankkiminen on olennainen osa eettisesti laadukkaan tutkimuksen tekemistä (Vilka 2007, 97).

Tutkimuslupapäätöksen (liite 4) mukaisesti myös otokseksi satunnaisotannalla valikoituneilta asiakkailta pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 5) heidän hoitotyön suunnitelmiansa sekä hoitokertomustensa käyttöön saamista varten. Suostumuksen pyytäminen suoritettiin niin, että asiakkaiden luona käyneet kotihoidon hoitajat veivät asiakaskäynnille mukanaan kirjallisen suostumuspyynnön, jonka tutkimukseen suostuvat asiakkaat allekirjoittivat. Hoitajat palauttivat suostumukset satunnaisotannan suorittaneelle osastonhoitajalle, joka sitten toimitti suostumuksen antaneiden hoitokertomukset opinnäytetyön tekijälle auditointia varten poistettuaan niistä ensin asiakkaiden nimet, henkilötunnukset ja muut tunnistetiedot.

6 Tutkimustulokset

Kyseisen kotihoidon yksikön asiakkaista päädyttiin lopulta valikoimaan satunnaisotantamenetelmällä 27 sellaista vakituista asiakasta, joiden luo kotihoito tekee vähintään kolme viikoittaista käyntiä. Näistä 27 asiakkaasta 18 saatiin kirjallinen suostumus heidän hoitotyön suunnitelmansa sekä hoitokertomusten päivittäiskirjaamismerkintöjen auditointia varten.

Tutkimustulokset osoittivat, että tässä kotihoidon yksikössä Pegasos-potilastietojärjestelmän mukaiset hoitotyön suunnitelman osiot eli tarve, tavoite ja suunnitellut hoitotyön toiminnot oli kirjattu jokaisen potilaan hoitotyön suunnitelmaan. Myös hoidon tarve oli kirjattu useimmiten potilaan yksilöllinen hoidon tarve huomioiden, koska hoidon tarpeen tarkennuksena oli potilaan diagnoosi tai sairauden aiheuttama häiriö, esimerkiksi afasia. Kaikissa nyt arvioiduissa hoitotyön suunnitelmissa hoidon tarve ja tavoite olivat yhteydessä toisiinsa. Pieniä puutteita havaittiin sen sijaan tavoitteen ja toteutuksen yhtenäisyydessä.

Toteutuksen kirjaaminen oli useimmiten hoidettu niin, että yksi tai useampi hoitotyön suunnitelmaan nimetty hoidon tarve oli valittu päivittäiskirjaamisessa hoitotyön toimintojen otsikoksi. Otsikon alle olisi mahdollista lisätä tarkentavaa kirjaamista, mutta hoitajat kertoivat yksikössä sovitun niin, että mikäli potilaan voinnissa ei kyseisen hoidon tarpeen osalta ollut tapahtunut muutosta tai käynnillä ei ollut tapahtunut mitään tavallisuudesta poikkeavaa, niin pelkkä otsikon lisääminen päivittäiskirjaamiseen riittää. Näin ollen päivittäiskirjaamista saattoi viikon ajalta olla esimerkiksi 26 otsikon verran, mutta hoitajan lisäämää vapaata tekstiä vain kahdeksan otsikon alla. Hoitotyön suunnitelmassa nimettyjen hoidon tarpeiden käyttämi-

nen otsikkoina auttoi kuitenkin siinä, että hoitotyön suunnitelma ja päivittäismerkinnät olivat yhteydessä toisiinsa.

Hoitotyön suunnitelmien päivittäminen havaittiin auditoinnin yhteydessä puutteelliseksi. Hoitotyön suunnitelma saattoi esimerkiksi sisältää merkintöjä puolen vuoden takaisesta lääkekuurista. Myös päivittäiskirjaamisesta ilmi käyneitä potilaan voinnin muutosten aiheuttamia uusia tai muuttuneita hoidon tarpeita ei ollut päivitetty hoitotyön suunnitelmaan.

Tämän hoitotyön kirjaamisen auditoinnin kohteena olleessa kotihoidon yksikössä ei hoitotyön kirjaamisen päivittäiskirjaamisalustassa ole käytössä erillistä kohtaa hoidon tulokselle tai vaikuttavuuden arvioinnille. Tähän on kyseisen perusturvakuntayhtymän sovellusneuvojan ja tietosuojavastaavan mukaan päädytty siksi, että käytetyssä Pegasos-potilastietojärjestelmän versiossa kuka tahansa voi jälkikäteen muuttaa arviointikenttään tehtyjä merkintöjä ilman, että tehdystä muutoksesta jää merkintää hoitotyön suunnitelmaan. Yksikössä on tästä syystä sovittu, että arviointi kirjoitetaan hoidon toteutuksen yhteyteen. Tästä ilmeisesti osittain johtuen hoidon tulosten kirjaaminen toteutui vain harvoin ja silloinkin yksittäisissä päivittäiskirjaamismerkinnöissä. Myöskään hoidon vaikuttavuuden arviointia ei merkinnöissä ollut nähtävissä kuin satunnaisesti. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi puuttui myös niissä tilanteissa, missä päivittäiskirjaamismerkinnöistä kävi ilmi, että kotihoidon hoitaja oli antanut potilaalle tarpeen mukaan annosteltavia lääkkeitä.

Päivittäiskirjaamismerkinnöistä kuvastui hoitajan rutiininomainen, mekaaninen tekeminen, esimerkiksi ”Ruoka lämmitetty.” tai ”Lääkkeet jaettu.”. Potilaan omaa tekemistä tai toimintakykyä kuvaavia kirjaamismerkintöjä oli vähän. Vain harvoin arvioitiin potilaan vointia tai muutoksia siinä. Myös potilaan mielialan tai vireystilan arviointi puuttui lähes kokonaan. Yhdessäkään merkinnässä ei ilmaistu potilaan omaa kokemusta voinnistaan tai hoidostaan.

Hoitotyön yhteenvetoja ei nyt tutkimuskohteena olleessa kotihoidon yksikössä erikseen tehdä. Kotihoidon osastonhoitajan kertoman mukaan yhteenveto saatetaan jossain hoitojakson vaiheessa tehdä osaksi päivittäiskirjaamista, mutta erillistä dokumenttipohjaa ei hoitotyön yhteenvetoa varten ole käytössä. Tästä johtuen arviointilomakkeen yhteenvetoa koskevaan kysymykseen kyllä-vastauksia tuli 0 %. STM:n asetus potilasasiakirjoista (298/2009) edellyttää, että jokaiselle pitkäaikaispotilaalle laaditaan yhteenveto hänen saamastaan hoidosta kolmen kuukauden välein riippumatta siitä, onko hänen voinnissa tapahtunut muutosta. Tässä nyt auditoinnin kohteena olleella kotihoidon yksiköllä on keskeinen kehittämistarve, jotta lain edellyttämä hoitotyön kirjaamisen taso saavutetaan.

