

SYSTEMAATTISEN KIRJAAMISEN SISÄLTÖ LIIKKUMIS-
TA JA TOIMINTAKYKYÄ KOSKEVISSA KIRJAUKSISSA
HELSINGIN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA

Sari Puurtinen
Opinnäytetyö, kevät 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Puurinen, Sari. Systemaattisen kirjaamisen sisältö liikkumista ja toimintakykyä koskevissa kirjauksissa Helsingin kaupungin kotihoidossa. Diak Etelä, Helsinki, kevät 2012, 57 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa oli huomioitu kotihoidon asiakkaan toimintakyky sekä miten hoitotyön päivittäinen arvioiva kirjaaminen oli toteutunut liikkumista ja toimintakykyä koskevissa kirjauksissa hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa Helsingin kaupungin kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä kotihoidon asiakkaiden hoitotyön kirjaamista ja toimintakyvyn tukemista.

Opinnäytetyön aineistona olivat 12 Helsingin kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelmaa sekä niihin liittyen hoitajien päivittäiset kirjaamismerkinnät kahden kuu-kauden ajalta. Kotihoidon asiakkaat valittiin tiettyjen hakukriteerien avulla eri lähipalvelualueilta.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto analysoitiin sisälönanalyysilla.

Systemaattisessa kirjaamisessa hoitosuunnitelmalla todettiin olevan merkitystä päivittäisessä kirjaamisessa. Liikkumissopimuksen toteuttaminen, päivittäisessä kirjaamisessa toimintakyvyn kuvaaminen ja auttamismenetelmien vaikutuksien huomioiminen oli toteutunut paremmin niiden asiakkaiden hoitotyön kirjaamisessa, joiden hoitosuunnitelmassa oli määritelty, mitä tehdään ja milloin tehdään toimintakykyä koskevissa kirjauksissa.

Lähes kaikilla tutkimukseen osallistuneilla esiintyi hoitosuunnitelmassa liikkumista kuvaava hoidontarve. Kotihoidon asiakkaiden voimavaroja oli huomioitu vähän hoitosuunnitelmien kirjaamisessa. Liikkumissopimuksia kotihoidon asiakkaille oli tehty kaksi.

Hoitajien toiminnan kuvaamista oli runsaasti jokaisen asiakkaan päivittäisessä kirjaamisessa. Arkiaskareiden toiminnankyvyn kuvaamisessa oli kerrottu, mitä asiakas tekee itsenäisesti tai ohjatusti. Monet arkiaskareiden toiminnankuvauksista olivat sellaisia, joissa hoitajat olivat toiminnallaan edesauttaneet toimintaa ja hoitajien osuus tapahtumaan tuli kirjauksissa esille. Päivittäisistä kirjauksista pystyi päättelemään asiakkaiden voimavaroja. Asiakkaan omaa kertomusta voinnista löytyi suurimmasta osasta päivittäistä kirjaamista. Asiakkaan kertomusta saamastaan hoidosta kuvailtiin vähän. Hoidon toteutuminen kerrottiin hoitajien suorittamana, hoidon arviointia oli kirjattu vähän.

Asiasanat: lainsäädäntö, hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen, kotihoito, liikkuminen ja toimintakyky

ABSTRACT

Puurtinen, Sari

Systematic documentation on movement and functional ability in home care.

58 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of the study was to investigate how Helsinki City home care clients' functional ability had been taken into account in systematic documentation. The study was also to show how the daily evaluative documentation had come in fruition in documents concerning movement and functional ability.

As for methods, twelve Helsinki City home care clients' care plans and daily documentation by the caretakers during two months were evaluated. The study was qualitative and the material was dealt with content analysis.

Result showed that the care plan was significant for daily systematic documentation. The documentation was actualized better with well-defined methods concerning functional ability.

Caretaking was described greatly in the documentation from the caretakers' point of view. The clients described their own condition. The description discussed mainly nursing and only small amount of evaluation of caretaking was documented.

Key words: systematic documentation, home care, functional ability, care plan

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Lainsäädäntö hoitotyön kirjaamisessa.....	7
2.2 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen	9
2.3 Kotihoito	10
2.4 Liikkuminen ja toimintakyky	11
3 HELSINGIN KAUPUNGIN KOTIHOITO.....	14
3.1 Helsingin kaupungin kotihoidon historia	14
3.2 Helsingin kaupungin kotihoito vuonna 2011	17
3.2.1 Kotihoidon asiakkaan hoitotyön kirjaamisprosessi.....	18
3.2.2 Liikkumisen ja toimintakyvyn huomioiminen kotihoidossa	21
3.2.3 Liikkumissopimus kotihoidossa.....	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	24
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	25
5.1 Laadullinen tutkimus.....	25
5.2 Aineistonkeruu ja kohderyhmä	25
5.3 Tutkimusaineiston analysointi.....	27
6 TUTKIMUSTULOKSET	29
6.1 Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn huomioiminen hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa	29
6.2 Arvioivan kirjaamisen toteutuminen liikkumista ja toimintakykyä koskevissa kirjauksissa	34
6.3 Yhteenveto tutkimustuloksista	36
7 POHDINTA	38
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	38
7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	41
7.3 Eettisyys ja luotettavuus	42
7.4 Oma ammatillinen kasvu	44
LÄHTEET.....	45
LIITE 1	50
LIITE 2	52

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni käsittelee hoitotyön systemaattisen kirjaamisen sisältöä Helsingin kaupungin kotihoidossa liikkumista ja toimintakykyä koskevassa kirjaamisessa. Systemaattinen kirjaamisen koulutukset ja käyttöönotto aloitettiin Helsingin kotihoidossa vuonna 2009 neljällä lähipalvelualueella. Helmikuussa 2010 käynnistettiin koko kotihoidon systemaattisen kirjauksen koulutukset. Työntekijät koulutettiin kotihoitoyksiköittäin ja uuden mallin käyttöönotto tapahtui vähitellen. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen tarkoituksena on saada yhtenäinen potilaskertomusrakenne eri potilastietojärjestelmiin ja sitä kautta edistää tiedonkulkua eri terveydenhuollon toimijoiden välillä ja kohentaa hoidon laatua. Systemaattisessa kirjaamisessa päivittäinen kirjaaminen perustuu hoitosuunnitelmaan. (Tanttu & Ikonen 2008, 114–115.)

Sähköisen kirjaamisen muuttuminen hoitotyössä systemaattiseksi kirjaamiseksi on osa kansallista hanketta. Suomessa on kehitteillä yhtenäinen sähköinen potilastietoarkisto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on vastuu järjestelmän kehittämistä. Potilastiedot arkistoidaan yhtenäisen järjestelmän mukaisesti ja kansaneläkelaitos tulee vastaamaan potilastietojen arkistoinnista. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Alkuperäisen aikataulun mukaan sähköisen terveystietojen piti valmistua huhtikuussa 2011. Lain 6§ on kumottu lailla 21.10.2010/1227 ja terveystietojen valmistumisen takaraja on siirtynyt syyskuuhun 2014. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.)

