

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2011

Iira Tamminen & Oona Vuorinen

KOTIHOIDON RAKENTEISEN KIRJAAMISEN TILA TURUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA

– loppumittaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Marraskuu 2011 | 38 sivua + 8 liitesivua

lira Tamminen & Oona Vuorinen

KOTIHOIDON RAKENTEISEN KIRJAAMISEN TILA TURUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA

Tutkimuksen tarkoitus on suorittaa kirjaamisen tilan loppumittaus Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa. Se on osa vuosien 2008 – 2011 välisenä aikana tapahtunutta hanketta Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käytäntöön implementointi Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Hankkeessa tarkastellaan miten rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on osoittaa kotihoidon rakenteisen kirjaamisen ongelmat ja esittää kehitysehdotuksia mahdollisiin ongelmiin. Tutkimus on ajankohtainen, koska laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159) edellyttää siirtymään rakenteiseen kirjaamiseen vuoteen 2011 mennessä.

Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Menetelmänä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia, sekä valmista sisällönanalyysirunkoa, joka on ollut käytössä myös edellisissä tutkimuksissa. Tutkimusaineistona käytettiin 40 kotihoidon asiakkaan hoitotyön kirjaamisen kokonaisuuksia kevään 2011 ajalta. Kirjaukset käytiin läpi valmiin analyysirungon mukaisesti, jonka jälkeen tulokset syötettiin SPSS Statistics 19.0 – ohjelmaan.

Tutkimustulosten mukaan tavoitteiden oikeamuotoinen kirjaaminen on parantunut huomattavasti hankkeen alusta. Vaikka ohjauksen maininnan kirjaaminen oli laskenut hankkeen aikana, niin ohjauksen aiheen maininnan ja ohjauksen ymmärtämisen arvioinnin kirjaaminen oli noussut. Eniten huomattavaa laskua hankkeen aikana oli tapahtunut asiakkaan oman näkemyksen kirjaamisessa. Tutkimustulosten mukaan Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidon kirjaaminen ei ole juuri muuttunut hankkeen aikana. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyväksi Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidon kirjaamisen laadun parantamisessa ja kirjaamisen kehittämisessä. Erityisesti arvioivan kirjaamisen sekä hoitosuunnitelmien teon ja päivittämisen tärkeydestä tulee muistuttaa hoitajia.

ASIASANAT:

hoitotyö, kotihoito, kirjaaminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing | Registered Nurse

November 2011 | 38 pages + 8 appendices

lira Tamminen & Oona Vuorinen

THE STATE OF STRUCTURED DOCUMENTATION IN HOME HEALTH CARE IN TURKU MUNICIPAL HEALTH CARE AND SOCIAL SERVICES DEPARTMENT

The purpose of this study was to perform the final evaluation of the state of structured documentation in home health care in Turku Municipal Health Care and Social Services Department. It is a part of the project during 2008-2011 which shows how the structured documentation has developed in practice nursing. The aim of this thesis is to show weaknesses of structured documentation in home health care and introduce suggestions of development on possible problems. The study is topical because the law of department of health care and social services (2007/159) requires bringing the structured documentation into use by the year 2011.

The study is quantitative. Deductive content analysis was used as a method in this study. The frame of content analysis was also used in this study as it has been used in previous studies. The material consisted of 40 patient records of home health care clients which were selected during the spring 2011. All patient records were reviewed using the frame of content analysis and after that the results were inputted in SPSS Statistics 19.0 program.

According to the results of this study, right formed documentation of aim of treatment has improved significantly from the beginning of the project. Although the mention of guidance was documented decreasingly during the project, the mention of subject and clients' understanding on guidance both increased. The most significant decrease during the project occurred on documenting the client's own point of view. According to the results there haven't been significant changes in structured documentation in home health care. The results of this study can be used in home health care in Turku to improve quality of nursing documentation and to develop documentation. In particular, it's important to emphasize importance of evaluative documentation and importance of updating treatment plans on nurses.

KEYWORDS:

nursing practice, home health care, nursing documentation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 HOITOTYÖN SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN	7
2.1 Hoitotyön valtakunnalliset kehittämishankkeet	7
2.2 Rakenteinen kirjaaminen ja luokitusjärjestelmät	7
2.3 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen	9
2.4 Systemaattinen kirjaaminen	11
2.5 Kirjaamisen merkitys.....	12
3 KOTIHOITO	14
3.1 Kotihoidon ominaispiirteitä	14
3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	15
3.3 Kotihoidon kirjaaminen.....	16
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	18
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	19
5.1 Tutkimusmenetelmä	19
5.2 Tutkimusaineisto ja aineiston analysointi.....	19
6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	21
7 TULOKSET	23
7.1 Taustatiedot	23
7.2 Hoidon tarve	24
7.3 Hoitotyön tavoitteet	26
7.4 Hoitotyön toiminnot ja arviointi	27
7.5 Asiakkaan oman näkemyksen kirjaaminen.....	30
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	33
LÄHTEET	37

LIITTEET

Liite 1. Sisällönanalyysirunko

KUVAT

Kuva 1. FinCC-luokitukset

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Kuva 2. Hoidon tarveluokituksen ja hoidon toimintoluokituksen komponentit

Virhe.

Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

KUVIOT

Kuvio 1. Asiakkaan aikaisemmasta terveydentilasta on kirjattu	23
Kuvio 2. Tarpeet ja ongelmat eriteltyinä	24
Kuvio 3. Tavoitteiden oikeamuotoisuus	25
Kuvio 4. Opetuksen/ohjauksen kirjaaminen	27
Kuvio 5. Asiakkaan oman käsityksen/näkemyksen kirjaaminen	30

TAULUKOT

Taulukko 1. Hoitokertomusten määrä ja asiakkaiden ikä	22
Taulukko 2. Hoitotyön toiminnot hoitosuunnitelmassa	26

1 JOHDANTO

Hoidon rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon etenemisen kuvailemista hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan sähköisessä potilastietojärjestelmässä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010). Kirjaamisessa käytettävät ydintiedot ovat valtakunnallisesti määritellyjä keskeisiä hoitotietoja. Termistöillä, kuten luokituksilla ja sanastoilla, kuvataan ydintietoja, jotka koostuvat hoidon tarpeesta, toiminnoista, tuloksista, hoitoisuudesta ja yhteenvedosta. (Saranto ym. 2008, 96.)

Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok) käynnistyi vuonna 2005 ja päättyi 2007. Sen tarkoituksena oli kehittää kansallisesti yhtenäinen, systemaattinen hoitotyön kirjaamismalli. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.) Hanketta seurasi Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (HoiData), joka käynnistyi vuonna 2007 ja päättyi 2009. Sen tavoitteena oli tuoda käytäntöön edeltäneen hankkeen kehittänyt hoitotyön systemaattinen, rakenteisista ydintiedoista muodostuva kirjaamismalli. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009.)

Turun sosiaali- ja terveystoimi ja Turun ammattikorkeakoulun terveysalan tulosalue ovat aloittaneet vuonna 2008 yhteisen hankkeen Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käytäntöön implementointi Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Hankkeen tavoitteena on parantaa kirjaamisen laatua ja siten myös käytännön hoitotyötä. Lisäksi sillä pyritään yhtenäistämään kirjaamista. Aihe on tärkeä, koska tällä voidaan muuan muassa edistää potilaiden hoidon jatkuvuutta.

Tutkimuksen tarkoituksena on suorittaa kirjaamisen tilan loppumittaus Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa. Se on osa vuosien 2008 – 2011 välisenä aikana tapahtunutta hanketta, jossa tarkastellaan miten rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on osoittaa kotihoidon rakenteisen kirjaamisen ongelmat ja esittää kehitysehdotuksia mahdollisiin ongelmiin.

Kirjaamista on pyritty kehittämään Sosiaali- ja terveystoimessa muun muassa järjestämällä koulutusta koko henkilökunnalle ja käymällä kirjaamisvastaavien johdolla keskustelua kirjaamisen ongelmakohtista sekä kirjaamisen linjauksista.

2 HOITOTYÖN SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN

2.1 Hoitotyön valtakunnalliset kehittämishankkeet

Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok) käynnistyi vuonna 2005 ja päättyi 2007. Hanketta toteutettiin eri puolilla Suomea, yhteensä 106 toimipisteessä. Sen tarkoituksena oli kehittää kansallisesti yhtenäinen, systemaattinen hoitotyön kirjaamismalli perustuen kansallisesti määriteltyihin ydintietoihin. Kirjaaminen muodostuu rakenteisista ydintiedoista, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoitotyön tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Hankkeen pohjalta on kehitetty kirjaamismalli perustuen hoitotyön ydintietoihin sekä FinCC-luokituksiin (Finnish Care Classification). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.)

Edeltänyttä hanketta seurasi Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (HoiData), joka käynnistyi vuonna 2007 ja päättyi 2009. Hankkeen toteutus tapahtui Suomessa yhteensä 32 terveydenhuollon organisaatiossa. Sen ensisijaisena tavoitteena oli tuoda käytäntöön edeltäneen hankkeen kehittänyt hoitotyön systemaattinen, rakenteisista ydintiedoista muodostuva kirjaamismalli. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009.) Kirjaamismallin käyttöönoton seurauksena hoitotyön kirjaamisessa on tapahtunut kehitystä muualla Euroopassa, mikä on johtanut hoitotyön toteutumiseen laadukkaampana (Müller-Staub ym. 2007, 5-17).

2.2 Rakenteinen kirjaaminen ja luokitusjärjestelmät

Kirjaaminen muodostuu tiedoista, joita kuvataan suomalaisella hoitotyön luokitusjärjestelmällä (FinCC) sekä niitä selventävillä teksteillä. Ne pitävät sisällään hoitoprosessin mukaisen kotimaisen hoitotyön tarveluokituksen (SHTaL 2.0.1), toimintoluokituksen (SHToL 2.0.1) ja tulosluokituksen (SHTuL 1.0) (Kuva 1). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.)

Finnish Care Classification (FinCC)		
SHTaL 2.0.1	SHToL 2.0.1	SHTuL 1.0
Hoidon tarve	Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset

Kuva 1. FinCC-luokitukset

Näitä luokituksia käytetään potilaan hoidon kirjaamiseen. Kumpaakin luokitusta on mahdollista käyttää erikseen, kuitenkin suurin hyöty saavutetaan käyttämällä niitä yhdessä. Hoidon tarveluokitus ja hoitotyön toimintoluokitus koostuvat 19 komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta (Kuva 2). Jokainen komponentti sisältää pää- ja alaluokkia. Suomalaiset hoitotyön toimintoluokitukset ja hoidon tarveluokitukset perustuvat kansainväliseen Clinical Care Classification (CCC) – luokitukseen. (Liljamo ym. 2008, 4.) Luokituksen kehittämisen taustalla on ollut pyrkimys luoda täysin riippumaton mittari kuvaamaan hoitotyön tarvetta (Hägg ym. 2007, 101–102). Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli on kehitetty lukuisten tutkimus- ja kehittämishankkeiden, asiantuntijasekä käyttäjäpalautteiden nojalla (Liljamo ym. 2008, 4).