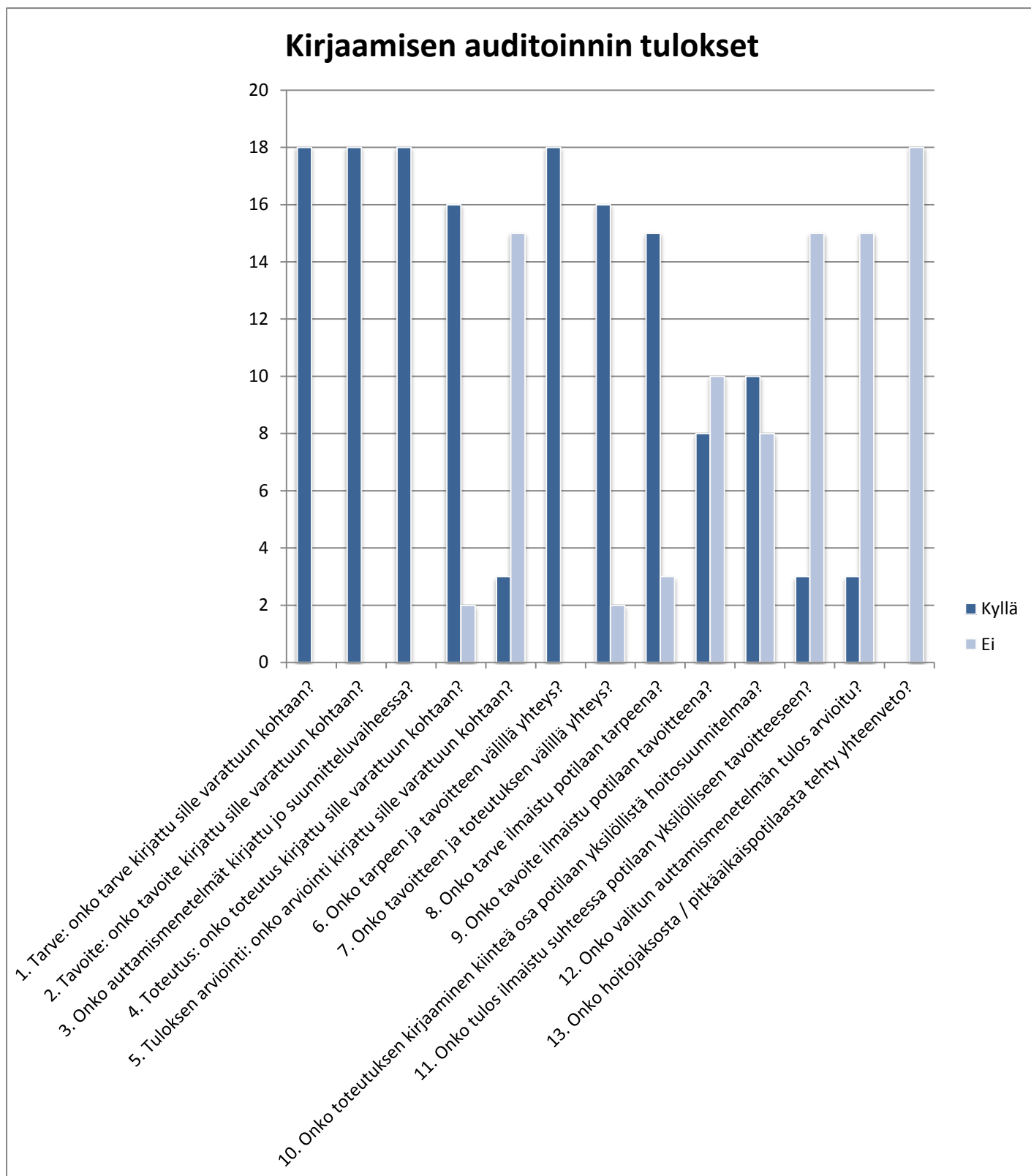
Arviointiasteikko	kyllä %	ei %
1. Tarve: onko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?	100	0
2. Tavoite: onko tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?	100	0
3. Onko valitut auttamismenetelmät kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?	100	0
4. Toteutus: onko toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan?	89	11
5. Tuloksen arviointi: onko arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?	17	83
6. Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?	100	0
7. Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?	89	11
8. Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena?	83	17
9. Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena?	44	56
10. Onko toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa?	56	44
11. Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?	17	83
12. Onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu / onko valituilla auttamismenetelmillä ollut vaikuttavuutta?	17	83
13. Yhteenveto: onko yhteenveto tehty hoitajaksosta, pitkäaikaispotilaasta <3kk tai sarjakäynnistä?	0	100

Taulukko 3: Kirjaamisen auditoinnin tulokset esitettynä taulukkona

Sekä yllä olevasta auditointitulostaulukosta (taulukko 3) että alla olevasta pylväsdiagrammista (kuvio 6) on nähtävissä, että hoitotyön suunnitelman osiot tarve, tavoite ja valitut auttamismenetelmät (kohdat 1-3) oli kirjattu kiitettävästi. Hoidon toteutusta (kohta 4) oli useimmissa hoitokertomuksissa kuvattu ainakin auditointimittarin edellyttämän yhden maininnan verran. Tuloksen arvioinnissa (kohta 5) sen sijaan oli havaittavissa huomattavia puutteita.

Hoitotyön suunnitelmassa nimetyt tarve ja tavoite (kohta 6) olivat yhteydessä toisiinsa jokaisessa nyt auditoidussa hoitokertomuksessa. Myös tavoitteen ja toteutuksen (kohta 7) välillä oli useimmiten yhteys. Tarpeen kirjaaminen (kohta 8) oli usein potilaslähtöistä, kun taas tavoitteen (kohta 9) kirjaaminen oli useimmiten hoitajalähtöistä.

Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen (kohta 10) eli päivittäiskirjaaminen oli useimmiten yhteydessä hoitotyön suunnitelmassa nimettyihin tarpeisiin, tavoitteisiin ja valittuihin auttamismenetelmiin. Mainittakoon, että toteutuksen kirjaaminen oli suppeaa. Kuten kohdassa 5, niin myös kohdassa 11 tuloksen kirjaaminen oli puutteellista. Myös hoidon vaikuttavuuden arviointi (kohta 12) oli vähäistä. Hoitotyön yhteenveto (kohta 13) puuttui kaikista nyt auditoiduista hoitokertomuksista.



Kuvio 6: Kirjaamisen auditoinnin tulokset esitettynä pylväsdiaqrammina

Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen arviointilomakkeen yhteenvetosivulla olevan pisteytystaulukon avulla pisteytettynä, nyt auditoidun kotihoidon yksikön tämän hetkinen kirjaaminen on tyydyttävällä tasolla (taulukko 4). Auditointitulosten perusteella kirjaamisen kokonaistulos on 8,11.

Koska otos jäi kahden hoitokertomuksen verran tavoitellusta 20 hoitokertomuksesta, joka on myös se auditoitavien hoitokertomusten lukumäärä, jota varten arviointilomakkeen yhteenvotaulukon laskentakaava on kehitetty, muutettiin tässä tutkimuksessa kaavaa niin, että tulos säilyi suhteutettuna 18 hoitokertomukseen samana, eikä vääristynyt kokonaistulosta heikentäen kahden sarakkeen jäädessä tyhjiksi eli pisteittä.