Kotihoidon tarkoituksena on kiinnittää huomio asiakkaan toimintakykyyn ja selvittää, mitä voimavaroja asiakkaalla on vielä jäljellä ja minkälaisissa asioissa hän tarvitsee apua tai tukea. Liikkumissopimus on uusi toimintamalli, johon kotihoidon työntekijöitä on koulutettu. Liikkumissopimus liitetään hoitosuunnitelmaan liikkuminen-osioon ja se on kotihoidon asiakkaan ja kotihoidon työntekijän yhdessä tekemä sopimus arkiliikkumisen ja liikuntaharjoittelun tukemisesta kotihoidon kotikäynneillä.

Opinnäytetyössä kuvataan systemaattisen kirjaamisen sisältöä Helsingin kaupungin kotihoidon asiakkaiden hoitosuunnitelmista ja niihin liittyvistä päivittäisistä kirjaamisista. Opinnäytetyössä keskitytään liikkumista kuvaavien hoidon tarpeiden tarkasteluun. Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut selvittää, miten hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa on huomioitu kotihoidon asiakkaan toimintakyky sekä miten hoitotyön päivittäinen arvioiva kirjaaminen on toteutunut liikkumista ja toimintakykyä koskevissa kirjauksissa hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa. Tutkimuksen tavoitteena on ollut saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä kotihoidon asiakkaiden hoitotyön kirjaamista ja toimintakyvyn tukemista.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Lainsäädäntö hoitotyön kirjaamisessa

Hoitotyön kirjaamista säätelevät useat lait ja asetukset. Niissä määritellään sekä potilaan että hoitavan henkilökunnan oikeudet ja velvollisuudet. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) on säädetty, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Hoitotyön kirjaaminen on lain asettama velvollisuus hoitohenkilökunnalle. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palveluiden laatua. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön laatimaan ja säilyttämään potilasasiakirjat sekä pitämään salassa niihin sisältyvät tiedot. Henkilötietolain (523/1999) tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista.

Helsingin kaupungilla on kaksi omaa pysyväisohjetta, jotka ohjeistavat kirjaamista kotihoidossa: potilasasiakirjojen laatimisen ja säilyttämisen pysyväisohje P39 ja pysyväisohje P51 hoitotyön kirjaamisesta ja kotihoitokansion käytöstä. Pysyväisohjeen P 39 mukaan potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi potilasasiakirjojen tulee sisältää tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Potilasasiakirjoissa saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Jokaisesta kotihoitokäynnistä tulee tehdä merkintä potilaskertomukseen. Merkinnät voi tehdä vain potilaan hoitoon osallistunut terveydenhuollon ammattihenkilö ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat potilaan hoitoon. Opiskelijoiden tekemät merkinnät hyväksyvät hänen esimiehensä, ohjaajansa tai tämän valtuutettu henkilö. Terveydenhuollon opiskelija saa tehdä merkintöjä toimiessaan laillistetun ammattihenkilön tehtävässä. Potilasasiakirjoista tulee aina ilmetä kuinka

hoito on toteutettu, millaisia hoitoon liittyviä ratkaisuja on hoidon kuluessa tehty ja onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä. Oleellinen osa potilaskertomusta ovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät havainnot, arviot ja johtopäätökset potilaasta ja hänen hoidosta. (Vuorela 2009, 3–7.)

Suomessa on kehitteillä yhtenäinen sähköinen potilastietoarkisto. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksella on vastuu järjestelmän kehittämisestä. Potilastiedot arkistoidaan yhtenäisen järjestelmän mukaisesti, mikä mahdollistaa tietojen siirrettävyyden järjestelmästä toiseen parantaen näin tietojen saatavuutta potilaan hoitoon osallistuvissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Kansaneläkelaitos tulee vastaamaan potilastietojen arkistoinnista. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä, potilaiden tiedonsaantimahdollisuuksia sekä terveydenhuollon palveluiden potilasturvallista ja tehokasta tuottamista. Lain mukaan sähköisen terveystietojen arkiston piti valmistua huhtikuussa 2011. Lain 6§ on kumottu lailla 21.10.2010/1227 ja terveystietojen arkiston valmistumisen takaraja on siirtynyt syyskuuhun 2014. Sähköisen potilastiedon arkiston käyttöönotto tulee mahdollistamaan tallennetun tiedon uudelleenkäytön. Keskitetyn sähköisen potilastiedon arkistoinnin johdosta arkistosta on saatavilla ajantasaista ja luotettavaa tietoa hoitotilanteisiin. Tietojen luovutukseen sähköisestä arkistointipalvelusta tarvitaan potilaan suostumus. (Kansallinen Terveystietojen arkisto i.a.)

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään, että saman sairaanhoitopiirin alueella toimivien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasrekisterit ja potilasasiakirja-arkistot muodostavat terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin. Potilasta hoitava henkilökunta saa käyttää hoidon edellyttämässä laajuudessa toisen toimintayksikön tietoja ilman potilaan nimenomaista suostumusta. Käyttö edellyttää, että potilasta on informoitu yhteisen potilastietorekisterin käytöstä ja mahdollisuudesta kieltää rekisterin käyttö.

2.2 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen

Systemaattisuus kirjaamisessa tarkoittaa yhtenäistä tapaa kirjata, haetaan vastaus mitä, mihin ja miten kirjataan. Systemaattisessa kirjaamisessa on määrätty tavat tallentaa ja säilyttää tietoa. Sisällöltään suomalainen potilaskertomus koostuu erilaisista osista, jotka muodostavat järjestelmän, systeemin. Systemaattinen kirjaaminen antaa runsaasti mahdollisuuksia tietojen myöhempään hyödyntämiseen. (Sonninen 2008, 66.)