Hoidon tarveluokitus (SHTaL 2.0.1) ja hoidon toimintoluokitus (SHToL 2.0.1)	
Aineenvaihdunta	Nestetasapaino
Aistitoiminta	Psyykinen tasapaino
Aktiviteetti	Päivittäiset toiminnot
Elämänkaari	Selviytyminen
Erittäminen	Ravitsemus
Hengitys	Terveyskäyttäytyminen
Jatkohoito	Terveyspalvelujen käyttö
Kanssakäyminen	Turvallisuus
Kudoseheys	Verenkierto
Lääkehoito	

Kuva 2. Hoidon tarveluokituksen ja hoidon toimintoluokituksen komponentit

Kirjaamisen sisältö rakenteistetaan luokituksilla niin, että komponentti kuvastaa kirjattavaa asiaa. Tarve- ja toimintoluokitusten komponentit jakaantuvat pää- sekä alaluokkiin ja vapaamuotoinen kirjaaminen tulee valitun pää- tai alaluokan jälkeen. Hoidon suunnitteluvaiheessa hoidon tavoitteiden kirjaamisessa käytetään tarveluokituksen komponenttia, kun taas hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa käytetään hoitotyön toimintoluokitusta (FinnCC). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009.)

Käytettyjen hoitotyön toimintojen tulisi olla näyttöön perustuvia. Tavoitteena on, että hoidon tavoitteet ja toteutus kohdentuvat luokituksesta valittuun hoidon tarpeeseen, kuin myös hoitajakson aikana tai päättyessä kirjattava hoidon arviointi. Tällöin hoidon tulos eli hoitotyön toimintojen vaikutus hoidon tarpeeseen arvioidaan luokituksen avulla. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009.)

Hoitotyön kirjaamisessa rakenteisuutta tarvitaan sekä hoitotietojen kirjaamisessa että kirjattujen tietojen esittämisessä. Potilaan hoitotietojen kirjaamisen yhtenäisyys helpottaa tiedon löydettävyyttä, käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.)

2.3 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen

Hoidollisen päätöksenteon vaiheina pidetään hoidon tarpeen määrittämistä, hoidon suunnittelua, hoidon toteutusta ja hoidon arviointia (Liljamo ym. 2008, 4). Kotihoidossa näitä vaiheita on käytetty eräänlaisena prosessimallina hoitotyön kirjaamisen kehyksenä. Mallin avulla hoitotyön kirjaamista on helpompi jäsenellä ja tarkastella. (Ikonen & Julkunen 2007, 119.)

Hoidon tarpeella tarkoitetaan potilaan terveydentilaan liittyviä ongelmia, joihin voidaan vaikuttaa hoitotoiminnoilla. Hoidon kannalta merkitykselliset tarpeet tulee kirjata potilaskertomukseen. Tarpeen määrittäminen on potilaan ongelmien kartoittamista potilaslähtöisesti. Hoitajan tulee sekä havainnoida että ennakoida lisäksi mahdollisia ja todennäköisiä ongelmia silloin kuin potilas itse ei osaa tai pysty. (Liljamo ym. 2008, 8.) Hoidolle asetettavia tarpeita vastaa aina jokin tavoite. Hoidon tavoitteet asetetaan jo hoidon suunnitteluvaiheessa samoin kuin odotetut hoidon tulokset. Hyvä tavoite on

kirjattu potilaslähtöisesti. (Hyvärinen & Väätäinen 2008; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009.)

Hoitotyön toiminnot kuvaavat potilaan hoidon suunnittelua sekä toteutusta, jotka auttavat tavoitteiden saavuttamisessa. Kirjattaviksi katsotaan hoidon kannalta merkitykselliset hoitotyön toiminnot, joilla hoitajat pyrkivät vastaamaan hoidon tarpeeseen. Potilaan seuranta ja tarkkailu on tärkeä osa hoitotyön toimintaa. Hoitajalta vaaditaan päätöksentekokykyä ja kykyä erotella olennaiset ja epäolennaiset asiat toisistaan. (Liljamo ym. 2008, 8.) Hoidon tulokset kertovat potilaan voinnin kehitymisestä, jota arvioidaan asteikolla parantunut, ennallaan tai huonontunut (Hyvärinen & Väätäinen 2008; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009). Potilaan vointia arvioidaan tapauskohtaisesti suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon (Liljamo ym. 2008, 8-11). Arvioinnin tekemistä helpottaa, kun kirjaukset on tehty hoitoprosessin vaiheiden mukaan ja mahdollisimman tarkasti (Ikonen & Julkunen 2007, 108).

Hoitotyön yhteenveto sisältää keskeisimmät hoitotyön prosessin mukaiset ydintiedot hoitajakson ajalta, joita on mahdollista täsmentää käyttäen pää- ja alaluokkia sekä vapaatekstejä. Yhteenvetoon siirtyy automaattisesti potilaskertomuksen moniammatillisesti yhteiset tiedot kuten potilaan henkilötiedot, hoitajakso ja tulotilanne. Yhteenveto on hyödyllinen sekä seuraavia hoitajaksoja että jatkohoitoa ajatellen. (Hyvärinen & Väätäinen 2008; Liljamo ym. 2008, 11; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009.)

2.4 Systemaattinen kirjaaminen

Systemaattisesta kirjaamisesta puhuttaessa tarkoitetaan potilaan hoidon sähköistä kirjaamista hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä tekstistä. Systemaattisuutta voidaan lisätä jäsentämällä tekstejä. Hoitotyön kirjaamisen sisällön jäsentämisessä on tärkeää kehittää ja edistää sellaisten termistöjen käyttöä, jotka kuvaavat mielekkäästi hoitotoimintaa ja jotka tekevät mahdolliseksi tiedon jatkokäytön. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.)

Tutkimustulosten mukaan sähköiset potilaskertomukset ovat yhtenäisiä ja selkeitä. Kirjaukset ovat näin helposti saatavilla ja edistävät hoitotyötä helpottamalla hoitajien työtä. (Menke ym. 2001.) Suulliseen raportointiin käytettävää aikaa voidaan vähentää hyvän kirjaamisen avulla. Hoidon jatkuvuutta turvataan täsmällisen hoitosuunnitelman turvin. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.)

HoiData -hankkeen aikana siinä mukana olleille tahoille tehtiin kysely, jossa kysyttiin hoitotyön systemaattisen kirjaamisen ja sen käyttöönoton vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia. Siinä kysyttiin myös hoitotyön tietojen luettavuudesta, päällekkäisestä kirjaamisesta hoitokertomuksessa, kirjaamisen ajankäytöstä sekä tietojen hyödynnettävyydestä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 12–13.)

Kyselyn tuloksien mukaan merkittävimpana vahvuutena koettiin hoitotyön potilaslähtöisyys, suunnitelmallisuus ja loogisuus. Osa vastanneista koki FinCC-luokituskokonaisuuden kuitenkin epäloogisena ja heikkoutena pidettiin myös käsitteiden tarkkuutta. Osa vastanneista näki luokituksen jopa vanhanaikaisena. Koska luokitus on vasta kehitteillä, tarvitaan jatkuvaa käyttäjäpalautetta tulevaisuudessakin. Palautteen avulla seuraavista versioista voidaan muokata käyttäjäystävällisempiä ja paremmin hoitotyön kirjaamista palvelevia. Mahdollisuutena vastaajat ilmoittivat tietojen hyödyntämisen toiminnan kehittämisessä. Ajan säästyminen potilastyöhön koettiin positiivisena mahdollisuutena, kunhan kirjaamisesta ensin tulee rutiinia. Uhkina mainittiin potilastietojärjestelmien hidas kehitys ja mahdollisesti koulutuksen väheneminen resurssien riittämättömyyden vuoksi. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 12–13.)

2.5 Kirjaamisen merkitys

Hoitotietojen kirjaamisessa on noudatettava lakeja ja asetuksia. Tämä tarkoittaa, että tietoa saavat oikeat henkilöt, oikealla hetkellä, tieto on ajankohtaista ja riittävässä laajuudessa. Lailla varmistetaan myös, että käytetään vain sellaisia tietoja, jotka ovat virheettömiä ja tarpeellisia. Hoitotyö perustuu tietoon, ja toiminnassa tiedon käyttö tallentaminen, välittäminen ja uudelleen käyttö on päivittäistä. Siksi tiedon tulee olla rajoituksetta ja viiveettä henkilökunnan käytettävissä. Tiedonhallinnalla on mahdollista tukea terveyttä maailmanlaajuisesti. Tiedonsaannin ollessa riittävää, voidaan potilaalle turvata potilasturvallisuus ja laadullisesti hyvä hoito. Potilaalla on kuitenkin yksityisoikeuden suoja, joka edellyttää, että tietoa luovutetaan, hankitaan ja käytetään ainoastaan sen verran, mikä on tarpeen hoidon kannalta. Henkilökunnan tulee pitää yllä ammattitaitoaan ja tuntea lainsäädännöt koskien potilaan oikeuksia. (Saranto ym. 2008, 35-40.)

Pelkän kokemustiedon tai muistista käytettyjen toimintatapojen mukaisesti ei tule toimia, vaan hoitotyön edellytetään perustuvan tutkimustiedon antamaan näyttöön. Toiminnan vaikuttavuus on pystyttävä osoittamaan, koska terveystalouksissa käytetään julkisia varoja. Hoitajien tulee olla tietoisia erilaisista tutkimustuloksista ja niiden vaikutuksesta hoitoon, koska potilaat edellyttävät sitä. Systemaattisella ajattelulla ja tiedonhaulla saadaan sopivinta tietoa ja voidaan sovittaa käytäntöön. Näyttöön perustuvan hoitotyön edellytyksinä ovat kriittinen ja selväjärkinen ajattelu, valmius hakea tietoa, taito arvioida tietoa kriittisesti ja kyky soveltaa tietoa yksilöllisesti. Potilasasiakirjojen käyttäjän on tiedettävä, miksi tietyt hoitoratkaisut on tehty, joten on tärkeää, että käytetään parasta tietoa mitä on saatavilla ja kirjataan millaiseen tietoon arviot perustuvat. Hoitoprosessin kirjaamisen laatu vaikuttaa sen pätevyyteen ja uskottavuuteen. Varsinainen päämäärä kirjaamisella on potilaan terveydentilan kohentuminen. (Saranto ym. 2008, 48-50, 52-54.)

Potilaslähtöinen kirjaamisrakenne perustuu kokonaisvaltaiseen näkemykseen potilaan tilasta, terveydestä ja sairaudesta (Saranto ym. 2008, 35). Potilaslähtöinen kirjaaminen on tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta (Laitinen ym. 2010, 489–497). Tarkoituksena on tuoda esiin potilaan oma näkemys ja kokemus sekä mahdollisimman monipuolisesti kuvattuna hoidon sisältö. Perustana on, että potilas saa kirjatuksi hänen itsensä

tärkeänä pitämät asiat ja kuinka hän haluaa hoidon toteutuvan. (Saranto ym. 2008, 38-40.) Kirjaamisen luotettavuus kuitenkin heikkenee, jos hoitohenkilökunta ei ole kirjannut kaikkia hoitotoimenpiteitä (De Marinis ym. 2010, 1544–1552). Hyvä kirjaaminen edellyttää, että hoitajat pystyvät tuottamaan laadukkaita kirjauksia, joissa ei käy ilmi erilaiset häiriötekijät, epäammattillinen kielenkäyttö tai keskeneräisyys (Cheevakasemsook ym. 2006, 366–374). Sähköinen rakenteinen kirjaaminen toimii hoitajan muistin apukeinona ja oppimisen välineenä potilastyössä (Lee ym. 2006, 1376–1382).