TASO	TULOS	SUOSITUS
ei hyväksyttävä taso	0,00-5,99	huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle
heikko taso	6,00-7,99	tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisosaaminen ja tee kehittämissuunnitelma
tydyttävä taso	8,00-9,99	varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
hyvä taso	10,00-11,99	varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
kiitettävä taso	12,00-13,00	varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla

Taulukko 4: Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen arviointilomakkeen tuloksen arviointi

7 Johtopäätökset

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Hoitotyön kirjaamisen auditoinnin tulokset kertovat päivittäiskirjaamisen tasosta. Auditoinnin tuloksia voidaan hyödyntää päivittäiskirjaamisen kehittämisessä kirjaamisen laadun parantamiseksi. (Mykkänen ym. 2011.) Suurimpana kehittämiskohteena tässä tutkimuksessa saatujen tulosten valossa voidaan pitää hoidon tuloksen kirjaamista sekä hoidon vaikuttavuuden arviointia. Nyt saadut tulokset ovat osittain linjassa Aukealan (2009) Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä saamien auditointitulosten kanssa. Aukeala arvioi vuonna 2009 Kailan ja Kuivalaisen (2008) arviointilomaketta hyödyntäen Effica-ohjelmiston käyttäjien hoitotyön kirjaamista 48 potilaskertomuksen pohjalta. Myös Aukealan tutkimuksessa suurimmat puutteet kirjaamisessa havaittiin toteutuneen hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa, kun taas hoitotyön suunnitteluvaiheeseen kuuluvien osien kirjaaminen oli kiitettävällä tasolla. Aukeala (2009) toteaa, että hoitajia tulee opettaa kirjaamaan toteutus ja arviointi erikseen. Myös hoidon vaikuttavuuden

arviointia tulee lisätä selkeästi. Lehti (2004) puolestaan havaitsi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa toteutetussa kirjaamisen arviointitutkimuksessa, että hoitotyön vaikuttavuuden arviointi on huomattavasti lisääntynyt. Tämä tulos on ristiriidassa nyt saatujen tulosten kanssa. Rykkje (2009) vertasi tutkimuksessaan manuaalisen hoitotyön kirjaamisen ja sähköisen hoitotyön kirjaamisen eroja ja havaitsi, että hoitotyön tuloksen kirjaaminen jäi sähköisessä kirjaamisessa puutteelliseksi. Rykkjen (2009) mukaan hoidon tulosten kuvaaminen oli hoitajille vierasta. Rykkje (2009) myös havaitsi sähköiset hoitotyön suunnitelmat aiempia, manuaalisesti laadittuja suppeammiksi.

Auditointimittarina käytetyn kirjaamisen arviointilomakkeen (Kaila & Kuivalainen 2008) rakenteesta johtuen, joidenkin hoitokertomusten osalta numeraalinen tulos antaa todellisuutta positiivisemmän kuvan päivittäiskirjaamisen tilasta kyseisessä kotihoidon yksikössä. Arviointilomakkeessa on ohjeistettu, että yksikin maininta yhtä ilmiötä kohden riittää kyllä-vastaukseen. Näin ollen esimerkiksi arviointilomakkeen kohdassa 7: ”Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?” vastaus oli kyllä sellaisessakin tilanteessa, missä hoitotyön toteutuneita toimintoja kuvattiin vain yhden hoitosuunnitelmassa nimetyn tavoitteen osalta, vaikka nimettyjä hoidon tarpeita ja tavoitteita olisi hoitotyön suunnitelmassa useampia. Samoin vastaus oli kyllä kohdassa 11: ”Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?”, mikäli viikon aikana tehtyjen esimerkiksi 16 merkinnän joukosta yhdessä oli kuvattu potilaan kotona selviämistä suhteessa hoitotyön suunnitelmassa hänelle asetettuihin tavoitteisiin.

Tavoitteellisuuden puuttuminen - tai ainakin tavoitteellisuuden näkymättömyys kirjaamisessa - on erikoinen ilmiö, koska epäilemättä jokainen hoitaja työtään tehdessään toivoo tekemälleen työllä olevan positiivinen vaikutus potilaan tilaan ja kokemukseen. Vastaavasti hoitaja mahdollisesti huolestuneena tekee havaintoja potilaan voinnin huonontuessa ja pyrkii toimimaan tilanteen vaatimalla tavalla. Tämä muuttuvaan tilanteeseen omien toimiensa suhteuttaminen ei kuitenkaan tällä hetkellä näy nyt auditoidun kotihoidon yksikön hoitotyön päivittäisessä kirjaamisessa. Hoitajien käynneillään tekemät havainnot koskien potilaan vointia ja muutoksia siinä eivät välity hoitotyön kirjaamiseen asti. Myöskään näiden havaintojen pohjalta tehtyjä toimenpiteitä tai niiden aiheuttamaa pohdintaa ei dokumentoida.

Nyt saatujen tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että käytetyn potilastietojärjestelmän ja käyttöön valittujen näkymien rakenne näyttäisi voimakkaasti ohjaavan erityisesti päivittäistä kirjaamista. Kyseisessä kotihoidon yksikössä ei hoidon tulokselle ja arvioinnille nimikoitua kohtaa yhteiseen sopimukseen perustuen käytetä, joten arviointi ja hoidon vaikuttavuus jäivät lähes täydellisesti kirjaamatta. Aiemmassa tutkimuksessa Kärkkäinen, Bondas ja Eriksson (2005) havaitsivat kirjaamiseen käytettyjen lomakerakenteiden ohjailevan kirjaamisen painopistettä ja kirjaamisen sisältöä. Tähän johtopäätökseen tulivat myös Tiusanen, Junt-

tila, Leinonen ja Salanterä (2009) tutkiessaan perioperatiivisen potilaan hoitotyön kirjaamista.

Kuten myös Kärkkäinen ja Eriksson (2003) tutkimuksessaan huomasivat, oli tässäkin tutkimuksessa havaittavissa puutteita hoitotyön suunnitelmien päivittämisessä potilaan voinnin ja tilanteen muuttuessa. Kaikilta osin opinnäytetyön tekijä ei tätä edes päässyt arvioimaan, koska hoitotyön suunnitelman osalta tulosteissa ei näkynyt päivämäärämerkintöjä, mutta niissä suunnitelmissa, joissa vapaassa tekstissä oli esimerkiksi asiakkaan painon nousemiselle asetettuja päivämäärätavoitteita, olivat merkinnät lähes puolen vuoden takaa.

Samoin kuin Aukealan (2009) tutkimuksessa, myös tässä havaittiin, että pitkäaikaispotilailla, joilla hoitotyön suunnitelmaan kirjattuja hoidontarpeita oli useita, vain harvoin kirjattiin päivittäistä toteutusta tai arviointia. Toteutunutta hoitoa kuvaava niin sanottu vapaa teksti puuttui, koska päivittäiskirjaamisen riittäväksi minimitasoksi oli sovittu, että hoitajat valitsivat käyntiään kuvaavat hoitotyön suunnitelmassa nimetyt hoidontarpeen mukaiset otsikot päivittäiskirjaamisalustalle. Samankaltaiseen johtopäätökseen päätyi myös Virolainen (2006) pro gradu-tutkimuksessaan, jossa todettiin kuvailevan kirjaamisen osuuden vähentyneen sähköiset järjestelmien tarjoamien valmiiden fraasien ohjattessa kirjaamista.

Vapaa teksti oli muutamissa tapauksissa potilaan vointia, mielialaa tai tekemistä kuvaavaa, yleisempää sen sijaan olivat hoitajan toimintaa kuvaavat lyhyet maininnat, kuten: ”Lääkkeet jaettu.”. Myös aiemmissa tutkimuksissa (mm. Kärkkäinen, Bondas & Eriksson 2005) on todettu, että hoitotyön kirjaamisessa on näkyvämmän dokumentoituna hoitajan suorittaman tehtävät ja toimenpiteet kuin potilaan oma kokemus tarvitsemastaan ja saamastaan hoidosta. Aukeala (2009) havaitsi tämän koskevan myös hoidon tavoitteiden asettamista. Hänen toteuttamassaan auditoinnissa tavoitteet oli kirjattu kuvaamaan hoitajan tekemistä ja potilaan näkökulma jäi puuttumaan. Tiusanen ym. (2009) havaitsivat potilaan subjektiivisten tuntemusten dokumentoimisen olevan puutteellista. Potilas kuvataan kirjaamisessa usein hoidon objektina, eikä potilaan kokemuksia saamastaan hoidosta heidän mukaansa kirjata riittävästi. Myös Jokinen ym. (2011) toteavat, että hoitotyön kirjaamisen pääpaino tulisi siirtää hoitajan tekemisen kuvaamisesta potilaan toimintakyvyn ja voinnin sekä hoidon tulosten kuvaamiseen.