Hoitotietojen systemaattisessa kirjaamisessa potilaan hoitoa kuvataan sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon mukaan (Saranto & Sonninen 2008, 14). Hoidollisen päätöksenteon vaiheita ovat hoidon tarpeen määrittäminen ja analysointi, hoidon suunnittelu ja toteutus sekä hoidon arviointi. Hoidon tarpeen määrittämisessä kartoitetaan potilaan lähtötilanne ja kerätään hoidon kannalta oleellinen tieto potilaasta. Tietojen analysoinnin tuloksena potilaan hoidolle muodostuu tarpeita. Hoitosuunnitelma muodostuu tarpeiden perusteella ja hoidon tarpeisiin pohjautuen määritellään hoidon tavoitteet. Hoitosuunnitelma, joka lähtee potilaan tarpeista, saattaa hoitotyön päätöksenteon näkyväksi. Potilaan hoito toteutetaan ja kirjataan hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoidon arviointi on jatkuvaa päivittäistä arviointia. Arvioinnissa kirjataan potilaan tilassa tapahtuneet muutokset, potilaan oma arvio ja mielipide hoidosta sekä arvioidaan onko hoitosuunnitelmaan asetetut tavoitteet saavutettu. Hoitojakson päätyttyä laaditaan hoitojaksosta yhteenveto. Hoitopäätösten kirjaamisessa on tärkeää pyrkiä toteuttamaan potilaskohtaista ja yksilöllistä hoitoa. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008 ; Ensio, Saranto 2004, 36–43.)

Hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa käytetään hoitotyön luokitusta, Finnish Care Classification, johon kuuluu tarve- toiminto- ja tulosluokitus. Kirjaamisen sisältö rakentuu luokitusten avulla. Suomalaisen hoidon tarveluokitus, SHTaL, sisältää 19 komponenttia, jotka ovat samat suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksessa, SHToL:ssä. Komponentti toimii otsakkeena asiakokonaisuudelle, jota kirjataan. Komponentit jakaantuvat pää- ja alaluokkiin. SHTaL-luokituksessa on 88 pääluokkaa ja 186 alaluokkaa. SHToL-luokituksessa on

164 pääluokkaa ja 274 alaluokkaa. Hoitotyön vapaa kirjoittaminen tapahtuu pää- tai alaluokan jälkeen. Päivittäinen hoitotyön kirjaaminen helpottuu, mikäli hoitosuunnitelma on tehty huolellisesti. Luokitukset hoitosuunnitelmassa ohjaavat päivittäistä kirjaamista ja potilaslähtöinen kirjaaminen vahvistuu. Suomalaisen hoidon tulosluokitus SHTuL muodostaa yhdessä SHTaL ja SHToL:n kanssa Finnish Care Classification kokonaisuuden. (Sonninen 2008, 89; Tanttu & Ikonen 2008, 114–116.)

Systemaattisen kirjaamismallin käyttö mahdollistaa hoitotyön tietojen hyödyntämisen standardoitujen määritysten mukaisesti eri tietojärjestelmistä toiseen. Kansallisesti on sovittu ydintiedot, jotka antavat pääpiirteittäin kokonaiskuvan potilaan terveys- ja sairaushistoriasta hoitoineen ja ohjauksineen. Ydintiedot jaetaan hallinnollisiin ja hoitoprosessiin kuuluviin ydintietoihin. (Häyrinen & Ensio 2007, 103–104.) Yhtenäiseen kehitteillä olevaan sähköiseen potilastietoarkeistoon ydintiedot arkistoidaan yhtenäisen järjestelmän mukaisesti.

Systemaattista kirjausta tarvitaan potilaan hoidon ja moniammatillisen käytön ohella hoitotyön toimintaprosessien, laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten seurannan kehittämisessä. Hoitotyön johtajat tarvitsevat systemaattisesta kirjauksesta saatavaa tietoa päivittäiseen päätöksentekoon, toiminnan suunnitteluun ja arviointiin. Hoitajaksojen mukaan voidaan seurata palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Valtakunnallisella tasolla hoitoilmoitusten perusteella voidaan tutkia sairauksien esiintyvyyttä, väestön sairastuvuutta, hoitojen vaikutuksia ja kustannuksia. Kansainvälisesti tilastoinnin laatimisella ja seurannalla tutkitaan väestön terveydentilaa ja tarpeita. (Saranto 2007, 180; Ensio & Saranto 2004, 52–54.)

2.3 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotona asuvan asiakkaan hoitamista ja tukemista kotihoidon palvelujen avulla niissä päivittäisissä toiminnoissa, joissa asiakas ei kykene suoriutumaan itsenäisesti. Kotihoidon tehtävänä on hoitaa vanhukset, yli

18-vuotiaat vammaiset, toipilaat ja pitkäaikaissairaat palveluiden avulla niin, että eläminen on kotona turvallista ja mahdollista myös toimintakyvyn heikentyessä. Kotihoidon asiakkuus voi olla tilapäistä tai säännöllistä. Kotihoidon maksu määräytyy tulojen, perheessä asuvien lukumäärän ja käytintarpeen mukaan. (Helsingin kaupunki, terveyskeskus i.a.)

Kotihoitoa kehitetään jatkuvasti asiakkaiden ja yhteiskunnan muuttuneiden tarpeiden mukaisesti. Koti työympäristönä on vaativa. Se on asiakkaan koti, mutta myös samalla siellä työskentelevän työympäristö. Kotihoidossa kotona toimitaan niin pitkälle asiakkaan ehdoilla kuin se on hänen hyvinvointiaan, terveyttä ja turvallisuutta vaarantamatta mahdollista. (Hägg ym. 2007, 17–22.)

2.4 Liikkuminen ja toimintakyky

Olennainen osa terveyden edistämistä on säännöllinen liikunta. Liikunnalla voidaan ennaltaehkäistä monien sairauksien kehittymistä. Mahdollisimman hyvä liikuntakyky on aktiivisen elämän keskeinen edellytys. Jokainen ihminen tarvitsee liikuntaa lihasvoiman kehittämiseen, pitämään yllä nivelten liikkuvuutta ja luuston lujutta sekä antamaan elämään sisältöä, tasapainoa ja mielihyvää. Hoitohenkilökunnan tavoitteena on ohjata ja tukea potilaita omatoimiseen ja aktiiviseen liikuntaan. Sairauden ja vammojen sallimissa rajoissa potilaita kannustetaan saavuttamaan sairauden ja vammojen sallimat liikunnalliset mahdollisuudet. (Iivanainen & Syväoja 2008, 16; 414.)

Toimintakyky jaotellaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen osa-alueeseen. Fyysinen toimintakyky on kyky suoriutua fyysistä aktiivisuutta vaativista arkielämän toiminnoista. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat kognitiiviset toiminnot, mieliala ja psyykkiset voimavarat. Sosiaalinen toimintakyky on kyky ylläpitää ihmissuhteita koostuen sosiaalisista taidoista. Hengellinen toimintakyky on ihmisen sisäistä voimaa, joka antaa elämälle sisällön ja tarkoituksen. Toimintakyvyn jonkin osa-alueen heikentyessä iäkkään ihmisen toimintakyky

kokonaisuutena heikentyy osa-alueiden ollessa keskenään vuorovaikutuksessa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19–25.)