3 KOTIHOITO

3.1 Kotihoidon ominaispiirteitä

Kotihoidossa asiakkaina on hyvin erilaisia ihmisiä. Asiakkaat elävät erilaisissa oloissa, ovat eri-ikäisiä ja heidän odotukset, vaatimukset ja toiveet ovat erilaisia. Kotihoito poikkeaa muusta hoitotyöstä siten, että siinä mennään toisen ihmisen kotiin. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan toiveet on todella asetettava etusijalle. Kotihoidossa käytetäänkin termin potilas sijasta termiä asiakas. Tärkeimpänä tavoitteena kotihoidossa on ihmisen kotioloissa selviytymisen mahdollistaminen. Tämä onnistuu tukemalla toimintakykyä. (Mäkinen ym. 1997, 10.) Jotta kotisairaanhoido olisi laadukasta, tulisi sen perustua asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja myös edistää asiakkaan kuntoutusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Kotihoidon palveluiden tulisi vastata asiakkaan toiveisiin ja tarpeisiin perustuvaa palvelua (Ikonen & Julkunen 2007, 16).

Palveluihin ovat oikeutettuja ikäihmiset, sairaat ja vammaiset, mutta myös lapsiperheet voivat saada palveluja kriisitilanteissa tai sairaustapauksissa. Terveyskeskus on vastuussa kotisairaanhoidon järjestämisestä, ja kotipalvelun esimies päättää kotipalvelujen saannista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Kotihoidon tyypillisin asiakas on huonokuntoinen vanhus, iältään 75–84, joka tarvitsee apua fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi (Ikonen & Julkunen 2007, 131).

Vaikka hoitajan ja asiakkaan suhde voi olla läheinen, on omainen asiakkaan läheisin ihminen. Jotta hoitajan työ sujuisi ja asiakas voisi hyvin, on yhteistyö asiakkaan omaisen kanssa tärkeää. Vaikka yhteistyö omaisen kanssa voi joskus olla haastavaa, yhteistyöhön on aina pyrittävä juuri asiakkaan hyvinvoinnin vuoksi. Omaiset ovatkin kotihoidon suurin yksittäinen voimavara. (Mäkinen ym. 1997, 52.)

On yleistä, että kotihoidon asiakas tarvitsee sekä sairaanhoidollista, kodinhoidollista että taloudellista apua. Tärkeäksi muodostuu yhteistyö muiden ammattilaisten, omaisten ja läheisten kanssa. Näin kotihoidon asiakas saa asiantuntivimman avun, kun sitä itse tarvitsee ja työntekijän ei tarvitse yksin ratkaista kaikkia ongelmia. Yhteistyö monien eri ihmisten kanssa edellyttää ajattelutapaa, jossa emme pyri työskentelemään yksin vaan muiden kanssa yhteistyössä. Sairaanhoidajan tehtäviin kotihoidossa kuuluu muun muassa hoitotyön kokonaisuudesta vastaaminen, asiakkaan ja omaisen

ohjaaminen, hoitotyön prosessiin osallistuminen ja hoitotyön kehittäminen. (Mäkinen ym. 1997, 32–36.) Hoitajan ydinosaamiseen kuuluu vuorovaikutus- ja viestintätaidot, ammattieettiset taidot sekä itsensä ja kotihoitotyön kehittämisen taidot (Ikonen & Julkunen 2007, 145).

Ammattieettinen työote auttaa hoitajaa ohjaamaan, tekemään valintoja ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa. Etiikka koostuu ihanteista, periaatteista ja arvoista. Eettisyydellä kotihoidossa tarkoitetaan kykyä pohtia ja tunnistaa omaan toimintaan ja työhön yhdistyviä moraalisia kysymyksiä ja perusteluja niille. Pitää olla sekä halua että kykyä toimia eettisten arvojen ja periaatteiden mukaisesti. Kotihoidossa hoitajat tekevät asiakkaaseen ja myös tämän omaiseen liittyviä päätöksiä. Hoitaja sekä osallistuu asiakkaan arkisiin päätöksiin että tekee päätöksiä asiakkaan puolesta. Päätöksiin osallistuessa on tärkeää muistaa, että hoitajalla ei ole lupa loukata asiakkaan ihmisarvoa tai itsemääräämisoikeutta. Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä on säädetty, että terveydenhuollon ammattilaisten pitää soveltaa yleisesti perusteltuja ja hyväksytyjä menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Potilaan asemasta ja oikeuksista määräävässä laissa keskeisimpiä oikeuksia on itsemääräämisoikeus ja tiedonsaantioikeus sekä oikeus inhimilliseen kohteluun ja hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Ikonen & Julkunen 2007, 156–158.)

Lait, jotka koskevat kotihoidon hallintokokeilua, tulivat voimaan 1.1.2005, mikä on mahdollistanut kokeilun, jossa vanhusten sosiaali- ja terveystalvueluista voi huolehtia kunnan yksi monijäseninen toimielin. Tämä on mahdollistanut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen uudeksi tehtäväalueeksi, kotihoidoksi. Yhdistymisellä voidaan tehostaa ja parantaa toimintaa. (Kuntatiedon keskus 2008.) Turussa kotihoito on jaettu 21 alueelliseen lähipalvelualueeseen. Niiden toiminnasta vastaa palveluesimies. (Sosiaali- ja terveystoimi 2009.)

3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Kotihoidossa laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, ja sen toteutumista seurataan ja mikäli palvelujen tarpeet muuttuvat, se tarkistetaan (Sosiaali- ja terveystministeriö 2010). Tavoitteena palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisessa on luoda asiakkaalle joustava, saumaton, yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin perustuva palvelukokonaisuus (Päivärinta & Haverinen 2002, 5). Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on edistää ja tukea asiakkaan kotona asumista, palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä sekä

asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtettä. Jotta hoito- ja palvelusuunnitelma olisi hyvä, sen laadinnassa tulisi yhdistyä työntekijän asiantuntemus, palvelumahdollisuudet sekä asiakkaan tarpeet ja toiveet. (Ikonen & Julkunen 2007, 101.)

Kun palvelu- ja hoitosuunnitelma on hyvin laadittu, voidaan sillä ehkäistä asiakkaan elämänlaadun ja toimintakyvyn heikentymistä niiltä osin, mihin palveluilla, ohjauksella, tuella ja hyvällä hoidolla voi vaikuttaa. Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain mukaan asiakas, joka tarvitsee säännöllisiä tai toistuvia palveluja, on laadittava palvelu- tai muu vastaava suunnitelma asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä. Oman elämänsä asiantuntijana asiakas on oman mielipiteensä ilmaisevana työntekijän olennaisin yhteistyökumppani. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5.) Kärkkäisen ja Erikssonin (2003, 203) tutkimuksen mukaan asiakkaan omaa näkemystä hoidosta ei oteta huomioon riittävässä määrin, edes hoitosuunnitelmaa laadittaessa.

3.3 Kotihoidon kirjaaminen

Kotihoidon asiakkaan hoidossa olennainen osa on potilastietojen käsittely. On tärkeää noudattaa annettuja säädöksiä ja tarkempia ohjeistuksia potilasasiakirjojen säilyttämisessä ja laatimisessa. Kun hoitoa suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan, on potilaskertomus tärkeä työväline. Potilaskertomuksessa tulee edetä aikajärjestyksessä ja sen tulee sisältää perustiedot, merkinnät kotihoitokäynneistä ja osastojaksoista. Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä terveydenhuollon ammattihenkilöt siltä osin kun ovat osallistuneet hoitoon. Myös opiskelijat voivat tehdä merkintöjä asiakkaan kirjauksiin, jos he ovat osallistuneet asiakkaan hoitoon harjoitteluoppimisjaksolla. Mikäli opiskelija on tehnyt kirjauksia, hyväksyy ne esimerkiksi ohjaaja. Potilaskertomuksessa on aina oltava näkyvissä kirjauksen tehneen nimi ja asema. Kirjauksen pitää olla tallennettua tietoa, joka perustelee tai oikeuttaa potilaan hoidon tai todistaa hoidon vaikuttavuuden. Laadukkaan hoitotyön ja asiakasturvallisuuden kannalta on huolellinen kirjaaminen erityisen tärkeää. (Ikonen & Julkunen 2007, 117–118.)

Kotihoidon kirjaaminen koostuu kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelmasta ja käyntikohtaisista kirjauksista. Käyntikohtaisissa kirjauksissa tulee olla hoitotoimet sekä huomioita asiakkaan tilanteesta kokonaisuudessaan. Kotihoidon kirjaamisessa käytetään hoitotyön prosessimallia, jonka osana ovat hoidon tarpeen arviointi sekä suunnittelu, toteutus ja arviointi, sekä myöhemmin mukaan tullut hoitotyön diagnoosi.

Näiden avulla voidaan jäsentää hoidon kirjaamista kotihoidon asiakkaalla. Hoitotyön toteutuksen lisäksi on kirjattava hoidon aikana esille tulleet asiat, esimerkiksi onko asiakkaan kohdalla ilmennyt jotakin erityistä ja myös jos hoitoa koskevia päätöksiä on tehty. Tehdyn hoitotyön lisäksi on tärkeää kirjata myös asiakkaan voimavarat, kokemukset hoidosta, voinnin muutokset sekä terveydentila. Myös lääkärinmääräykset on muistettava kirjata. (Ikonen & Julkunen 2007, 119.)

Jos hoitotyön kirjaamisessa ilmenee ongelmia, liittyvät ne yleensä epätasällisyyteen, puutteellisuuteen, epäjohdonmukaisuuteen, epäsäännöllisyyteen tai tulkinnallisuuteen, jolla tarkoitetaan muun muassa kirjauksissa runsaiden termien käyttöä. Myös kirjauksien rinnakkaisuus ja päällekkäisyys ovat olleet ongelmana. Jotta kotihoidon kirjaaminen olisi hyvää, tulee kirjauksien avulla turvata asiakkaan hoito ja kirjaamisen tulee olla myös asiasisältöistä, luotettavaa ja yksityiskohtaista ja tietoa tulee tallentaa ja vertailla. Vuoden 2007 loppuun mennessä terveydenhuoltoa velvoitettiin siirtymään elektroniseen sairauskertomukseen. Elektronisesta kirjaamisesta on muun muassa se hyöty, että asiakkaan tiedot ovat helposti haettavissa ja löydettävissä ja niitä voidaan yhdistellä ja tilastoida helposti. Hoitajille elektroninen kirjaaminen asettaa uusia haasteita, koska se edellyttää systemaattisuutta kirjaamisessa. (Ikonen & Julkunen 2007, 119–120.) Elektroninen kirjaaminen auttaa hoitajia kirjaamaan jäsennellympää ja loogisesti rakentuvampaa hoitokertomusta (Bernhart-Just ym. 2010, 345–352). On tärkeää, että hoitotyön kieli on käsitteellisesti selkeää ja yhteisistä termeistä on sovittu. Tämä on mahdollista, kun kirjaukset tallennetaan rakenteisesti. (Ikonen & Julkunen 2007, 120.) Kirjaaminen rakenteisesti edistää yhtenäisen hoitotyön kielen käyttämistä (Kennedy ym. 2007, 58–79).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus on suorittaa kirjaamisen tilan loppumittaus Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa. Se on osa vuosien 2008 – 2011 välisenä aikana tapahtunutta hanketta, jossa tarkastellaan miten rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt hoitotyössä.