Tässä tutkimuksessa tätä edellä kuvattua ilmiötä havainnollistaa ehkä parhaiten esimerkki sellaisen potilaan hoitokertomuksesta, jolla hoitotyön suunnitelmaan nimettyjä hoidon tarpeita oli kahdeksan, kaikki sellaisilta toimintakyvyn osa-alueilta, joista potilaan saattoi päätellä olevan hyvin pitkälti ulkopuolisen avun varassa. Viikon päivittäiskirjausmerkinnät yhteensä viideltä käyntikerralta olivat: ”Kuurattu appelsiini ja peruna valmiiksi.” ja ”Lääkkeet jaettu viikoksi.”. Potilaan vointia ja toimintakykyä ilmaisevat merkinnät puuttuivat. Virolaisen pro gradu -tutkielman (2006) mukaan myös hoitajat itse olivat ilmaisseet huolensa siitä, että poti-

laan näkökulma jää aiempaa vähäisemmäksi sähköisen hoitotyön kirjaamisen korvattua manuaalisen kirjaamisen.

Lehti (2004) on todennut, että hyvän kirjaamisen opettelulla ja kehittämisellä selkiytetään myös hoitotyön omaa itsenäistä asemaa ja näkyvyyttä. Perusteellinen kirjaaminen, joka kuvaa kattavasti potilaan hoidon tarvetta sekä hoitoisuutta, tulisi nähdä myös keinona tuoda esiin työn kuormittavuutta ja näin mahdollistaa tarvittavien lisäresurssien saaminen yksikön käyttöön. Hoitotyön toimenpiteitä ja niiden vaikuttavuutta kuvaavien merkintöjen puuttuessa, voi olla haastavaa perustella hoitajien työn vaativuutta tai lisäresurssien tarvetta.

Nyt toteutetussa auditoinnissa havaittiin myös, että hoitajan potilaille tai omaisille antamaa ohjausta ei dokumentoida. Sama havainto on tehty myös aiemmissa hoitotyön kirjaamisen tutkimuksissa (mm. Ekström 2006).

Jokinen ym. (2011) ovat havainneet kehittäessään Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen sähköistä kirjaamista, että hoitotyön johdon sitoutuminen kirjaamismuutoksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin on ollut keskeisessä roolissa hankkeen onnistumisessa. Johdon tuen puuttuminen voi Jokisen ym. (2011) mukaan johtaa siihen, että muutos ei kehity yhtenäiseksi ja pysyväksi toimintatavaksi. Myös realististen jatkosuunnitelmien laatiminen on tällöin vaikeampaa eikä lisäkoulutukseen vaadittuja resursseja pystytä arvioimaan tai mahdollistamaan. Siksi myös lähijohdon koulutuksiin on Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa panostettu.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen myönteisesti vaikuttivat aineiston keruu- sekä otantamenetelmä. Molemmat osaltaan edesauttoivat tutkijan objektiivisuutta, koska tutkija itse ei osallistunut aineiston valintaprosessiin. Kaiken kaikkiaan nyt auditoinnin kohteena olleella kotihoidon yksiköllä on vakituisia asiakkaita hieman toistasataa, tässä tutkimuksessa otos oli 27 asiakasta, joilta 18 saatiin suostumus tutkimuksen toteuttamiseen. Otoksen pienuus voi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen heikentävästi, koska määrällisessä tutkimuksessa otannon laajuus vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Valmiin, kansallisen mittarin käyttäminen aineiston analysoimisessa puolestaan lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska mittari on esitestattu ja todettu käytännössä toimivaksi.

7.3 Eettiset ja salassapitosymykset

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimustulokset kirjataan numeraalisesti, joten tutkittavat säilyvät anonyymeinä eikä tunnistamisriskiä ole (Vilkka 2007, 164). Numeraalisen tiedon sanallista esittämistapaa tulee kuitenkin Vilkan (2007, 164-165) mukaan huolellisesti pohtia, jotta ilmai-

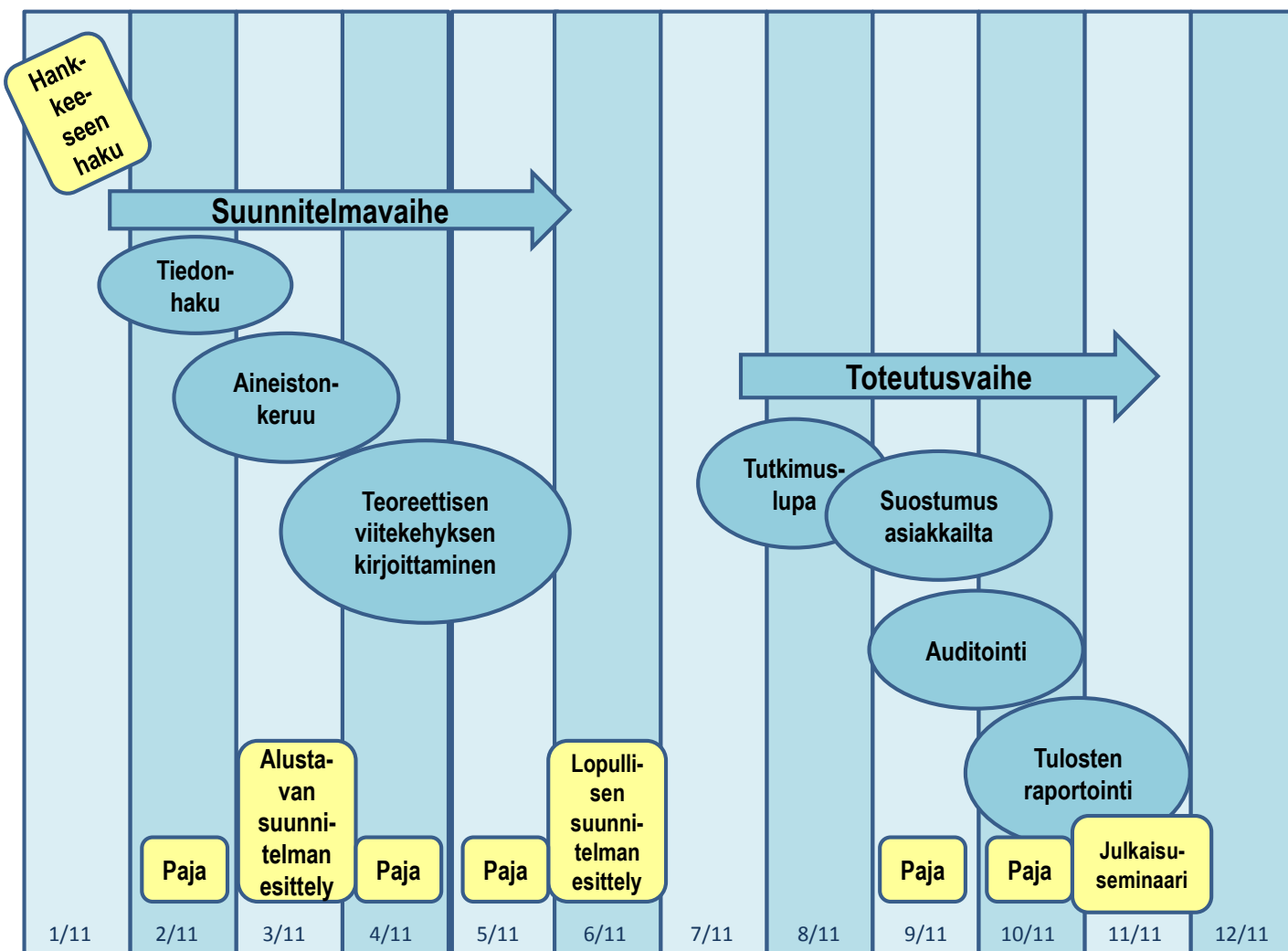
sutyylä ei vahingoita tai loukkaa tutkimukseen osallistuneita. Kielteistä ilmaisutyylä tulee välttää ja tutkijan tulee kirjoittaessaan muistaa roolinsa oppiaineensa edustajana.