Keskeinen osa toimintakykyä on liikkumiskyky. Liikkumiskyvyn heikkenemisestä alkavat tavallisesti fyysiset toiminnan rajoitukset. Fyysisen toimintakyvyn arviointi on tärkeää sen tavoitteelliselle tukemiselle. Arvioinnin avulla saadaan tietoa voimavaroista ja ongelmista. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen on yhteydessä selviytymiseen itsensä hoidosta ja arkiaskareista. Pää tavoitteena fyysisen toimintakyvyn tukemisessa on tukea ihmisen itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. Fyysistä toimintakykyä kohentamalla voidaan vaikuttaa kohentavasti elämänlaatuun. Yhden toimintakyvyn osa-alueen parantuminen vaikuttaa positiivisesti myös muille osa-alueille. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22–23; Nummijoki 2009, 90–93.)

Toimintakykyä voidaan tarkastella voimavara-käsitteen avulla. Fyysinen hyvinvointi on voimavara, joka sisältää terveelliset elämäntavat, toimintakykyisyyden ja terveyden. Psykkisen hyvinvoinnin voimavaroihin kuuluu muun muassa elämän hallinta, myönteinen asenne elämään ja hengellisyys. Hyvä yhteistyösuhde esimerkiksi kotihoidon työntekijään saattaa olla voimavara kotihoidon asiakkaalle. Voimavaroina voivat olla myös sosiaaliset suhteet, taloudellinen turvallisuus, oma koti ja kodin toimivuus. Voimavarat ovat asioita, joiden avulla ihminen selviytyy arkielämän toiminnoista. Toimintakykyä pyritään ylläpitämään kuntoutumista edistävän hoitotyön avulla. Työtavan tarkoituksena on hoidettavan toimintakyvyn ylläpitäminen siten, että elämä tuntuu hänestä hyvältä ja arvokkaalta. Toimintakykyä ja elämänlaatua tukevassa hoitotyössä on olennaista hoidettavien voimavarojen tunnistaminen ja niiden hyödyntäminen sekä yhdessä tekeminen asiakkaan kanssa. Koti on toimintakyvyn kannalta parhaimmillaan ihanteellinen ympäristö ylläpitää ja parantaa asiakkaan toimintakykyä. Voimavarojen tukeminen saattaa aluksi vaatia kotihoidon työntekijöiltä työkäytäntöjen uudelleen organisointia. Voimavarojen kartoittaminen ja niiden tukeminen saattavat alussa myös vaatia enemmän aikaa asiakkaalle. Pidemmällä aikavälillä on kuitenkin odotettavaa, että toimintakykyä ja voimavaroja tukeva työote parantaa kotihoidon edellytyksiä. (Heinola & Luoma 2007, 41–42.)

Liikkumista ja toimintakykyä kuvataan systemaattisessa kirjaamisessa pääasiallisesti aktiviteetti komponentissa. Aktiviteetissa kuvataan aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset. Päivittäisissä toiminnoissa kuvataan omatoimisuuteen liittyviä osatekijöitä. Terveyskäyttäytymisen-komponentissa kuvataan terveyden edistämiseen liittyviä osatekijöitä ja sen yhteydessä voidaan tarvittaessa liittää liikunnan puute hoitotyön tarpeeksi. (FinnCC 2008.)

3 HELSINGIN KAUPUNGIN KOTIHOITO

3.1 Helsingin kaupungin kotihoidon historia

Helsingin kaupunginvaltuusto päätti kotisairaanhoidon aloittamisesta maaliskuussa vuonna 1896. Toiminta käynnistettiin alkuun ostopalvelusopimuksella Diakonissalaitoksen kanssa. Kotisairaanhoidon järjestettiin vain varattomille sairaille ja palveluista ei peritty maksua. Ensimmäiset kiertävät kotisairaanhoidajat olivat sisar Pauliina Huttunen ja sisar Greta Brax. He toimivat kiinteästi aluelääkäreiden kanssa ja heidän yhtenä tärkeimmistä tehtävistä oli olla apuna kulkutautien torjuntatyössä. Kaupungin terveydenhoitolautakunta oli valmistellut kiertäville sairaanhoitajille jo vuonna 1896 hoitotyön kirjaamista koskevan ohjeen §13:

”Sairaanhoidtaja tekee työstään lyhyitä muistiinpanoja, joista joka kuukausi jätetään selostus alueläkäriille. Näiden selostusten perusteella aluelääkäri antaa vuosittain selonteon sairaanhoidtajan toiminnasta.” (Helsingin kaupungin terveysvirasto 1996, 5–19.)

Sodan jälkeen 1950–1960-luvuilla Helsinkiin muutti paljon uusia asukkaita teollistumisen myötä. Sairaaloita ja hoitolaitoksia rakennettiin lisää, mutta niiden paikkaluku ei riittänyt tyydyttämään tarvetta. Kotisairaanhoidon oli aiempina vuosikymmeninä todettu tehokkaaksi ja taloudelliseksi sairaalahoitoon verrattuna. Lääketieteen kehitys oli myös mahdollistanut kotihoidon monessa tapauksessa. Terveydenhoitolautakunta teki 1950 ehdotuksen kaupunginvaltuustolle kunnallisen kotisairaanhoidon uudistamisesta. Kaupungin terveydenhoitoviraston johtosäännössä § 32 määrättiin, että terveydenhuolto-osaston tehtäviin kuului järjestää varattomille kaupunkilaisille sairaalan ulkopuolella lääkärinhoito maksutta ja muulle väestölle kaupunginvaltuuston vahvistamasta maksusta sekä huolehtia määräysten mukaisesta sairaanhoidtaja-avusta sairaalan ulkopuolella. Kaikille Helsingin asukkaille tuli mahdollisuus kotisairaanhoidon, josta perittiin maksu potilaan maksukyvyyn mukaan. Maaliskuussa 1951 kaupunginhallitus irtisanoi Diakonissalaitoksen kanssa tehdyn sopimuksen, jolla Diakonissalaitos oli sitou-

tunut luovuttamaan diakonissoja kaupungin aluelääkäreiden avuksi hoitamaan köyhiä ja sairaita. (Helsingin kaupungin terveystoimisto 1996, 29–38.)

Terveystoimistolautakunnan mielestä kotisairaanhoidon voitiin hoitaa tehokkaammin keskittämällä se kotisairaanhoidotoimistoon. Vuonna 1950 aloitti ensimmäinen kotisairaanhoidotoimisto toimintansa Helsingissä. Toimisto oli kiinteässä yhteistyössä kaupungin kodinhoitajakanslian kanssa, joka hoiti toimistojen jälkeen myös kotisairaanhoidon välityksen. Kotisairaanhoidon pitämä kirjasto uusittiin vuonna 1954. Hoitajat täyttivät potilaistaan potilaskortit. Potilaskortista tieto siirrettiin toimistolla oleviin reikäkortteihin ja tilastoitiin koneellisesti. Tarkat tiedot potilaista ja tehdystä työstä olivat hyvänä pohjana, kun työtä edelleen kehitettiin. Kotisairaanhoidon kehitykseen vaikuttivat myös eri puolella kaupunkia avatut, uudet sairaanhoitoasemat ja aluelääkäreiden yhteisvastuut. Niistä muodostui myös kotisairaanhoidon toiminnan keskuspaikkoja. Vuonna 1970 Helsingin kaupungin palveluksessa oli 89 kotisairaanhoidajaa. (Helsingin kaupungin terveystoimisto 1996, 33–38.)