1. Millainen on kirjaamisen tila kotihoidossa?
2. Miten kirjaaminen on kehittynyt kotihoidossa hankkeen aikana?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Havaintoaineisto on siis soveltuva numeeriseen mittaamiseen, joka voidaan esitellä erilaisten taulukoiden ja kaavioiden avulla (Hirsjärvi ym. 2010, 139–140). Tutkimuksessa käytetty mittari eli sisällönanalyysirunko sisälsi kysymyksiä muun muassa asiakkaan tarpeista, tavoitteista ja toiminnoista, joista osa oli esitetty avokysymysten muodossa.

Tämän tutkimuksen aineiston analysoinnissa käytetään deduktiivista sisällönanalyysiä. Tämä tarkoittaa sitä, että aikaisemman tiedon pohjalta luotua kehystä käytetään aineiston analysoinnissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Deduktiivinen sisällönanalyysi perustuu johdonmukaisiin sääntöihin tarkasteltavasta tapauksesta (Janhonen & Nikkonen 2003, 24). Aineiston analysoinnissa käytettävä sisällönanalyysirunko on lopussa liitteenä (LIITE 1). Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuoda tutkittavien tapausten väliset suhteet selkeästi esiin. Dokumenteista tehtäviä havaintoja voidaan analysoida systemaattisesti käyttämällä sisällönanalyysiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

5.2 Tutkimusaineisto ja aineiston analysointi

Tutkimusaineistona on käytetty 40 kotihoidon asiakkaan hoitotyön kirjauksen kokonaisuuksia, jotka kerättiin keväällä 2011. Tutkimuksessa käytettävä aineisto on tulostettu Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidon kirjauksista 1.2. – 31.3.2011 välisenä aikana, jonka jälkeen se saatiin analysoitavaksi. Hoitokertomukset valittiin systemaattisesti ja kertomuksia valittiin tutkittavaksi yhteensä 40. Systemaattinen otanta tarkoittaa sitä, että jos potilaita on listassa yhteensä 200, niin 40 potilaan otokseen heistä otetaan joka viides eli 200:40. Kunkin potilaan kirjaukset on tulostettu hoitojakson alusta sen loppuun. Jokaiselta lähipalvelualueelta on suunnilleen sama määrä kirjauksia.

Aineiston saamisen jälkeen aineistot luettiin ensin kertaalleen läpi, jonka jälkeen ne analysoitiin yhdessä. Kirjaukset käytiin läpi yksitellen käyttäen apuna

sisällönanalyysirunkoa. Samaa sisällönanalyysirunkoa käytettiin myös edellisissä tutkimuksissa ja sen käyttöön saatiin ohjausta. Saatuja tuloksia verrattiin keskenään ja aineisto käytiin vielä toisen kerran läpi tulosten virheiden välttämiseksi. Analysoinnin jälkeen tulokset syötettiin SPSS Statistics 19.0 – tilasto-ohjelmaan. Omia tuloksia verrattiin kevään ja syksyn 2009 tuloksiin. Vuoden 2008 tulokset pois laskettiin vertailusta, koska tuloksia ei ollut saatavilla.

Tilastollisista menetelmistä apuna käytettiin frekvenssi- ja prosenttilukkoita. Tuloksista laskettiin keskiarvoja ja vaihteluvälejä. Vertailutulokset on kuvailtu sekä sanallisessa että taulukko- ja kaaviomuodossa. Vertailulla saatiin tietoa kirjauksen kehityksestä sekä nykytilasta Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Hoitotieteen tutkimuksessa yhtenä keskeisenä asiana on luotettavuus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi mittaamisen avulla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeimpiä asioita on käytetyn mittarin luotettavuus, ja tutkimustulokset ovatkin yhtä luotettavia kuin tutkimuksessa käytetyt mittarit. Mittarin on oltava johdonmukainen ja mitattava aina samaa asiaa. Tällöin puhutaan mittarin reliabiliteetista. Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin mittarilla voidaan mitata tutkittavaa asiaa. Tutkimuksen luotettavuutta tulee tarkastella suhteessa tuloksiin, mikä tarkoittaa sisäistä ja ulkoista validiteettia. Ulkoisen validiteetin tärkein osa on tutkimustulosten yleistettävyyttä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206–211.) Tässä tutkimuksessa tulokset ovat yleistettävissä aikavälille, jolloin aineisto kerättiin.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää huomattavasti se, että kaikissa tutkimuksissa on käytetty samaa mittaria, eli tässä tapauksessa valmista sisällönanalyysirunkoa. Sisällönanalyysirungon pienet muutokset eivät vaikuta tutkimuksen luotettavuuteen, koska muutoksissa oli kyse kysymysten karsimisesta, ei muuttamisesta, joten ne eivät vaikuta lopullisiin tutkimustuloksiin. Luotettavuutta lisää myös se, että sisällönanalyysirungon kysymyksiä on käyty läpi henkilön kanssa, joka on ollut ohjaamassa myös edellisissä tutkimuksissa. Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty lisäämään sillä, että aineisto on analysoitu yhdessä kahteen kertaan, joten tässä tutkimuksessa tulkinnanvaraisuutta analysoijien välille ei ole muodostunut.

Tulkinnanvaraisuuden mahdollisuutta on pystytty vähentämään tässä tutkimuksessa analysoimalla aineisto yhdessä, mutta tulkinnanvaraisuutta voi olla kuitenkin eri tutkimusten välillä. Vaikka sisällönanalyysirunkoa on pyritty käyttämään samalla tavalla kuin edellisissä hankkeen tutkimuksissa, tulosten luotettavuus voi kuitenkin kärsiä, koska aineistoa on voitu tulkita eri tavalla. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että edellisessä tutkimuksessa on ollut myös 40 kirjausta, mutta toisaalta luotettavuutta vähentää se, että keväällä 2009 kirjauksia on ollut vain 20. Vaikka aineiston määrä on kaksinkertaistunut, on tutkimuksen otos silti pieni. Tämä vähentää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Aineistossa oli paljon kaksin- ja jopa kolminkertaisia samoja kirjauksia ja myös tyhjiä kirjauksia, jotka todennäköisesti johtuivat teknisistä syistä. Samat kirjaukset on laskettu mukaan vain kerran. Näistä syistä aineiston analysointi

vaikeutui ja vaikka aineisto on käyty läpi kahteen kertaan, heikentävät nämä luotettavuutta. Tulosten vertailuvaiheessa havaittiin edellisen tutkimuksen tuloksissa epäkohtia, ja tämän takia tuloksia jouduttiin tarkastelemaan ja joitain kohtia laskemaan uudelleen. Vaikka edellisen tutkimuksen tulokset onkin tarkastettu, voi tutkimuksen tuloksissa olleet epäkohdat vaikuttaa silti luotettavuuteen heikentävästi.

Tutkijan on otettava huomioon tutkimusentekoon liittyviä eettisiä kysymyksiä. Jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä, on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, sekä yleisesti hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita. (Hirsjärvi ym, 2010, 23.) Tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat henkilöllisyyden suojaaminen, vapaaehtoisuus sekä luottamuksellisuus (Backman ym. 2001, 39). Ihmisarvon kunnioittamisen on toimittava tutkimuksen lähtökohtana ja siksi itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on tärkeää (Hirsjärvi ym. 2010, 25). Tutkimusetiikan näkökulmasta merkittävää on se, ettei tutkimuksella vahingoiteta tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksesta saadun hyödyn on myös oltava suurempi kuin haitan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.)

Tutkimuslupaa haettiin sosiaali- ja terveystoimen tutkimus- ja kehitysyksiköstä. Sosiaali- ja terveystoimen hallintopäällikkö oli päätöksellään antanut luvan rajattujen potilastietojärjestelmän tietojen tulostamiseen opinnäytetyötä varten. Potilastietojen tulostamisesta huolehti Pegasos-pääkäyttäjä sovittujen otantakriteereiden mukaisesti. Potilaiden yksityisyyden varmistamiseksi kirjauksista poistetaan potilaiden identifiointitiedot ennen niiden lähettämistä analysoijille. Tutkimusten valmistuttua kirjatut palautetaan tutkimus- ja kehitysyksikköön, jossa ne hävitetään asianmukaisesti. Henkilötietolain (1999/523) tarkoituksena on suojata yksityisyyttä ja turvata henkilön perusoikeudet.

Tutkimusta varten tehtiin tiedonhaku Internet- lähteistä käyttäen kirjaston tiedonhakupäätelintä Nelliä, kansainvälistä kirjallisuusviitetietokanta PubMediä ja kotimaista viitetietokanta Mediciä. Hakusanoina on käytetty muun muassa kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, hoitotyö, kotihoito, nursing, home care, documentation ja structured documentation. Hakuja on tehty sekä suomen että englannin kielellä. Hakukriteerinä on pidetty sitä, että aineisto käsittelee hoitotyön kirjaamista tai kotihoitoa. Kotihoitoa ja varsinkin kotihoidon kirjaamista koskevia tutkimuksia oli vaikea löytää. Tutkimuksista valittiin aineistoksi ne, jotka olivat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja. Työhön valittiin kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia yhteensä yhdeksän.

7 TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Tutkimuksessa analysoitiin 40 kotihoidon asiakkaan hoitotyön kirjaamisen kokonaisuudet keväältä 2011. Tulokset on saatu syöttämällä ne SPSS – tilasto-ohjelmaa, jota on käytetty myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Tulokset ovat kuvattuina sanallisesti ja taulukko- ja kaaviomuodoissa. Tulokset esitetään sisällönanalyysirungon mukaisessa järjestyksessä. Tuloksissa esitetyt esimerkit ovat lainattu soveltaen hoitokertomuksista. Jos analysointivaiheessa tuloksien tarkastelemiseen tarvittiin hoitosuunnitelmaa, on niissä analysoitu vain 39 hoitotyön kirjaamisen kokonaisuutta, koska yhdestä puuttui hoitosuunnitelma. Tämän tutkimuksen tuloksia verrattiin kevään ja syksyn 2009 tuloksiin. Vertailusta jätettiin pois vuoden 2008 tulokset niiden huonon saatavuuden takia. Tämä tutkimus on käynnissä olevan hankkeen loppumittaus.

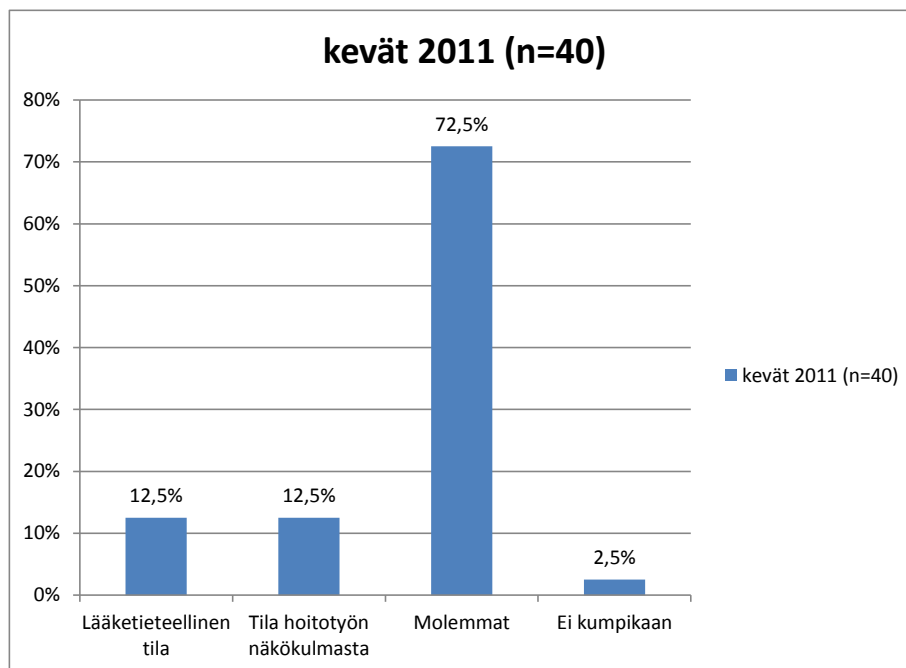
Kevään 2011 tutkimuksessa asiakkaat olivat iältään 50–98 -vuotiaita ja heidän keski-ikä oli 81 vuotta (Taulukko 1.). Naisia asiakkaista oli 20 ja miehiä 20.