Koska opinnäytetyössä käsiteltiin oikeita potilasasiakirjoja toteutuneen kirjaamisen arvioimiseksi, noudatettiin vaitiolovelvollisuutta kaikkien hoitokertomusten ja muiden potilasasiakirjojen sisällön suhteen. Myöskään potilasasiakirjamerkintöjä tehneiden kotihoidon hoitotyöntekijöiden henkilöllisyyttä ei tutkimuksen tai tulosten raportoinnin missään vaiheessa paljastettu.

Opinnäytetyöprosessi toteutettiin eettisesti kestäväällä ja hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, kunnioittaen niiden henkilöiden ihmisarvoa, joiden potilastietoja käsiteltiin. Käsiteltyyn aineistoon suhtauduttiin objektiivisesti luotettavan ja todellisuutta parhaiten kuvaavan lopputuloksen saavuttamiseksi. Hyvän tieteellisen tavan mukaisesti tässä opinnäytetyössä käytetyt tutkimuksen ulkopuoliset lähteet on asianmukaisin lähdeviittein merkitty.

7.4 Tutkimusprosessin kuvaus

Tämän opinnäytetyön valmistelu alkoi tammikuussa 2011 Laurea Lohjan rekrytointiseminaarissa, missä eri hankkeisiin tehtävien opinnäytetöiden aiheet julkaistiin. Hankkeisiin haettiin oman mielenkiinnonkohteen mukaisesti ja haun tulokset julkaistiin tammi-helmikuun vaihteessa. Opinnäytetöitä ryhdyttiin työstämään helmikuussa orientaatio- ja tiedonhakutyöpajoissa. Kevätlukukauden aikana keskityttiin etupäässä aiheesta olemassa olevan teoreettista viitekehystä tukevan tutkitun tiedon aineistonkeruuseen sekä siihen tutustumiseen. Pääpaino teoria-aineistonkeruussa oli aiempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin perehtyminen. Kevään aikana sisältöä työstettiin sisällönohjaus- ja teksti-ohjaustyöpajoissa yhdessä muiden kirjaimishankkeisiin opinnäytetöitä tekevien opiskelijoiden kanssa. Alustava suunnitelma esiteltiin maaliskuussa ja lopullinen suunnitelma kesäkuun alussa. Tutkimuslupaa haettiin perusturvakuntayhtymältä elokuussa. Syyskuussa puoltavan tutkimuslupapäätöksen myötä saatiin tieto, että hoitokertomuksiin tutustumista varten tarvittiin suostumus myös niiltä kotihoidon asiakkailta, joita tutkimus koski. Kotihoidon osastonhoitaja suoritti satunnaisotannan yksikönsä asiakkaiden joukosta syyskuussa ja valituksi tulleilta pyydettiin kirjallinen suostumus kotihoidon työntekijöiden välityksellä. Auditointi tehtiin syyskuun lopussa sitä mukaa, kun asiakkailta saatiin suostumuksia. Lokakuun alku oli tulosten analysoimisen aikaa ja opinnäytetyö ilmoitettiin julkaisuseminaariin lokakuun lopussa ja julkaistiin marraskuussa 2011 (kuva 6).



Kuvio 7: Tutkimusprosessin eteneminen tammikuusta 2011 joulukuuhun 2011

7.5 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja kehittämisehdotukset

Tässä tutkimuksessa auditoinnin kohteena olleessa kotihoidon yksikössä on nyt saatujen tulosten pohjalta ryhdytty pohtimaan syitä, jotka ovat johtaneet havaittuihin puutteisiin hoitotyön kirjaamisessa. Tulokset julkaistiin kotihoidon osastonhoitajien kanssa pidetyssä yhteistyöpöytäpalaverissa lokakuun lopussa 2011. Tuloksista tullaan myös järjestämään osastotunti kotihoidon hoitoyöntekijöille joulukuussa 2011, missä opinnäytetyön tekijä esittelee auditointitulokset työyhteisölle.

Sarannon ja Kinnusen (2009, 465) mukaan korkealaatuinen tieto on laadukkaan hoitotyön peruselementti. Hoitotyön prosessimallin mukaisessa kirjaamisessa hoidon tuloksen tulee olla

yhtä keskeisessä osassa kuin hoidon tarpeen tai hoidon tavoitteen kirjaamisen. Tästä huolimatta siinä missä esimerkiksi hoidon tarve oli hoitotyön suunnitelmissa kirjattu systemaattisesti ja usein jopa ideaalitasolla eli potilaslähtöisesti, hoidon tulos oli jäänyt dokumentoimatta lähes joka kerta. Myöskään yksittäisen hoitotoimenpiteen, esimerkiksi lääkkeenannon vaikuttavuutta ei arvioitu. Osastonhoitajien kanssa keskusteltiin arvioinnin puuttumisesta ja kannustettiin potilastietojärjestelmän tavoite ja arviointi -otsikon käyttöönottoon ongelmaan puuttumiseksi.

Mykkänen ym. (2011) toteuttivat hoitotyön kirjaamisen auditoinnin Kuopion yliopistollisen sairaalan 67 yksikössä samaa Kailan ja Kuivalaisen (2008) auditointimittaria hyödyntäen, saaden samankaltaisen tuloksen kuin tässä tutkimuksessa. Myös KYS:ssä suurin ongelma oli hoitotyön prosessin arviointivaihe. Auditointitulosten perusteella yksiköt kuitenkin laativat kirjaamisen kehittämissuunnitelman sillä seurauksella, että uusinta-auditoinnissa hoidon tuloksen kirjaamisen todettiin huomattavasti parantuneen ja tulleen osaksi päivittäistä työtä. Osastonhoitajien kanssa keskusteltiin kehittämissuunnitelman laatimisesta osana kirjaamisen laadun kehittämistä sekä mahdollisesta uusinta-auditoinnista kehittämissuunnitelman mukaisen kirjaamisen oltua yksiköissä käytössä esimerkiksi puolen vuoden ajan.