1972 voimaan tullut kansanterveyslaki velvoitti kunnat järjestämään kuntalaisilleen tarvittavat peruspalvelut, joista yksi oli maksuton kotisairaanhoidon palvelu. Kotisairaanhoidon palvelu oli maksutonta Helsingin kaupungilla vuoteen 1993 saakka. Kotisairaanhoidossa työskenteli terveyskeskuksen alaisuudessa terveydenhoitajia, sairaanhoitajia ja apuhoitajia. Kotipalvelua kehitettiin erillään sosiaalitoimen alaisuudessa ja siinä työskenteli kodinhoitajia ja kotiavustajia. Kansanterveyslaitoksen kotisairaanhoidon palvelu pidettiin ensisijaisena hoitotapana laitoshoidon verrattuna. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 9.)

Kansanterveyslaki edellytti, että terveyskeskukset tekevät vuosittain toimintakertomuksen. Lääkintöhallitus edellytti, että jokaisesta potilaasta oli tehtynä terveyskertomus, jossa yhtenä oli lomake kotisairaanhoidosta. Kansanterveyslain jälkeen kotisairaanhoidon työ on muuttunut yhä enemmän ryhmätyöksi. Yhteistyötä tekevään ryhmään tulivat lääkäreiden, lääkintävoimistelijoiden, kodinhoitajien ja huoltoviraston huoltosisarten lisäksi kylvettäjät, apu- ja perushoitajat, jalkahoitajat, kuntahoitajat, hammaslääkärit ja -hoitajat sekä muut tukipalvelui-

den tuottajat. Potilaan tarpeista alettiin laatia kirjallista hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Päävastuu sen tekemisellä oli kotisairaanhoidon ja kotipalvelun henkilökunnalla. Suunnitelmaan kirjattiin potilaan sairautta, lääkitystä ja hoitoa koskevat asiat sekä potilaan yksilölliset hoidontarpeet. Suunnitelma toimi potilaan hoitoon liittyvänä työnjakona. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 1996, 39–46.)

2000-luvulla panostettiin Helsingin kaupungilla tekniikkaan kotihoitotyön helpottamiseksi. Kaakkoisen sosiaalikeskuksen ja terveyskeskuksen kotihoitoprojektin loppuraportissa vuonna 2002 kerrotaan kuinka matkapuhelimien, langattomien ja ATK-laitteiden määrä on lisääntynyt kotihoidossa. Raportissa mainitaan myös, että Pegasos-tietojärjestelmä pilotoitiin lokakuussa 2000 ja keväällä 2001 koko kaakkoisen terveyskeskuksen henkilökunta koulutettiin Pegasos-tietojärjestelmän käyttöön. Pegasoksen myötä kotihoitoon suunniteltiin thalia-pienlaitteen käyttöönotto, jonka avulla tavoitteena oli kirjaamisen helpottaminen ja asiakastietojen käytettävyys kotikäyntien aikana. (Helppolainen, Kämäräinen, Lehtevä, Mäkipää & Vartio 2002, 17–18.)

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelu yhdistyivät Helsingissä vuoden 2005 alusta terveyskeskuksen alaiseksi kotihoidoksi. Yhdistämisellä pyrittiin vahvistamaan kotona asuvien entistä huonokuntoisempien vanhusten hoidollista laatua ja säästämään kustannuksia päällekkäisyyksiä poistamalla. Yhdistetyn kotihoidon pyrkimyksenä on hoitaa asiakasta kokonaisvaltaisesti, asiakasta aktivoivalla tavalla (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009,12). Aluksi kolmivuotisenä koeluna toiminut kotihoito on vakiinnuttanut asemansa. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyminen edellytti yhteisen asiakasrekisterin luomista, joka vaati myös lainsäädännöllisiä muutoksia. Sosiaaliviraston ATJ-ohjelma oli Pegasos-potilastietojärjestelmän rinnalla käytössä vuoteen 2006. (Kerosuo, Haavisto & Heikkinen 2009, 55.)

Helsingissä käynnistettiin vuonna 2006 vanhusten syrjäytymistä ehkäisevä kehittämisprojekti yhdessä Helsingin kaupungin terveyskeskuksen ja Helsingin yliopiston Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikön kanssa. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelu olivat runsas vuosi aikaisemmin yhdistyneet kotihoi-

toyksiköksi ja uusi yksikkö lähti aktiivisesti etsimään uusia toimintatapoja ja palveluja kotihoitoon. Kehittämishanke nimettiin ”Vanhusten syrjäytymisen ehkäiseminen Helsingin kotihoidossa–Lupaavien käytäntöjen jalostamishanke.” (Simola & Lyytinen 2009,7.) Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa etsittiin lupaavia käytäntöjä, jotka olivat jo käytössä kotihoidossa. Yli 70 ehdotuksesta valittiin yhdeksän kehittämisaluetta, jotka olivat: peruspalvelujen rikastaminen, kotihoiton asiakkaiden yksinäisyys, toiminta- ja liikkumiskyky, kirjaaminen, raportointi ja tiedonhallinta kotihoidossa, muistihäiriöt ja ikääntyminen, lääkehoito kotihoidossa, interaktiiviset teknologiat, kotiutus ja suun terveydenhuolto. (Helsingin kaupunki, terveystakeskus i.a.)

3.2 Helsingin kaupungin kotihoito vuonna 2011

Helsingin kaupungin kotihoito-osasto jakautuu kuuteen palvelualueeseen, jotka jakautuvat yhteensä 70 lähipalvelualueeksi, joissa kaikissa toimii 2–3 asiakkaita hoitavaa tiimiä. (Helsingin kaupunki, terveystakeskus i.a.). Kotihoidon palvelut tukevat asiakasta niissä päivittäisissä toiminna, joista asiakas ei itse suoriudu. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen on merkittävä syy tulla kotihoidon piiriin. (Luoma & Kattainen 2007, 19.)