Taulukko 1. Hoitokertomusten määrä ja asiakkaiden ikä.

	kevät 2009	syksy 2009	kevät 2011
Hoitokertomusten määrä	20	40	40
Asiakkaiden ikä	62-93	51-97	50-98

Keväällä 2011 asiakkaan aikaisempi terveydentila oli kirjattu tulotilanteessa 39 (98 %, n=40) asiakkaan kohdalla. Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa kotihoidosta oli analysoitu 20 asiakkaan hoitotyön kirjaamisen kokonaisuudet ja tuolloin asiakkaan aikaisempi terveydentila oli kirjattu 15 (75 %, n=20) asiakkaan hoitokertomukseen, kun taas syksyllä 2009 tehdyssä tutkimuksessa oli analysoitu 40 asiakkaan kirjaamiset ja asiakkaan aikaisempi terveydentila oli kirjattu 19 (47,5 %, n=40) asiakkaan hoitokertomukseen, eli asiakkaan aikaisemman terveydentilan kirjaaminen oli huomattavasti lisääntynyt kevääseen 2011 mennessä. Asiakkaiden aikaisemmasta

terveydentilasta oli kirjattu lääketieteellinen tila viidellä (12,5 %), tila hoitotyön näkökulmasta myös viidellä (12,5 %) ja molemmat 29 (72,5 %) asiakkaalla (n=40). Yhden (2,5 %) asiakkaan kohdalla ei ollut mainittu kumpaakaan. (Taulukko 2.). Lääketieteellistä tilaa tarkasteltaessa huomioitiin diagnoosit ja anamneesit ja hoitotyön näkökulmaa tarkasteltaessa huomioitiin taudin vaikutukset.



Kuvio 1. Asiakkaan aikaisemmasta terveydentilasta on kirjattu.

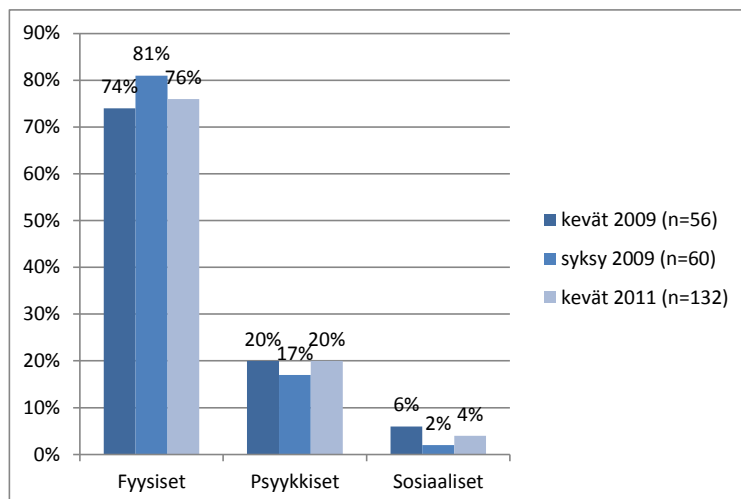
7.2 Hoidon tarve

Analysoiduissa kotihoidon kirjauksissa keväällä 2011 hoitosuunnitelma puuttui yhdeltä neljästäkymmenestä, kun taas keväällä ja syksyllä 2009 kotihoidon kirjauksissa kaikille asiakkaille oli laadittu hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa olevien tarpeiden/ ongelmien määrä keväällä 2011 oli yhteensä 132 ja määrä vaihteli 1-10 välillä asiakasta kohden. Keväällä 2009 hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa olevien tarpeiden/ongelmien määrä oli yhteensä 56 ja määrä vaihteli 1-7 välillä asiakasta kohden, ja syksyllä 2009 tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja

toteutuksessa oli yhteensä 60 ja määrä vaihteli 1-4 välillä asiakasta kohden. Tarpeiden/ongelmien keskiarvo hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa oli keväällä 2011 3,3, keväällä 2009 keskiarvo oli 2,8 ja syksyllä 2009 keskiarvo oli 1,5, eli kevästä 2009 kevääseen 2011 tarpeiden/ongelmien keskiarvo oli kaiken kaikkiaan noussut, vaikka syksyllä 2009 keskiarvo olikin hetkellisesti laskenut. Asiakkaan tarpeet/ongelmat oli kirjattu hoitosuunnitelmaan päivittäin ainakin jossain määrin yhdeksän (23 %, n=39) asiakkaan kirjauksiin. Keväällä 2009 asiakkaan tarpeet/ongelmat oli kirjattu päivittäin jossain määrin vain yhden (5 %, n=20) asiakkaan kirjauksiin, kun vastaavasti syksyllä 2009 asiakkaan tarpeet/ongelmat oli kirjattu päivittäin jossain määrin jopa 31 (73 %, n=40) asiakkaan kirjauksiin.

Keväällä 2011 määrällisesti eniten tarpeita/ongelmia asiakkaiden hoitosuunnitelmissa oli lääkehoidon (40 %), verenkierron (14 %) ja kudoseheyden (11 %) kohdalla (n=92). Lääkehoitoon liittyvien tarpeiden/ongelmien määrä oli myös keväällä 2009 ja syksyllä 2009 huomattavasti korkein. Eniten nousua oli tapahtunut kudoseheyteen ja aineenvaihduntaan liittyvissä tarpeissa/ongelmissa. Kudoseheys oli noussut kolmesta prosentista yhteentoista prosenttiin koko hankkeen aikana ja aineenvaihdunta oli noussut yhdestä prosentista yhdeksään prosenttiin hankkeen aikana. Eniten laskua oli tapahtunut aistitoimintoihin liittyvissä tarpeissa/ongelmissa. Keväällä 2009 aistitoimintoihin liittyviä tarpeita oli vielä 5,5 %, mutta syksyllä 2009 ja keväällä 2011 ei ollut enää yhtään. Myös terveystäytymiseen liittyvissä tarpeissa/ongelmissa oli muutoksia: syksyllä 2009 määrä oli vielä 8 %, mutta putosi kevääseen 2011 mennessä nolnaan prosenttiin. Analysoinnissa ei otettu huomioon yhden asiakkaan potilaskirjausta, jossa hoitosuunnitelmaa ei ollut ollenkaan.

Fyysisten tarpeiden määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa oli suurin (76 %), psyykkisiä tarpeita oli huomattavasti vähemmän (20 %) ja sosiaalisia tarpeita oli vähiten (4 %) (n=132) (Kuvio 2.). Fyysisten tarpeiden määrä nousi hetkellisesti syksyllä 2009, mutta laski keväällä 2011 lähes samalle tasolle kuin keväällä 2009. Psyykkisten tarpeiden määrä oli sitä vastoin laskenut syksyllä 2009, mutta nousi keväällä 2011 samalle tasolle kuin keväällä 2009. Sosiaalisten tarpeiden määrä on kaikissa tutkimuksissa ollut vähäinen, eikä niiden määrässä ole tapahtunut suuria muutoksia.



Kuvio 2. Tarpeet ja ongelmat eriteltyinä.

Voimavaroja oli kirjattu yhteensä viisi kertaa, kolmen (8 %, n=40) eri asiakkaan kohdalla.

Esim. Asiakas kykenee itse laittamaan injektion.

Asiakas pystyy itse huolehtimaan verensokerin mittaamisesta.

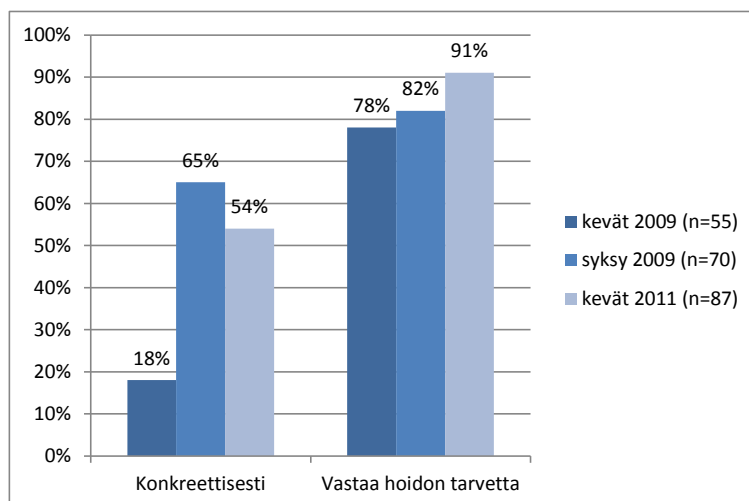
Hoidon tarpeen määrittelyssä mittareita oli käytetty vain yhden (2,5 %, n=39) asiakkaan kirjauksissa, kun taas keväällä 2009 mittareita oli käytetty neljän (20 %, n=20) asiakkaan kirjauksissa ja syksyllä 2009 kahden (5 %, n=40) asiakkaan kirjauksissa. Käytetty mittari keväällä 2011 oli MMSE.

7.3 Hoitotyön tavoitteet

Sekä keväällä 2011 ja syksyllä 2009 ainakin yksi hoitotyön tavoite oli laadittu 39:sta hoitotyön kirjauksista 37:ään (93 %), kun taas keväällä 2009 ainakin yksi hoitotyön tavoite oli kaikissa hoitosuunnitelmissa (100 %, n=20). Tavoitteita oli keväällä 2011 yhteensä 87 keskiarvon ollessa 2,1 tavoitetta asiakasta kohden. Keväällä 2009 tavoitteita oli yhteensä 55 keskiarvolla 2,8 ja syksyllä 2009 tavoitteita oli yhteensä 70 ja keskiarvo oli 1,8. Analysoinnissa ei otettu huomioon yhden asiakkaan potilaskirjausta, jossa hoitosuunnitelmaa ei ollut ollenkaan. Hoitotyön tavoitteet oli kirjattu päivittäin

hoitosuunnitelmaan ainakin jossain määrin kahdeksan (20 %, n=39) eri asiakkaan kohdalla. Keväällä 2009 tavoitteita oli kirjattu ainakin jossain määrin kahden (10 %, n=20) asiakkaan kohdalla ja syksyllä 2009 tavoitteita oli kirjattu jossain määrin jopa 32 (80 %, n=40) asiakkaan kohdalla.

Keväällä 2011 tavoitteista 47 (54 %, n=87) oli laadittu konkreettisenä asiakkaan voinnin tai käyttäytymisen muutosta kuvaavana. Keväällä 2009 tavoitteista vain 10 (18 %, n=55) oli laadittu konkreettisenä asiakkaan voinnin tai käyttäytymisen muutosta kuvaavana ja syksyllä 2009 vastaava luku oli 40 (65 %, n=70). Tavoitteista 79 (91 %) vastasi hoidon tarvetta, keväällä 2009 43 (78 %) tavoitetta vastasi hoidon tarvetta ja syksyllä 2009 vastaava määrä oli 65 (82 %). (Kaavio 3.)