Sähköisen kirjaamisen vakiinnuttua käyttöön ja hoitohenkilökunnan teknisen osaamisen ollessa riittävällä tasolla, voitaisiin ryhtyä panostamaan kirjaamisen sisältöön. Yksikössä sovittu käytäntö siitä, että päivittäiskirjaamismerkinnäksi riittää käyntiä koskeneiden yhden tai useamman hoidon tarpeeksi nimetyn otsikon aktivoiminen päivittäiskirjaamisalustalla, saattaa vaikuttaa kirjaamisen laatuun sitä heikentävästi. Tämä käytäntö mahdollistaa sen, että potilaan vointia, hoidon tulosta tai hoidon vaikuttavuutta ei edes oleteta arvioitavan. Siksi nyt saatujen tutkimustulosten perusteella yksikössä olisi syytä uudelleen arvioida päivittäiskirjaamisen minimitaso.

Kyseisen kotihoidon hoitohenkilökunnalle voisi olla hyödyllistä tarjota lisäkoulutusta hoitotyön prosessimallin mukaisesta kirjaamisesta. Tuoreessa väitöskirjassaan Häyrinen (2011) korostaa kansallisiin kirjaamiskäytäntöihin sitoutumisen merkitystä, vaikka kansallinen käytäntö poikkeaisikin totutusta, sekä kirjaamiskoulutuksiin osallistumisen tärkeyttä. Vierikoulutus on havaittu toimivaksi sähköisen kirjaamisen opetustavaksi, mikäli siihen on varattavissa riittävästi aikaa (Jokinen ym. 2011). Auditointituloksista pidetyssä yhteistyöpalaverissa kotihoidon yksikön osastonhoitaja uskoi vierihoidon olevan tehokas tapa kehittää kirjaamista myös kyseisessä työyhteisössä.

Hoitotyön prosessin hallinta on noussut yhdeksi keskeisistä teemoista muissakin kirjaamisen kehittämishankkeissa (mm. Wilskman ym. 2007; Jokinen ym. 2011). Nyt saatujen auditointitulosten perusteella laaditusta kirjaamisen kehittämissuunnitelmasta voisi olla hyötyä, mikäli

yksikössä kaikki sitoutuisivat siihen ja hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista harjoiteltaisiin osana kirjaamisen kehittämistyötä. Kehittämistyössä on kyse työtapojen muuttamisesta, mikä voidaan kokea kuormittavana, joten yhteisen motivaation löytäminen on keskeistä. Häyrinen (2011) toteaa väitöskirjassaan hoitotyön prosessimallin vaiheiden mukaisen kirjaamistavan edistävän yhtenäisten käsitteiden käyttöä, jolloin myös kirjatut tiedot ymmärretään samalla tavalla. Hoitotyön prosessin vaiheita mukaileva kirjaaminen on Häyrisen (2011) mukaan täydellisempää ja täyttää lain kirjaamiselle asettamat vaatimukset, joten näin edistetään myös potilasturvallisuutta.

Kirjaamiskäytäntöjen kehittymistä voitaisiin tässäkin kotihoidon yksikössä tarkastella järjestämällä uusinta-auditointi, jonka tuloksia verrattaessa nyt saatuihin tuloksiin pystyttäisiin entistä täsmällisemmin määrittelemään mistä nyt havaitut puutteet hoitotyön kirjaamisessa johtuvat ja millä toimenpiteillä tehokkaimmin voidaan puuttua kirjaamisen ongelmakohtiin. Mykänen ym. (2011) havaitsivat omassa tutkimuksessaan kehittämissuunnitelman laatimisella ja noudattamisella saadun aikaan huomattavia parannuksia kirjaamisen ongelmakohdissa niin, että ensimmäisessä auditoinnissa havaitut puutteet oli saatu korjattua ja uusinta-auditoinnin tulokset olivat huomattavasti ensimmäisiä parempia.

Tässä tutkimuksessa havaittiin myös, että yksikössä käytetyn potilastietojärjestelmän ja käyttöön valittujen näkymien ja otsikoiden rakenne ohjasi vahvasti kirjaamista niin hyvässä kuin huonossakin. Niiden hoitotyön prosessin vaiheiden osalta, jotka oli selkeästi otsikoitu hoitotyön kirjaamisen osa-alueiksi, kirjaaminen toteutui hyvin, jopa kiitettävästi. Ne osa-alueet taas, joita yksikössä ei käytetty, jäivät päivittäiskirjaamisessa lähes täysin huomioimatta. Herää siis ajatus siitä, voisiko kirjaamista kehittää kehittämällä käytössä olevia kirjaamisalustoja palvelemaan nykyistä paremmin hoitotyön prosessin vaiheita sekä ottamalla laajemmin käyttöön ohjelman tarjoamia otsikoita. Syyksi siihen, että hoidon tulosta ja arviointia koskevia otsikoita ei käytetty, kerrottiin se, että kuka tahansa pääsee muuttamaan aiemmin kirjattua tekstiä jättämättä tehdystä muutoksesta merkintää hoitotyön suunnitelmaan. STM:n asetus potilasasiakirjoista (298/2009) sanoo, että potilasasiakirjoihin tehtyjä merkintöjä ei saa kirjoittaa uudelleen tai alkuperäistä merkintää korvata uudella (Finlex 2009), joten yksikössä on varmasti mahdollista päästä sopimukseen arviointimerkintöjen päivittämistavasta.

Myös potilastietojärjestelmää voisi jatkossa olla syytä kehittää niin, että uusi merkintä ei korvaisi aiemmin tehtyä, vaan kaikki arviointikohtaan tehdyt merkinnät olisivat myös jälkikäteen luettavissa. Mahdollistamalla hoidon tulosta ja vaikuttavuuden arviointia käsittelevien otsikoiden käyttö voitaisiin hoitotyön kirjaamista ohjata oikeaan suuntaan laajentamalla käytettyä hoitotyön suunnitelmapohjaa käsittämään myös hoidon toteutuksen, tulokset ja vaikuttavuuden arvioinnin. Yksikössä voitaisiin sitten yhdessä sopia hoitotyön suunnitelman päivittämisestä esimerkiksi viikoittain päivittäiskirjaamismerkintöjen pohjalta. Tällöin oletettavasti

myös päivittäiskirjaamismerkinnät tulisivat automaattisesti kattavammiksi toteutuksen, tulosten ja arvioinnin osalta.

Jo lähes puoli vuosisataa sitten julkaistussa Veteläsuon Sairaanhoidon oppi -kirjassa (1967) todetaan, että: "Jatkuva kirjanpito ja hyvä tiedotusjärjestelmä liittyvät kiinteästi huomiointiin. Tiedotusjärjestelmältä vaaditaan, että se on niin suunniteltu, että kaikilla hoitoon osallistuvilla on selvä käsitys potilaan tilasta, siinä tapahtuvista muutoksista ja niiden vaikutuksesta hoitosuunnitelmaan." sekä: "Arviointi ei ole vaistonvaraista, vaan se perustuu hankittuihin tietoihin ja tosiasioihin. Huolellinen kirjanpito hoidon edistymisestä ja erilaisista tapahtumista siinä antaa näitä tosiasioita käytäntöön." Näistä huomioista nähdään, että hoitotyön kirjaamisen laadun merkitys on tiedostettu jo tuolloin. Kirjaamista on kehitetty aktiivisesti etenkin kuluneen vuosikymmenen aikana manuaalisen kirjaamisen vaihtuessa vähitellen kaikkialla sähköiseen. Aihe on siis aina ajankohtainen ja vain omaksumalla kirjaamisen kiinteäksi osaksi laadukasta, kokonaisvaltaista ja potilaslähtöistä hoitotyötä, pääsemme kehittämistyössä haluamiimme tuloksiin.