Kotihoidon laskennassa 31.10.2010 Helsingin kaupungilla oli kotihoidon piirissä olevia asiakkaita 9852 ja heistä säännöllisen kotihoidon piirissä 5950 asiakasta. 75 vuotta täyttäneestä väestöstä oli 11.5 % säännöllisen kotihoidon piirissä. Koko maan keskiarvo oli 11.9 %. Jatkuvan, ympärivuorokautisen hoidon tarpeen piirissä Helsingin kaupungin kotihoidossa oli 258 säännöllisen kotihoidon asiakasta 31.10.2010. (Väyrynen & Kuronen 2010, 18, 40.) Kotihoidossa työskentelee yli 1600 hoitoalan ammattilaista (Helsingin kotihoitoon i.a.).

Kuntien tehtävänä on toimia kotihoidon järjestäjänä, mutta kotihoito toteutetaan nykyään usean eri palveluntuottajan toimesta. Päivittäinen kotihoito toteutetaan kotihoidon toimesta, mutta tukipalveluina Helsingin kaupungilla ovat ateriapalvelu, kauppapalvelu, kotisiivous, turvapalvelu, apteekin annosjakelu ja saunapal-

velu. Niistä peritään kulloinkin terveyslautakunnan määräämä maksu. Tukipalveluiden lisäksi kotihoito tekee laajalti yhteistyötä muun muassa sairaaloiden, sosiaalihoitajien, fysioterapeuttien, kolmannen sektorin ja omaisten kanssa. (Tepponen 2007, 61–73, Kotihoidon asiakasmaksut 2011.)

3.2.1 Kotihoidon asiakkaan hoitotyön kirjaamisprosessi

Kotihoidon asiakkaan hoitotyön hoitosuunnitelma ja päätöksenteko perustuvat **tiedonkeruuseen**. Riittävällä ja asianmukaisella tiedonkeruulla potilasturvallisuus ja hoitotyön jatkuvuus lisääntyvät ja näin kyetään paremmin käyttämään hoitotyön resursseja optimaalisesti. Helsingin kaupungin kotihoidolla on käytössä Tiedonkeruu, elämisen toiminnot-lomake. Lomake on suunniteltu FinCC-luokitusten mukaisesti. Elämisen toiminnot ovat toimintoja, jotka asiakas huolehtisi kyetessään itse. Kun asiakas ei selviydy itse elämisen toiminnoissaan kirjataan tieto tiedonkeruulomakkeeseen ja pegasokseen sekä sovitaan hoitosuunnitelmassa miten asiakasta autetaan. Tiedonkeruu pohjautuu haastatteluun, lähetetietoihin, aikaisempiin sairauskertomuksiin, havainnointiin ja tarvittaessa erilaisiin testauksiin. Hoitajien tekemä havainnointi asiakkaasta ja hänen ympäristöstään on tärkeää, jotta asiakkaan oireita ja merkkejä asiakkaan tilasta voidaan hyödyntää hoitotyön ja hoidon tarpeen arvioinnissa. (Kiviharju-Rissanen 2007, 3–4; Hallila 2005, 61–62.)

Helsingin kotihoidon asiakkaiden **hoitoa ja kuntoisuutta voidaan arvioida** erilaisin mittauksin ja mittarein kuten Rai-arviointi, MMSE-testi ja Rava. Rai-arviointi on asiakkaiden arviointiin sekä hoidon ja palvelujen suunnitteluun ja seurantaan tarkoitettu laatujärjestelmä. Arvioinnin tekee se hoitaja, joka parhaiten tuntee asiakkaan. Rai-arviointi tehdään uusille säännöllisen kotihoidon asiakkaille, vähintään puolivuositain samalle asiakasryhmälle, tarpeen mukaan voinnin oleellisesti muuttuessa ja asiakkaan uloskirjauksen yhteydessä. Rai-arviosta esiinnousseet voimavarat ja ongelmat kirjataan hoitosuunnitelmaan. MMSE, Mini-Mental State Examination, on muistiseula, joka sisältää lyhyitä tehtäviä, jotka arvioivat kognition eri osa-alueiden toimintoja. Rava-järjestelmä mit-

taa toimintakykyä, muistitoimintoja ja mielialaa. Sen avulla saadaan käsitys siitä, missä toiminnoissa asiakas tarvitsee apua ja missä toiminnoissa selviytyy itsenäisesti. (Holma 2003, 73; Finne-Soveri, Itkonen, Noro, Björkgren & Vähäkangas 2006, 29–31.)

Helsingin kaupungin kotihoidon kirjaaminen on muuttunut systemaattiseksi asteittain vuodesta 2009. Kotihoidon asiakkaan **hoitotyönsuunnitelmaan** on sovitettu kirjattavaksi kaikille asiakkaille **ravitsemus, lääkitys ja liikkuminen** sekä lisäksi asiakkaan hoidon kannalta **muut merkittävät hoidon tarpeet** (Koskivirta & Myyryläinen 2010). Hoitotyön hoitosuunnitelmassa asiakkaan tarpeet huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Hoitosuunnitelma on dokumentti asiakkaan hoidon ja palvelun tarpeista, tavoitteista, keinoista ja arvioinnista. Asiakkaan vastuuhoitaja laatii yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa hoitosuunnitelman ja se pyritään tekemään yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Hoitosuunnitelma toimii yhteistyövälineenä varmistuen hoidon jatkuvuuden, palvelun laadun ja ohjaa tavoitteellista asiakaslähtöistä hoitoa. Kotihoidon asiakkaan kotona selviytymisessä tai terveydentilassa tapahtuessa muutosta hoitosuunnitelmaa arvioidaan ja pitkäaikaisasiakkaan hoitosuunnitelmaa tulee arvioida vähintään puolivuositain. (Kiviharju-Rissanen 2007, 4–6.)

Hoitotyön prosessissa **hoitotyön avun tarpeessa** kuvataan, miksi asiakas tarvitsee ulkopuolisen apua sekä miksi kotihoito käy asiakkaan luona. Hoitotyön diagnoosi tarkoittaa asiakkaan ongelmia ja voimavaroja. **Hoitotyön tavoitteessa** kuvataan, mihin hoidolla pyritään. Tavoitteet ohjaavat asiakkaan hoitoa ja niiden tulee olla asiakaslähtöisiä, konkreettisia, toteuttamiskelpoisia ja aikaan sidottuja. Tavoitteet mietitään mielellään yhdessä asiakkaan kanssa, mihin asiakas suostuu sitoutumaan. Mahdollisuuksien mukaan tavoitteeseen merkitään aikataulu mihin mennessä tavoite saavutetaan. **Hoitotyön toimenpiteet** ovat menetelmiä, joilla hoidolle saavutetut tavoitteet saavutetaan. Hoitotyön toimenpiteissä eli keinoissa mainitaan kuka tekee, mitä tekee ja milloin tekee. Hoitotyön keinojen tulee olla selkeästi kirjattu, että niiden toteuttaminen onnistuu kirjauksen ohjaamana. Hoitotyön avun tarpeesta, tavoitteista ja keinoista muodostuu hoitotyön hoitosuunnitelma. (Koskivirta & Myyryläinen 2011.)