Kuvio 3. Tavoitteiden oikeamuotoisuus.

7.4 Hoitotyön toiminnot ja arviointi

Keväällä 2011 suunniteltujen hoitotyön toimintojen määrä hoitosuunnitelmissa oli 151 ja hoitotyön toimintojen määrä vaihteli 1-24 välillä. Keskiarvoksi tuli 3,8 kirjausta asiakasta kohden. Keväällä 2009 hoitotyön toimintojen määrä hoitosuunnitelmassa oli 80, määrä vaihteli 1-14 välillä ja keskiarvoksi tuli 4,1 kirjausta asiakasta kohden. Syksyllä 2009 hoitotyön toimintoja oli 156, määrä vaihteli 1-10 välillä ja keskiarvoksi tuli 3,9 kirjausta asiakasta kohden. Tavoitteista 37:ään oli kirjattu ainakin yksi hoitotyön

toiminto. Keväällä 2009 kaikkiin tavoitteisiin oli kirjattu ainakin yksi hoitotyön toiminto. Analysoinnissa ei otettu huomioon yhden asiakkaan potilaskirjausta, jossa hoitosuunnitelmaa ei ollut ollenkaan. (Taulukko 2.)

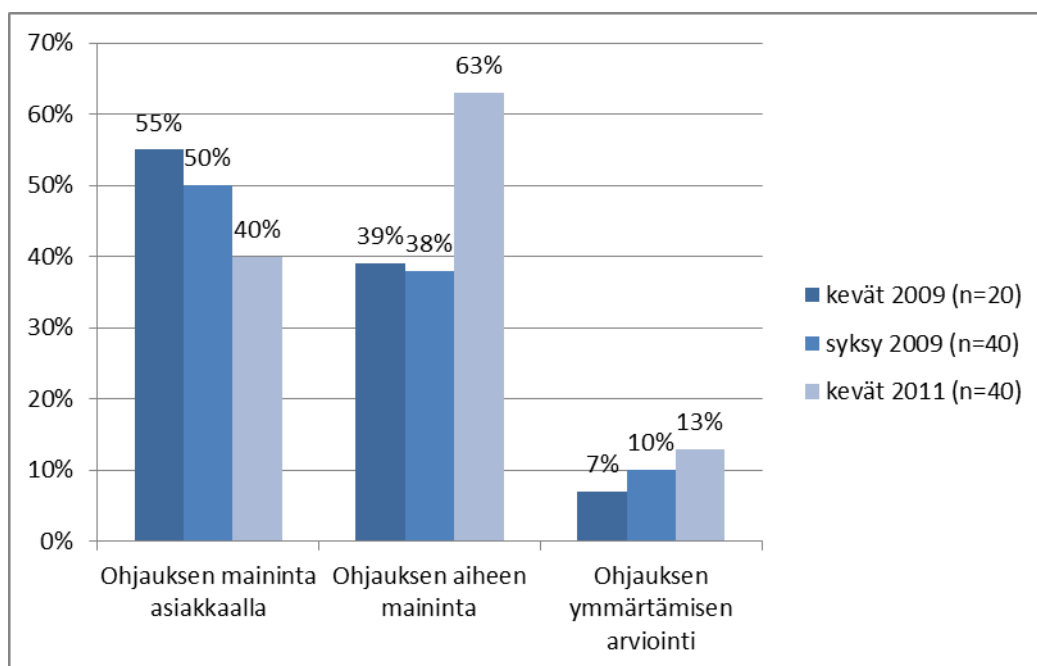
Taulukko 2. Hoitotyön toiminnot hoitosuunnitelmassa.

	kevät 2009 (n=20)	syksy 2009 (n=40)	kevät 2011 (n=39)
Hoitotyön toiminnot yhteensä	80	156	151
Keskiarvo/asiakas	4,1	3,9	3,8

Vuonna 2011 toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta vastasi jokaisen asiakkaan kohdalla ainakin jossain määrin hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja. Analysoinnissa ei otettu huomioon yhden asiakkaan potilaskirjausta, jossa hoitosuunnitelmaa ei ollut ollenkaan. Keväällä 2009 toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta vastasi jokaisen asiakkaan kohdalla kaikissa kirjauksissa jossain määrin hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja. Syksyllä 2009 yhtä kirjausta lukuun ottamatta hoitotyön toiminta vastasi hoitosuunnitelmaan kirjattuja keinoja.

Opetus/ohjaus mainittiin hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä 24 kertaa, 16 (40 %, n=40) eri asiakkaan kohdalla. Keväällä 2009 opetus/ohjaus mainittiin yhteensä 28 kertaa 11 (55 %, n=20) asiakkaan kohdalla ja syksyllä 2009 opetus/ohjaukset oli 39, 20 (50 %, n=40) eri asiakkaan kohdalla, eli opetuksen/ohjauksen maininta on laskenut. Opetus/ohjaukset keskiarvoksi tuli keväällä 2011 0,6 opetus/ohjaukset asiakasta kohden. Keväällä 2009 keskiarvo oli 1,4 opetus/ohjaukset asiakasta kohden ja syksyllä 2009 vastaava keskiarvo oli 1 opetus/ohjaukset asiakasta kohden. Keväällä 2011 opetuksen/ohjauksen aihe oli mainittu 15 (63 %, n=24) kertaa. Keväällä 2009 opetuksen/ohjauksen aihe oli mainittu 11 (39 %, n=28) kertaa ja syksyllä 2009 vastaava luku oli 15 (38 %, n=39), eli vaikka opetuksen/ohjauksen maininta onkin laskenut, niin opetuksen/ohjauksen aiheen maininta on lisääntynyt huomattavasti. Asiakkaan ymmärrystä tai reagoitua opetukseen/ohjaukseen oli arvioitu kolme (13 %, n=24) kertaa. Keväällä 2009 ymmärrystä tai reagoitua oli arvioitu kaksi (7 %, n=28) kertaa ja syksyllä 2009 neljä

kertaa (10 %, n=39), eli asiakkaan ymmärtämisen arviointi on noussut tasaisesti kolmella prosenttiyksiköllä tutkimusta kohden. (Kaavio 4.)



Kuvio 4. Opetuksen/ohjauksen kirjaaminen.

Keväällä 2011 omainen oli osallistunut kirjausten mukaan 19 (48 %, n=40) asiakkaan hoitoon ja keskiarvo oli 2,1 osallistumiskertaa asiakasta kohden. Keväällä 2009 omainen oli osallistunut yhdeksän (45 %, n=20) asiakkaan hoitoon ja keskiarvon oli 0,6 osallistumiskertaa asiakasta kohden. Syksyllä 2009 omainen oli osallistunut seitsemän (18 %, n=40) asiakkaan hoitoon ja keskiarvo oli 0,2 osallistumiskertaa asiakasta kohden, joten omaisten osallistuminen asiakkaan hoitoon oli väliaikaisesti vähentynyt, mutta nousi keväällä 2011 jälleen melkein samalle tasolle kuin keväällä 2009.

Esim. Tytär on osallistunut lääkehoitoon.

Omaiset ovat jakaneet lääkkeit.

Vaimo on osallistunut lääkehoidon toteutukseen.

Poika on toimittanut lääkettä apteekista isälleen.

Omaisten antamaa tietoa oli kirjattu yhteensä kahdeksan kertaa kuuden (15 %, n=40) eri asiakkaan kohdalla. Keväällä 2009 tietoa oli kirjattu kaksi (10 %, n=20) kertaa, jotka

molemmat eri asiakkailla ja syksyllä 2009 kuusi kertaa viidellä (13 %, n=40) eri asiakkaalla. Omaisten antaman tiedon kirjaaminen on siis lisääntynyt.

Esim. Poika lähettänyt hakemuksen turvapuhelimesta.

Vaimon mukaan asiakas voi hyvin.

Keväällä 2009 arvioivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa oli kaikilla (100 %, n=20) asiakkailla. Arvioivan kirjaamisen määrä oli laskenut syksyllä 2009 60 prosenttiin (n=40) ja laskenut edelleen keväällä 2011 58 prosenttiin (n=40), eli arvioivan kirjaamisen määrä oli kokonaisuudessaan huomattavasti laskenut. Arvioivassa kirjaamisessa ei ollut käytetty apuna mittareita kenenkään asiakkaan kohdalla. Samoin oli myös keväällä 2009. Sen sijaan syksyllä 2009 arvioivan kirjaamisen apuna oli käytetty mittareita kahden asiakkaan kohdalla.

7.5 Asiakkaan oman näkemyksen kirjaaminen

Asiakkaan oma käsitys/näkemys hoidon tarpeesta oli kirjattu ainakin kerran 22 (55 %, n=40) asiakkaan hoitotyön kirjauksiin. Keväällä 2009 asiakkaan oma käsitys/näkemys hoidon tarpeesta oli kirjattu ainakin kerran yhdeksän (45 %, n=20) asiakkaan kirjauksiin ja syksyllä 2009 vastaava luku oli 20 (50 %, n=40), eli nousua on tapahtunut tasaisesti viidellä prosenttiyksiköllä tutkimusta kohden. (Kaavio 5.).

Esim. Kokee vointinsa huonontuneen.

Kokee muistinsa huonoksi.

Kertoo yöllä olleista rintatuntemuksista.

Asiakkaan oma käsitys/näkemys hoidon tavoitteesta oli kirjattu ainakin kerran kahden (5 %, n=40) asiakkaan kirjauksiin. Keväällä 2009 vastaava luku oli kuusi (30 %, n=20) ja syksyllä 2009 kirjauksia oli viiden (13 %, n=40) asiakkaan kirjauksissa ainakin kerran. Asiakkaan oman käsityksen/näkemyksen kirjaaminen hoidon tavoitteista on siis merkittävästi vähentynyt. (Kaavio 5.).

Esim. Asiakas haluaa hoitaa itse arjen askareita.

Asiakkaan oma käsitys/näkemyks hoitokeinoista oli kirjattu ainakin kerran 16 (40 %, n=40) asiakkaan kirjauksiin ja keväällä 2009 asiakkaan käsitys hoitokeinoista oli kirjattu ainakin kerran 10 (50 %, n=20) asiakkaan kohdalle. Syksyllä 2009 asiakkaan oman käsityksen/näkemyksen kirjaaminen oli hetkellisesti laskenut ja kirjauksia oli vain 11 (28 %, n=40) asiakkaan kohdalla. (Kaavio 5.).

Esim. Ei ole halukas menemään päiväkuntoutukseen.

Asiakas kieltäytyi tukisukista.

Ei anna hoitaa reiden haavaa.

Haluaa virtsakatetrin takaisin.

Ei suostunut pesuille.

Asiakkaan oman käsityksen/näkemyksen kirjaaminen hoidon toteutuksesta oli laskusuuntainen. Keväällä 2009 asiakkaan oma käsitys/näkemyks hoidon toteutuksesta oli kirjattu ainakin kerran 11 (55 %, n=20) asiakkaan kohdalle, syksyllä 2009 kymmenen (25 %, n=40) asiakkaan kirjauksiin ja keväällä 2011 enää seitsemän (18 %, n=40) asiakkaan kirjauksiin. (Kaavio 5.).

Esim. Kertoo laittavansa itse injektion.

Kokee comprilanien sitomisen hankalaksi.