Lähteet

Kirjat

- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sairaanhoidajaliitto. Sipoo: Silverprint.
- deWit, S. 2005. *Fundamental Concepts and Skills for Nursing*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Ikonen, E. & Julkunen, S. 2007. *Kehittyvä kotihoito*. Helsinki: Edita.
- Janhonen S. & Nikkonen M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.
- Kratz, C. 1984. *Hoitotyön prosessi*. Juva: WSOY.
- Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2003. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. Teoksessa: Kärkkäinen, O. 2005. *Documentation of Patient Care as Evidence of Caring Substance*. Turku: Åbo Akademi University Press, 198-205.
- Parahoo, K. 2006. *Nursing Research*. New York: Palgrave Macmillan.
- Robson, C. 2001. *Käytännön arvioinnin perusteet*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. 2007. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY.
- Veteläsuu, R. 1967. *Sairaanhoido-oppi*. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Vilka, H. 2007. *Tutki ja mittaa*. Helsinki: Tammi.

Artikkelit

- Ahonen, O., Karjalainen-Jurvelin, R., Ora-Hyytiäinen, E., Rajalahti, E. & Saranto, K. 2007. Sähköisen kirjaamisen opettaminen terveysalan koulutuksessa. Teoksessa: *Hoitotyön vuosikirja 2007*. Jyväskylä: Gummerus, 183-204.
- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. *Sairaanhoidaja-lehti* 10/2007, vol. 80, 6-9.
- Ammenwerth, E., Mansmann, U., Iller, C. & Eichstädter, R. 2003. Factors Affecting and Affected by User Acceptance of Computer-based Nursing Documentation: Results of a Two-year Study. *Journal of the American Medical Informatics Association* Volume 10 Number 1 Jan / Feb 2003. Viitattu 13.4.2011.
- Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2004b. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. Teoksessa: Kärkkäinen, O. 2005. *Documentation of Patient Care as Evidence of Caring Substance*. Turku: Åbo Akademi University Press, 229-236.
- Jokinen, T., Isotalo, T., Turunen, R., Aho, V., Koskivirta, J., Myyryläinen, M., Jaakkola, V., Keränen, S., Toivainen, S., Kupiainen, M., Aura, H. & Helldan, P. 2011. Hoitotyön kirjaamis-
muutos Helsingin terveyskeskuksessa. *Sairaanhoidaja-lehti* 10/2011, vol. 84, 54-57.

Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaala. Tutkiva hoitotyö, vol. 2 (2), 2004, 4-9.

Mykkänen, M., Huovinen, H. Miettinen, M. & Saranto, K. 2011. Dokumentointi parantaa turvallisuutta ja laatua. Sairaanhoitaja 6-7/2011, vol. 84, 62-65.

Rykkje, L. 2009. Implementing Electronic Patient Record and VIPS in medical hospital wards: Evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-Ing. Vård i Norden 2/2009, vol. 29, no. 2, 9-13.

Sainola-Rodriguez, K. & Ikonen, H. 2007. Luokitusten luovuus - kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa: Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoitajaliitto. Gummerus: Jyväskylä, 41-56.

Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa: Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoitajaliitto. Gummerus: Jyväskylä, 123-138.

Saranto, K. & Kinnunen, U. 2009. Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced Nursing 65(3), 464-476.

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

Tiusanen, T., Juntila, K., Leinonen, T. & Salanterä, S. 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. Hoitotiede 2009, 21 (4), 269-281.

Internet-lähteet

Ahonen, O., Koivukoski, S., Savola, S. & Renholm, M. 2005. Hoitotyön jäsentynyt suunnitelma kehittää tiimin työtä. Sairaanhoitaja-lehti 1/2005. Viitattu 31.3. 2011.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2005/muut_artikkelit/hoitotyon_jasentynyt_suunnitelma/

Aukeala, K. 2009. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen auditointi Effica-käyttäjille. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot - hanke. Loppuraportti 30.11.2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 29.9.2011.

<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf>.

Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Viitattu 3.3.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finlex. 1999. Henkilötietolaki (1999/523). Viitattu 3.3.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Finlex. 2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159). Viitattu 3.3.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Finlex. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009)

Viitattu 30.5.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Gingerch, B. 2002. Effective Auditing: Approach to External and Internal Audits. Home Health Care Management & Practice / June 2002 / Volume 14, Number 4, 303-305. Viitattu

30.5.2011. <http://hhc.sagepub.com/content/14/4/303.citation>

- Haanpää, M. 2010. Vyöruusu. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 29.9.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=vyöruusu
- Hietanen, H. 2010. Säärihaavan konservatiivinen hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Terveysportti. Viitattu 29.5.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=säärihaava
- Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 18.11.2011.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf
- Ikonen, H., Rajalahti, E. & Ahonen, O. 2009. Potilasturvallisuus - osaamisen kehittäminen eN-NI-hankkeessa. Osaaja.net, no. 1 (2009). Viitattu 31.3.2011.
<http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/view/446/513>
- Kinnunen, U-M. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Viitattu 29.9.2011. www.kampus.uku.fi/gradut/2007/3162.pdf
- Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. 2005. Documentation of Individualized Patient Care: a qualitative metasynthesis. Nursing Ethics, 2005 12 (2). Viitattu 29.9.2011.
<http://nej.sagepub.com/content/12/2/123>
- Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2004a. A Theoretical Approach to Documentation of Care. Nursing Science Quarterly, Vol. 17 No. 3, July 2004, 268-272. Viitattu 31.3.2011.
<http://nsq.sagepub.com/content/17/3/268>
- Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC -luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu: 2.3.2011.
http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSIO_1_0_final_a.pdf
- STM. 2007. Opas Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2 31.1.2007. Viitattu 31.3.2011.
<http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>
- Tanttu, K. 2008. Sähköinen kirjaaminen tukee esimiesten päätöksentekoa. Premissi 2/2008, 27-29. Viitattu 31.3.2011. <http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/premissi/2008/2/29>
- Valvira. 2011. Potilasasiakirjat. Viitattu 9.10.2011.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat
- VSSH. 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (HoiData -hanke). Loppuraportti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 2.3.2011.
<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf>
- Wilskman, K., Koivukoski, S., Knuutila, M. & Isotalo, T. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee. Sairaanhoidaja 6-7/2007. Viitattu 9.10.2011.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2007/ajankohtaikirjoitus/sahkoinen_kirjaaminen_tulee/

Muut lähteet

- Ekström, A. 2006. Sähköinen kirjaaminen tuli taloon - kirjaamisen kehittäminen Kukonkallion vanhainkodissa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 43. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.

Sinivaara, M., Aschan, H. & työryhmä. Jorvin sairaalan kirjaamistyöryhmän loppuraportti. 2003. HYKS, Jorvin sairaala. Julkaisuja, Sarja B 02/2003.

Violainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Volotinen, L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Kuvalähteet

Otsoniterapia. 2008. Viitattu 29.5.2011. www.otsoniterapia.net/taudit/haavakuvat.htm

Kuviot

Kuvio 1: Hoitotyön prosessin vaiheet (mukaillen Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 56; deWit 2005, 44) ja säärihaavan konservatiivista hoitoa (Hietanen 2010) esimerkkinä käyttäen (haavakuvat: Otsoniterapia 2008.)	11
Kuvio 2: Hoitotyön ydintiedot (mukaillen STM 2007)	14
Kuvio 3: Esimerkkikuvio FinCC-luokituksen mukaisesta hierarkisuudesta hoidontarve- ja toimintoluokituksissa mukaillen Liljamoja, Kaakista ja Ensiota (2008)	15
Kuvio 4: Esimerkki hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta vyöruusupotilaan kivunhoidossa mukaillen Ensiota ja Sarantoa (2004) ja Haanpäättä (2010)	18
Kuvio 5: Auditoinnin tilaajan ja toteuttajan välisen auditointisopimuksen sisältö mukaillen Gingerichä (2002)	21
Kuvio 6: Kirjaamisen auditoinnin tulokset esitettynä pylväsdigrammina.....	29
Kuvio 7: Tutkimusprosessin eteneminen tammikuusta 2011 joulukuuhun 2011	35

Taulukot

Taulukko 1: FinCC-luokituksen pääkomponentit (19) mukaillen Liljamoja, Kaakista ja Ensiota (2008)	15
Taulukko 2: Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen arviointilomakkeen apukysymykset .	25
Taulukko 3: Kirjaamisen auditoinnin tulokset esitettynä taulukkona	28

Liitteet

- Liite 1. Kirjaamisen arviointilomake
- Liite 2. Kirjaamisen arvioinnin yhteenvetolomake
- Liite 3. Tutkimuslupahakemus
- Liite 4. Tutkimuslupapäätös
- Liite 5. Suostumuspyyntö kotihoidon asiakkailta

Liite 1. Kirjaamisen arviointilomake

LIITE 1

KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE

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

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

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

Kohta 8	Kyllä	tarve ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, tarpeena
	Ei	tarve ilmaistu hoitajan tekemisenä esim. potilaan tiedon tarve kontrolliajasta, jatkohoito, toimenpide
Kohta 9	Kyllä	tavoite ilmaistu potilaan tekemisenä, potilaan toiminta on kuvattu verbinä esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, potilaan tilanne pysyy ennallaan
	Ei	tavoite on ilmaistu hoitajan tekemisenä esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa
Kohta 10	Kyllä	toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tavoitteeseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen 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 taksilla, sai reseptit mukaan
Kohta 12	Kyllä	On kirjattu vähintään yhden auttamismenetelmän vaikutus potilaan näkökulmasta esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko
	Ei	On kirjattu auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa sen tuloksesta esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, mutta ei ole mainintaa autoiko se potilasta, keskusteltu ravitsemuksesta, mutta ei mainintaa, mikä oli keskustelun tulos

Liite 2. Kirjaamisen arvioinnin yhteenvetolomake

KIRJAAMISEN ARVIINTILOMAKE

arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma

(päättynyt hoitajaksoyhteenveto tai pkl-käynti), otos = 20 hoitotyön suunnitelmaa

Audititava osio/ hoitosuunnitelma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Σ	ka	
1 Tarve kirjattu																					0	0,00	
2 Tavoite kirjattu																					0	0,00	
3 Suunnitellut auttamismenettelmit kirjattu																					0	0,00	
4 Toteutus kirjattu																					0	0,00	
5 Tulos kirjattu																					0	0,00	
6 Tarve → tavoite																					0	0,00	
7 Tavoite → toteutus																					0	0,00	
8 Tarve = potilaan yksilöllinen																					0	0,00	
9 Tavoite = potilaan yksilöllinen																					0	0,00	
10 Toteutus = osa hoitosuunnitelmaa																					0	0,00	
11 Tulos vs. potilaan yksilöllinen tavoite																					0	0,00	
12 Auttamismenetelmän vaikutus kirjattu																					0	0,00	
13 Yhteenveto kirjattu hoitajaksesta																					0	0,00	
Σ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00

tuloksen arviointi

kokonaistulos

ei hyväksyttävä taso

0,00-4,99

heikko taso

5,00-6,99

tydyttävä taso

7,00-8,99

hyvä taso

9,00-10,99

kiitettävä taso

11,00-12,00

huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle

tarkista aseenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisoosaaminen ja tee kehittämissuunnitelma

varmistaa osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma

varmistaa osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma

varmistaa, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla

Jos kyseessä hoitajakso, niin minimitasoon kuuluu myös kohta 13, jolloin arviointitasoihin lisätään + 1

Liite 3. Tutkimuslupahakemus

 LAUREA - AMMATTIKORKEAKOULU							
Tutkimuslupahakemus							
Opinnäytetyön tekijät	Anne Lintunen, Elisa Makkonen, Ida Hiltunen, Ninamari Pitko						
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	anne.lintunen@laurea.fi , elisa.makkonen@laurea.fi ida.l.hiltunen@laurea.fi , ninamari.pitko@laurea.fi						
Organisaatio/yksikkö	Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohja						
Organisaation/yksikön yhteystiedot	Nummentie 6, 08100 Lohja (09) 8868 7800						
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma						
Opinnäytetyön ohjaaja	Outi Ahonen, Anne Makkonen						
Opinnäytetyön nimi	██████████ kotihoidon kirjaamisen hanke						
Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma	Rakenteisen kirjaamisen auditointi ██████████ ja ██████████ kotihoidossa						
Opinnäytetyön aineisto, menetelmät ja aikataulu	Määrällinen tutkimus satunnaisotannalla valittujen kotihoidon asiakkaiden hoitosuunnitelmien (yht. n=60) kirjaamisen laadusta Kailan & Kuivalaisen (2008) luoman auditointilomakkeen kriteerien mukaisesti heinäkuun-joulukuun 2011 aikana.						
Opinnäytetyön asiasanat	Hoitotyön kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, auditointi, kotihoito						
Tutkimussuunnitelman tiivistelmä liitteenä							
Paikka ja aika	██████████ 9.6.2011						
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset	<table border="0"> <tr> <td>  Ninamari Pitko </td> <td>  IDA HILTUNEN </td> </tr> <tr> <td>  Elisa Makkonen </td> <td>  ANNE LINTUNEN </td> </tr> <tr> <td>  Anne Makkonen </td> <td>  Outi Ahonen </td> </tr> </table>	 Ninamari Pitko	 IDA HILTUNEN	 Elisa Makkonen	 ANNE LINTUNEN	 Anne Makkonen	 Outi Ahonen
 Ninamari Pitko	 IDA HILTUNEN						
 Elisa Makkonen	 ANNE LINTUNEN						
 Anne Makkonen	 Outi Ahonen						
Opinnäytetyön ohjaajan/ohjaajien allekirjoitus/allekirjoitukset							
Tutkimuslupa on myönnetty	31.8.2011						
Paikka ja aika	██████████						
Allekirjoitus							
<p>Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemissa henkilöiden intimitetin ja anonymiteetin.</p>							

Liite 4. Tutkimuslupapäätös

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

PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ [REDACTED]

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Ikäihmisten palvelulinjajohtaja

07.09.2011

4 §

Oikaisuvaatimusohjeet

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) ja kunnan jäsen. Oikaisuvaatimus tehdään perusturvakuntayhtymä [REDACTED]

[REDACTED] Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisäännistä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näyteta, seitsemän päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisääntitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä ja siitä on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava.

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

Päätöksen nähtävänäpito Tämä päätös on nähtävänä 26.9.2011 virka-aikana.

Tiedoksianto asianosaisille ja muille

Pvm
7.9.2011

tiedoksiantotapa
postitse
sähköpostilla

kenelle
hakijat

Tiedoksiantaja

[REDACTED]
toimistos sihteeri

Liite 5. Suostumuspyyntö kotihoidon asiakkailta

Hyvä kotihoidon asiakas,

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

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

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

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

[REDACTED]

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

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

Allekirjoitus ja nimenselvennys