Kotihoidon asiakkaille tehdään **palvelu- ja hoitosuunnitelma** (pahosu), joka on asiakkaan ja hänen omaisten/läheisten sekä kotihoidon ammattihenkilöiden yhteistyösopimus. Palvelu- ja hoitosuunnitelma laaditaan hoitosuunnitelmaan perustuen. Kotihoidon asiakas tai hänen yhteyshenkilönsä sekä kotihoidon ohjaaja allekirjoittavat palvelu- ja hoitosuunnitelman. Kotihoidon ohjaaja tekee maksupäätöksen, joka perustuu palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Hoidon tai palvelun määrän muuttuessa yli kuukauden ajaksi palvelu- ja hoitosuunnitelmaa muutetaan. (Kiviharju-Rissanen 2007, 7.)

Hoitotyön seurantatietojen kirjaaminen, **päivittäinen kirjaaminen**, on osa hoitotyön jatkuvaa, jokaisessa hoitotilanteessa tapahtuvaa arvioivaa ja perusteltua päätöksentekoa. Asiakkaan vointia ja kotona selviytymistä havainnoidaan kotikäynneillä ja kotihoidon jokainen käynti kirjataan ja tilastoidaan. Systemaattisessa kirjaamisessa päivittäinen kirjaaminen on arvioivaa ja perustuu hoitosuunnitelman tavoitteisiin. Päivittäisessä kirjaamisessa kirjataan käyntikohtaiset havainnot ja johtopäätökset asiakkaan voinnista, kirjataan asiakkaan voimavaroista osallistua hoitoon ja kuvataan, miten asiakas on hyötynyt hoidosta sekä mitä asiakas itse kertoo voinnistaan tai saamastaan hoidosta ja todennetaan tarkasti kirjauksella hoitajan tekemät sairaanhoidolliset toimenpiteet. (Kiviharju-Rissanen 2007, 7–8; Koskivirta & Myyryläinen 2011.)

Kotihoidon hoitotyönyhteenvedon tarkoituksena on varmistaa kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuus ja tavoitteellisuus kirjaamalla väli- tai loppuarviointi asiakkaasta. Hoitotyönyhteenvedo sisältää arvion asiakkaan terveydentilasta, kotona selviytymisestä ja kuinka hoitosuunnitelman tavoitteita on saavutettu. Ensikäynnistä tehdään aina kattava yhteenvedo. Kotihoidon asiakkaan vastuuhoitajan tehtäviin kuuluu tehdä hoitotyön yhteenvedo 3–6 kuukauden välein asiakkaasta. Lisäksi kotihoidon yhteenvedo tehdään tarvittaessa, kun asiakkaan terveydentilassa on tapahtunut oleellinen muutos, asiakas on lähetetty sairaalaan, sap-lausuntoa (selvitys, arviointi ja palvelu) varten tai loppuarvio, kun asiakkuus kotihoitoon päättyy. (Kiviharju-Rissanen 2007, 8.)

3.2.2 Liikkumisen ja toimintakyvyn huomioiminen kotihoidossa

Liikkumiskyky on keskeinen osa toimintakyvystä. Tavallisesti fyysisten toimintojen rajoitukset alkavat liikkumiskyvyn heikkenemisestä. Kotihoidon asiakkaiden liikkumiskyvyn heikentyminen rajoittaa keskeisesti asiakkaiden toimintakykyä. Kotihoidon asiakkaiden voimavaroista lähtevän toimivuuden ja työntekijöiden asiakaslähtöisen hoidon tulisi onnistua niin, että asiakkaan hoito toteutuisi asiakkaan toimijuuttaan tukien. (Nummijoki 2009, 87–93.)

Helsingin kaupungin kotihoidon asiakkaille on sovittu kirjattavaksi hoitosuunnitelmaan hoidon tarpeeksi liikkuminen. Liikkuminen ja toimintakyky kartoitetaan näin kaikilta kotihoidon asiakkailta. Asiakkaan liikkumisessa selvitetään, miten asiakas liikkuu sisällä ja ulkona, apuvälineet ja niiden tarve sekä mahdollinen kivun vaikutus liikkumiseen. Toimintakyvyn seuraamisessa ja arvioinnissa on tärkeää huomioida esimerkiksi pystyykö asiakas syömään tai valmistamaan ruokaa itsenäisesti. Liikkumista ja toimintakykyä selvitettäessä on asiakkaiden positiiviset voimavarat oleellista huomioida. (Helsingin kaupunki, i.a.; Koskivirta & Myyryläinen 2011.)

Fyysinen minäkuva on merkittävä osa persoonallisuutta ja mielenterveyden perusta. Liikunnan avulla voidaan parantaa yleistä aktiivisuutta, luoda edellytyksiä sosiaaliseen kuntoutukseen ja lisätä hyvänolon tunnetta. Liikunnasta koettu ilo, hyöty ja nautinto tukevat fyysisen minäkuvan kehittymistä ja kohottavat mielialaa. Liikunnalla edistetään fyysisen hyvinvoinnin lisäksi myös psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Yhdistetyn kotihoidon pyrkimyksenä on asiakkaan kokonaisvaltainen hoitaminen asiakasta aktivoivalla tavalla. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 12; Rantanen 2008, 329–330.)

3.2.3 Liikkumissopimus kotihoidossa

Helsingin kaupungin kotihoidossa on ollut vuodesta 2010 käytössä liikkumissopimus, joka on syntynyt Helsingin yliopiston kanssa yhteistyössä, jossa on poh-

dittu syrjäytymisen ehkäisyä. Liikkumissopimus on kotihoidon asiakkaan ja työntekijän yhdessä tekemä sopimus arkiliikkumisen ja liikuntaharjoittelun tukemisesta. Arkiaskareiden ja liikuntaharjoittelun tarkoituksena on parantaa kotihoidon asiakkaan lihasvoimaa, tasapainoa, liikkumis- ja toimintakykyä. (Helsingin kaupunki, i.a.)

Liikkumissopimuksen tekeminen on prosessi. Kotihoidon työntekijä kartoittaa haastattelun, havainnoinnin ja mittaamisen avulla kotihoidon asiakkaan fyysistä toimintakykyä ja voimavaroja. Kotihoidon asiakas ja työntekijä yhdessä miettivät liikkumissopimuksen tavoitteet ja lisäksi kotihoidon työntekijä voi ehdottaa asiakkaalle liikkumissopimukseen yksityiskohtaisempia lisätavoitteita tutkimustulosten perusteella. Kotioloissa tapahtuvien liikuntaharjoittelujen lisäksi kotihoidon asiakkailla on mahdollisuus osallistua Helsingin kaupungin liikuntaviraston järjestämiin ohjattuihin liikuntaryhmiin. (Helsingin kaupunki, i.a.; Lampila 2008, 334–341.)