Asiakkaan oma käsitys/näkemyks hoidon arvioinnista oli kirjattu ainakin kerran 11 (28 %, n=40) asiakkaan kirjauksiin. Keväällä 2009 asiakkaan käsitys hoidon arvioinnista oli kirjattu ainakin kerran kuuden (60 %, n=20) asiakkaan kirjauksiin ja syksyllä 2009 vastaava luku oli yhdeksän (23 %, n=40). (Kaavio 5.).

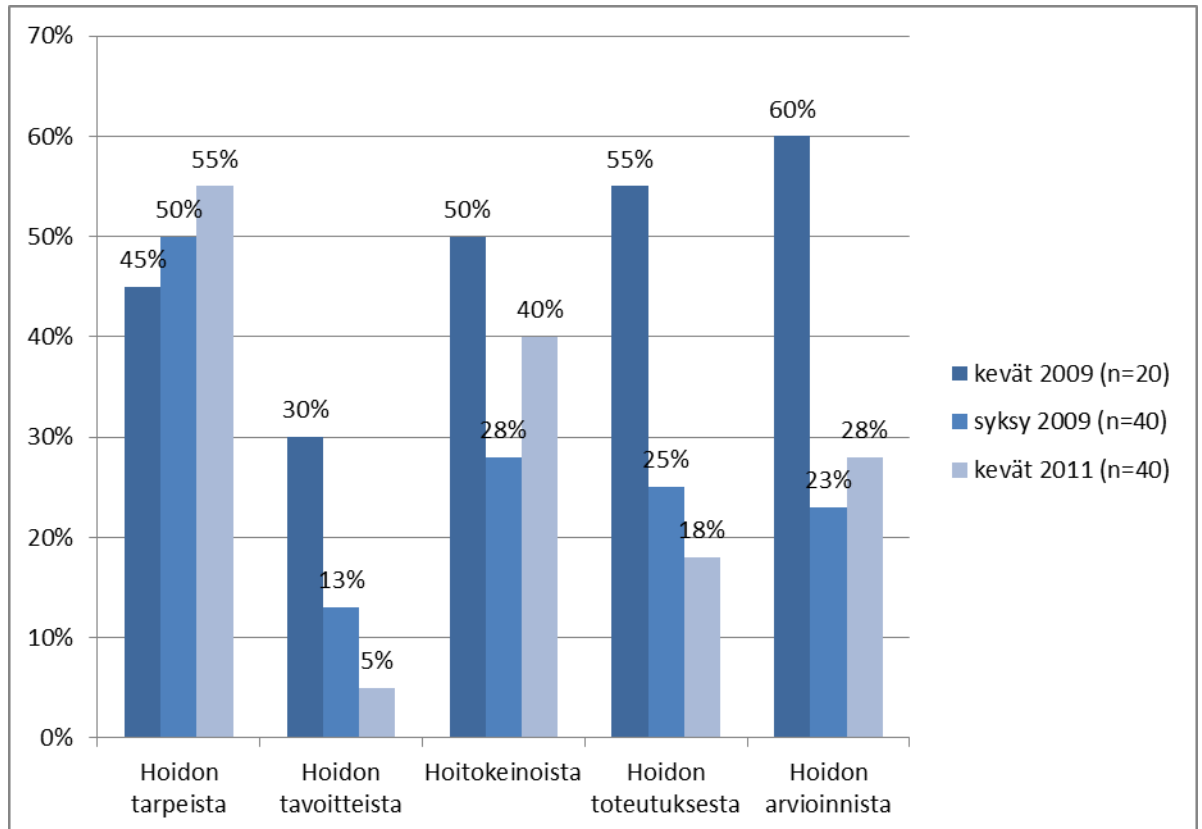
Esim. Kokee, ettei Opamox auta unettomuuteen.

Tyytymätön lääkkeestä tulevaan limantuloon.

Ei koe kipulääkkeestä olevan hyötyä.

Kokee polvituen hyväksi.

Kokee Nutrdrinkit hyödyllisiksi.



Kuvio 5. Asiakkaan oman käsityksen/näkemyksen kirjaaminen.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön kirjaamisen tämänhetkinen tila sekä hankkeen aikana tapahtuneet muutokset Turun terveystoimen kotihoidossa. Tämä tutkimus on käynnissä olevan Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käytäntöön implementointi Turun sosiaali- ja terveystoimessa -hankkeen kirjaamisen tilan loppumittaus. Tuloksista voidaan todeta, että kotihoidon kirjaamisessa ei ole kokonaisuudessaan tapahtunut suuria muutoksia. Vaikka kirjaamisen tila oli monin paikoin huonontunut, myös pientä kehitystä kirjaamisessa oli havaittavissa. Hoitosuunnitelmien puutteellisuus saattoi vaikuttaa joltain määrin hoitotyön päivittäisiin kirjauksiin. Myös aiemmissa tutkimuksissa todettiin puutteita hoitosuunnitelmissa. Hoitosuunnitelmien puutteellisuus saattoi johtua siitä, että hoitojakson aikana myöhemmin ilmeneviä tarpeita ei välttämättä huomattu kirjata hoitosuunnitelmaan.

Tutkimustulosten mukaan potilaan aikaisempaa terveydentilaa tulotilanteessa on kirjattu useammin kuin edellisissä tutkimuksissa. Tutkimuksessa sekä lääketieteellinen tila että tila hoitotyön näkökulmasta olivat molemmat kirjattuna samalla asiakkaalla huomattavasti useammin kuin edellisessä tutkimuksessa.

Kevääseen 2011 mennessä tarpeiden/ongelmien määrä oli noussut. Lääkehoitoon liittyvien tarpeiden/ongelmien määrä oli kaikissa tutkimuksissa huomattavasti korkein. Eniten nousua oli tapahtunut kudoseheyteen ja aineenvaihduntaan liittyvissä tarpeissa/ongelmissa. Eniten laskua oli tapahtunut aistitoimintoihin liittyvissä tarpeissa/ongelmissa. Fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden määrä oli pysynyt suhteellisen tasaisena. Fyysisissä tarpeissa oli tapahtunut pientä laskua, kun taas psyykkisissä ja sosiaalisissa tarpeissa sitä vastoin pientä nousua. Psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden erottelussa on saattanut olla tulkinnallisia eroja, mikä on voinut vaikuttaa tuloksiin.

Keväällä 2009 ainakin yksi hoitotyön tavoite oli laadittu kaikkiin hoitosuunnitelmiin, kun taas seuraavissa tutkimuksissa ainakin yksi hoitotyön tavoite oli laadittu 37 hoitosuunnitelmaan. Vaikka lasku on vähäinen, tavoitteet olisi laadittava jokaiselle asiakkaalle. Edellisten tutkimusten välillä oli tapahtunut merkittävää kehitystä tavoitteiden laatimisessa konkreettisena asiakkaan voinnin tai käyttäytymisen muutosta kuvaavana, kun taas tässä tutkimuksessa kehitys oli hiukan laskenut. Tavoitteiden

vastaavuus hoidon tarpeisiin oli kehittynyt koko hankkeen ajan. Suunniteltujen hoitotyön toimintojen määrä hoitosuunnitelmissa oli pysynyt lähes samana kaikissa tutkimuksissa. Kaikissa tutkimuksissa toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta vastasi ainakin jossain määrin hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja, syksyn 2009 yhtä kirjausta lukuun ottamatta.

Opetuksen/ohjauksen maininta toteutuksessa ja hoitosuunnitelmassa oli laskenut jokaisessa tutkimuksessa. Opetuksen/ohjauksen aiheen maininta oli noussut huomattavasti tässä tutkimuksessa verrattuna edellisiin tutkimuksiin. Asiakkaan ymmärtämisen tai reagoinnin arviointi opetukseen/ohjaukseen on hieman noussut, mutta arvioinnin kirjaaminen on edelleen liian vähäistä. Joten vaikka ohjauksen maininta onkin vähentynyt, on ohjaukseen liittyvä kirjaaminen kokonaisvaltaisempaa. Omaisen osallistuminen asiakkaan hoitoon on kirjausten mukaan huomattavasti yleistynyt edellisestä tutkimuksesta. Vaikka omaisen hoitoon osallistuminen on kirjattu useammin, on todennäköistä, että kaikkia osallistumiskertoja ei ole välttämättä kirjattu.

Keväällä 2009 arvioivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa oli kaikilla asiakkailla. Arvioivan kirjaamisen määrä oli laskenut syksyllä 2009 60 prosenttiin ja laskenut edelleen keväällä 2011 58 prosenttiin, eli arvioivan kirjaamisen määrä oli kokonaisuudessaan huomattavasti laskenut. Arvioivassa kirjaamisessa ei pitäisi tulkinnanvaraisuutta paljon esiintyä, mutta sillä on saattanut olla pientä vaikutusta tuloksiin. Arvioivan kirjaamisen laskun syynä saattaa olla lisääntyvät työkiireet, jolloin kirjaamiselle jäävä aika on vähäisempää ja silloin arvioivaa kirjaamista ei ehkä pidetä ensisijaisen tärkeänä. Tehdyn hoitotyön lisäksi on tärkeää kirjata myös asiakkaan voimavarat, kokemukset hoidosta, voinnin muutokset sekä terveydentila (Ikonen & Julkunen 2007, 119).

Asiakkaan omaa näkemystä hoidosta ei oteta kirjausten mukaan riittävästi huomioon. Kehitystä ei ollut juuri tapahtunut potilaan näkemyksen kirjaamisessa hoitokeinoihin, tavoitteisiin, toteutukseen tai arviointiin liittyen. Asiakkaan näkemystä tavoitteiden osalta on kirjattu huomattavasti vähemmän, kun taas asiakkaan oman näkemyksen kirjaaminen hoidon tarpeista on kehittynyt hieman. Asiakkaan oman näkemyksen vähäinen kirjaaminen hoidosta ei välttämättä johdu siitä, että asiakas ei olisi kertonut mielipidettään. Hoitajat eivät ehkä pidä niin tärkeänä tämän asian kirjaamista lisääntyvien työkiireiden takia. Asiakas on itse oman elämänsä paras asiantuntija, eikä hoitaja voi arvioida esimerkiksi lääkkeen vaikuttavuutta tai asiakkaan pärjäämistä kotona pelkästään omien havaintojen perusteella. Kun myös asiakas otetaan huomioon

kirjaamisessa, voidaan myöhemmin hoitokirjauksia selatessa nähdä, onko asiakkaan tilassa tapahtunut muutosta. Kärkkäisen ja Erikssonin (2003, 203) tutkimuksen mukaan asiakkaan omaa näkemystä hoidosta ei oteta huomioon riittävässä määrin, edes hoitosuunnitelmaa laadittaessa.

Jos hoitotyön kirjaamisessa ilmenee ongelmia, liittyvät ne yleensä epätasällisyyteen, puutteellisuuteen, epä johdon mukaisuuteen, epäsäännöllisyyteen tai tulkinnallisuuteen, jolla tarkoitetaan muun muassa kirjauksissa runsaiden termien käyttöä. Myös kirjauksien rinnakkaisuus ja päällekkäisyys ovat olleet ongelmana. Jotta kotihoidon kirjaaminen olisi hyvää, tulee kirjauksien avulla turvata asiakkaan hoito ja kirjaamisen tulee olla myös asiasisältöistä, luotettavaa ja yksityiskohtaista ja tietoa tulee tallentaa ja vertailla. (Ikonen & Julkunen 2007, 119–120.) Tutkimuksen tulosten mukaan kirjaamisen tila Turun Sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa ei ole kokonaisuudessaan juuri muuttunut hankkeen aikana. Kirjaamisessa on vähäisestä kehityksestä huolimatta edelleen selkeitä puutteita, esimerkiksi asiakkaiden hoitosuunnitelmien osalta kirjaamisessa on huomattavasti parannettavan varaa. Jatkotutkimukselle voidaan siis todeta olevan tarvetta. Hoitohenkilökunnalle tulisi painottaa erityisesti arvioivan kirjaamisen tärkeyttä, koska siitä nähdään esimerkiksi hoidon ja lääkkeiden vaikutukset ja asiakkaan tilan joko kohentuminen tai heikentyminen. Näin asiakkaalle voidaan antaa parasta mahdollista hoitoa.

Hoitotyön ammattilaisilla on itsellään vastuu oman toimintansa kehittämässä. Usein saatetaan vieläkin kirjata perinteisten ja totuttujen käytäntöjen mukaan, mutta kehittyminen vaatii kuitenkin valmiutta kyseenalaistaa totut käytännöt. (Saranto & Ensio 2007, 241). Hoitajien valmiudet kirjaamiseen ovat vaihtelevia, minkä voidaan katsoa johtuvan muun muassa aikaisemmasta koulutuksesta. Kirjaamisen kehittyminen edellyttää onnistuakseen koulutuksen ja tukiverkoston tarjoamista hoitotyön työntekijöille. (Saranto & Ensio 2007, 245-246.) Hoitotyön johtajat ovat merkittävässä asemassa kirjaamiseen liittyvässä muutoksessa, koska jos työntekijöitä ei johdeta ja kannusteta muutokseen, se etenee erittäin hitaasti (Saranto & Ensio 2007, 241-242).

Tutkimusten tuloksia olisi hyvä käydä läpi kotihoidossa ja miettiä, miten kirjaamisesta tulisi entistä parempaa. Työkiireiden helpottaminen mahdollistaisi sen, että hoitajille jäisi enemmän aikaa kirjaamiseen. Nyt pääosassa kirjaamisessa ovat toteutetut hoitotyöt, mutta arvioivaa kirjaamista oli kaiken kaikkiaan vähän. Myös hoitajat itse voivat pohtia omaa asennoitumistaan kirjaamiseen. Arvioivaa kirjaamista ja esimerkiksi asiakkaan oman näkemyksen kirjaamista ei ehkä pidetä niin tärkeänä. Voi myös olla,

että niiden kirjaamisen tärkeyttä ei ole painotettu tarpeeksi. Hoitajille on myös painotettava hoitosuunnitelmien teon tärkeyttä. Hoitosuunnitelmien päivittäminen on myös muistettava, mikäli ilmenee uusia tarpeita. Hoitajille on tärkeää kertoa miksi kirjaaminen ja eritoten arvioiva kirjaaminen on tärkeää.

LÄHTEET

Bernhart-Just, A.; Lassen, B. & Schwendimann, R. 2010. Representing the nursing process with nursing terminologies in electronic medical record systems: a Swiss approach. *Computers, informatics, nursing: CIN Vol 28 No 6.* 345–352.

Cheevakasemsook, A.; Chapman, Y.; Francis, K. & Davies, C. 2006. The study of nursing documentation complexities. *International journal of nursing practice Vol 12 No 6.* 366–374.

De Marinis, MG.; Piredda, M.; Pascarella, MC.; Vincenzi, B.; Spiga, F.; Tartaglini, D.; Alvaro, R. & Matarese, M. 2010. "If it is not recorded, it has not been done!?" consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of clinical nursing Vol 19 No 11–12.* 1544–1552.

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

Hyvärinen, K. & Väättäinen, E. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen. Projektisuunnitelma. Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus. Viitattu 3.11.2011. [http://w3.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/230909143550109/\\$FILE/Hoitotyön_kirjaaminen_proj_suunnitelma_3.1.pdf](http://w3.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/230909143550109/$FILE/Hoitotyön_kirjaaminen_proj_suunnitelma_3.1.pdf)

Hägg, T.; Rantio, M.; Suikki, P.; Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Helsinki: WSOY

Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Juva: WSOY

Kennedy, M. & Hannah, K. 2007. Representing nursing practice: evaluating the effectiveness of a nursing classification system. *The Canadian journal of nursing research Vol 39 No 1.* 58–79.

Kuntatiedon keskus 2008. Kotihoidon hallintokokeilu. Viitattu 15.11.2011. http://hankinnat.fi/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;554;76285

Kärkkäinen, O.; Bondas, T. & Eriksson, K. 2005. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics. Vol 12 No 2.* 123-132.

Laitinen, H.; Kaunonen, M. & Astedt-Kurki, P. 2010. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of clinical nursing Vol 19 No 3-4.* 489–497.

Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. 3., uudistettu painos. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY

Lee, TT. 2006. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *Journal of clinical nursing Vol 15 No 11.* 1376-1382.

Liljamo, P.; Kaakkinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 10.11.2011.

Menke, J.; Broner, C.; Campbell, D.; McKissick, M. & Edwards-Beckett, J. 2001. Computerized clinical documentation system in the pediatric intensive care unit. *BMC Medical Informatics and Decision Making Vol 1 No 3.* Viitattu 27.1.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC57982/?tool=pubmed>

Müller-Staub, M.; Needham, I.; Odenbreit, M.; Lavin, M. & Van Achterberg, T. 2007. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *International journal of nursing terminologies and classifications: the official journal of NANDA international* Vol 18 No 1. 5-17.

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

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

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma*. Opas työntekijöille ja palvelusta vastaaville. Helsinki; Stakes, STM, Suomen kuntaliitto. Viitattu 14.11.2011.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/op52/op52.pdf>.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. 2008. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen A. 2007. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen* 1. painos. Helsinki: WSOY

Sosiaali- ja terveystoimi 2009. *Kotihoito*. Viitattu 15.11.2011.

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=9567&uielementsiz=3>

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

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008. *Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005-2008*. Viitattu 28.10.2011

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009. *Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke (HoiData –hanke) 2007-2009*. Loppuraportti. Viitattu 26.10.2011

SISÄLLÖNANALYYSIRUNKO

Hoitotyön kirjaaminen

TAUSTATIEDOT

1. Toimialue

1. Perusterveydenhuolto

a) Sairaanhoidajan vastaanotto

b) Hoidon tarpeen arviointi

2. Kaupunginsairaala

a) Vuodeosasto

b) Poliklinikka

3. Pitkäaikaissairaanhoito

4. Kotihoito

5. Kotihoitoa tukevat vuodeosastot

6. Psykiatria

a) Aikuispsykiatria

a1) Vuodeosasto

a2) Poliklinikka

b) Geropsykiatria

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

2. Yksikön luonne

1. Vuodeosasto

2. Vastaanotto toiminta (esim. terveysasema, poliklinikka, neuvola, hoidon tarpeen arviointi)

3. Avoterveydenhuolto

4. Toimenpideoosasto

5. Muu, mikä?

4. Asiakkaan ikä

5. Asiakkaan sukupuoli

1. Nainen

2. Mies

7. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen (tulossyy-kohtaan) on kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila (liittyy kysymykseen 59)

1. Kyllä

2. Ei

9. Hoitosuunnitelma

1. On

2. Ei ole

10. Asiakkaan/potilaan tarpeet/ongelmat on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

1. Kyllä

2. Jossain määrin

3. Ei

4. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*
5. *Päivittäistä kirjausta ei voi olla*

11. Tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?

13. Mitä voimavaroja on kirjattu?

16. Onko hoidon tarpeen määrittelyssä ollut käytössä mittareita?

1. *Kyllä*
2. *Ei*

17. Mitä mittareita?

18. Tarpeiden/ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa, kpl?

Aktiviteetti

Erittäminen

Selviytyminen

Nesteytys

Terveyskäyttäytyminen

Terveyspalveluiden

käyttö

Lääkehoito

Ravitsemus

Hengitys

Kanssakäyminen

Turvallisuus

Päivittäiset toiminnot

Psyykkinen tasapaino

Aistitoiminnot

Kudoseheys

Jatkohoito

Elämänkaari

Verenkierto

Aineenvaihdunta

19. Mitä tarpeita/ongelmia (hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä)?

Fyysiset kpl

Psyykkiset kpl

Sosiaaliset kpl

20. Montako kertaa omaisten antama potilasta koskeva tieto on kirjattu?

21. Mitä omaisten antamia tietoja on kirjattu?

22. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*
5. *Päivittäistä kirjausta ei voi olla*

23. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa?

26. Kuinka monta tavoitetta on kirjattu muodollisesti oikein/kpl?

*Konkreettisena
asiakkaan/potilaan
voinnin tai
käyttäytymisen
muutoksena*

*Tavoite vastaa
hoidon tarvetta*

27. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa, kpl

*Suunniteltujen
hoitotyön
toimintojen/keinojen
määrä*

*Kuinka moneen
tavoitteeseen on
kirjattu ainakin yksi
hoitotyön keino?*

29. Vastaako toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja?

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*

4. *Hoitokeinoja ei ole kirjattu hoitosuunnitelmaan*

5. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*

32. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (myös keskustelu yms.) on mainittu hoitotyön keinot -kohdassa hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?

33. Kuinka monen opetus-/ohjauskerran yhteydessä on mainittu opetuksen/ohjauksen aihe?

34. Kuinka monen opetus-/ohjauskerran yhteydessä on arvioitu, miten asiakas/potilas ymmärsi opetuksen/ohjauksen tai miten hän reagoi siihen?

35. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemykset hoidon tarpeesta (potilaan pyynnöstä, potilas kertoo...) on kirjattu ainakin kerran

1. *Kyllä*

2. *Ei*

36. Kuinka monen asian kohdalla?

37. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemykset hoidon tavoitteesta on kirjattu ainakin kerran

1. *Kyllä*

2. *Ei*

38. Kuinka monen asian kohdalla?

39. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemykset hoitokeinoista on kirjattu ainakin kerran

1. *Kyllä*

2. *Ei*

40. Kuinka monen asian kohdalla?

41. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon toteutuksesta on kirjattu ainakin kerran

1. *Kyllä*
2. *Ei*

42. Kuinka monen asian kohdalla?

43. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon arvioinnista on kirjattu ainakin kerran

1. *Kyllä*
2. *Ei*

44. Kuinka monen asian kohdalla?

45. Montako kertaa omainen on osallistunut kirjausten mukaan potilaan hoitoon?

46. Miten omainen on kirjausten mukaan osallistunut?

50. Onko hoidosta tehty loppuarviointi?

1. *Kyllä*
2. *Ei*

51. Löytyykö päivittäisestä kirjaamisesta arvioivaa kirjaamista?

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*

3. *Ei*

56. Arvioinnin apuna on käytetty mittareita

1. *Kyllä*

2. *Ei*

57. Mitä mittareita?

59. Mitä aikaisemmasta terveydentilasta on kirjattu? (Liittyy kysymykseen 7.)

1. *Potilaan lääketieteellinen tila*

2. *Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta*

3. *Molemmat*

4. *Ei kumpikaan*

60. Onko asiakas/potilas saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta?

1. *Kyllä*

2. *Ei*

61. Onko jatkohoito merkitty hoitosuunnitelmaan tarpeeksi / toiminnoksi?

1. *Kyllä*

2. *Ei*

3. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*