Asiakkaan ja työntekijän yhdessä laatima liikkumissopimus liitetään osaksi hoitosuunnitelmaa ja merkitään tiedoksi palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Kotihoidon työntekijät huolehtivat sovittujen liikkumisharjoitusten toteuttamisesta ja seurannasta kotikäynneillä hoitosuunnitelman mukaisesti. Seurantajakson jälkeen arvioidaan liikkumissopimuksen toteutumista ja kuinka se on vaikuttanut asiakkaaseen. Asiakkaan toimintakyvyn muutokset ja jatkosuunnitelma kirjataan hoitosuunnitelmaan. (Helsingin kaupunki, i.a.; Lampila 2008, 334–341.)

Toimintamalli Liikkumissopimus-arkiliikkumisen tukeminen kotihoidossa on voittanut vuonna 2010 Helsingin kaupungin henkilöstölle ja työyhteisöille tarkoitetun kaupunginjohtajan Vuoden saavutus-kilpailun. Kilpailun raadin perusteluissa kerrotaan, että hankkeen toimintamalli tuo kotihoidossa tehtävään työhön uuden näkökulman: kotihoidon asiakkaasta tulee passiivisen palvelujen vastaanottajan asemasta aktiivinen palvelujen käyttäjä, joka osallistuu oman toimintakykynsä ylläpidon suunnitteluun ja toteutukseen. Ikääntynyt saa näin mahdollisuuden elää omien voimavarojensa mukaista aktiivista elämää ja asua kotona kenties pidempään. Raadin mukaan toimintamallilla voidaan ehkäistä syrjäytymistä yh-

teiskunnasta sekä lisätä henkistä hyvinvointia ja oman elämän hallinnan tunnetta. Hankkeella nähdään olevan myös laajaa yhteiskunnallista vaikutusta terveydenhoidon ja erityisesti kotihoidon alalla. Toimintakyvyn suunnitelmallisen ylläpitämisen avulla voidaan saavuttaa myös merkittäviä taloudellisia kustannussäästöjä. Kotihoidon asiakkaiden ja henkilökunnan kokemukset kotihoidon palvelujen laadun merkittävästä parantumisesta vaikuttavat myös molempien hyvinvointiin. (Helsingin kaupunki, terveyskeskus 2010.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa on huomioitu kotihoidon asiakkaan toimintakyky sekä miten hoitotyön päivittäinen arvioiva kirjaaminen oli toteutunut liikkumista ja toimintakykyä koskevissa kirjauksissa hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä kotihoidon asiakkaiden hoitotyön kirjaamista ja toimintakyvyn tukemista.

Tutkimuskysymykset:

1 Miten hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa on huomioitu kotihoidon asiakkaan toimintakyky?

2 Miten arvioiva kirjaaminen toteutuu liikkumista ja toimintakykyä koskevissa kirjauksissa hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimusmenetelmän valinnan määrittelevät millaista tietoa tavoitellaan ja mitkä ovat tutkimuksen teoreettiset tavoitteet. Laadullinen tutkimus sopi parhaiten opinnäytetyöni tutkimiseen tavoitellessani löytämään opinnäytetyön aineistosta liikkumista ja toimintakykyä kuvaavaa hoitotyön kirjaamista. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen eri lähestymistapojen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Kotihoidon hoitotyön systemaattisesta kirjaamisesta etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin tarkentavien tutkimuskysymysten avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50.)

Laadullisen tutkimuksen aineistoissa keskitytään useimmiten määrän sijasta aineiston laatuun. Tutkimuksen valinnassa keskitytään valitsemaan aineistoa, jossa on paljon tietoa tutkittavasta asiasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83.) Opinnäytetyön aineiston valinta suoritettiin ennalta määrättyjen hakukriteerien mukaisesti. Hakukriteerit täyttävillä kotihoidon asiakkailla oletettiin olevan riittävästi tutkimukseen soveltuvaa tietoa hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa.

5.2 Aineistonkeruu ja kohderyhmä

Tutkimusympäristönä oli Helsingin kaupungin kotihoito. Tutkimuksessa käytiin läpi 12 kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelmaa ja kaikkia hoitotyön päivittäisiä kirjauksia kahden kuukauden ajalta 1.10–30.11.2011. Helsingin kaupungin systemaattisen kirjaamisen kouluttajat Jonna Koskivirta ja Marjo Myyryläinen tulostivat opinnäytetyöhön tarvittavan aineiston poistaen kotihoidon asiakkaiden tunnistetiedot aineistosta. Aineistonkeruun aikataulua aikaistettiin kuukaudella tutkimuslupahakemuksessa olevasta kotihoidon kouluttajien työhön sopivien aikataulujen vuoksi. Hoitotyön systemaattista kirjaamista käsittelevä opinnäytetyöni

keskittyi liikkumista kuvaavan hoidon tarpeen tutkimiseen, mutta tutkimukseen tarvittiin kaikki päivittäiset kirjaamiset, koska myös muiden komponenttien alta etsittiin liikkumista ja toimintakykyä koskevia kirjauksia.

Helsingin kaupungin kotihoidolla on kuusi palvelualueita. Jokaiselta palvelualueelta valittiin kaksi lähipalvelualueita, järjestyksessä toinen ja kuudes. Lähipalvelualueilta valittiin ensimmäinen hakukriteerit täyttävä asiakas. Kotihoidon kouluttajat suorittivat aineistonvalinnan hakukriteerien mukaisesti ja aineisto toimitettiin paperiversiona opinnäytetyön tekijälle. Aineisto toimitettiin opinnäytetyön tekijälle sellaisessa muodossa, että siinä ei ollut tunnistettavissa lähipalvelualueita, asiakasta, hoitotyön kirjauksia tehneiden hoitajien nimiä tai ammattinimikeitä eikä muita tunnistetietoja mistä olisi käynyt ilmi aineiston alkuperä.

Tutkimukseen valittujen hakukriteereinä oli, että asiakkuus Helsingin kaupungin kotihoitoon oli kestänyt yhden vuoden, alkaen 1.9.2010. Alun perin tarkoituksena oli, että myös systemaattinen kirjaamismalli olisi ollut käytössä tutkimukseen osallistuneilla palvelualueilla vähintään vuoden. Suunnitelmasta kuitenkin luovuttiin, koska haluttiin saada kaikki palvelualueet mukaan tutkimukseen ja kouluttajien näkemyksen mukaan kirjaaminen oli riittävän vakiintunutta kaikilla alueilla.

Valituilla kotihoidon asiakkailla piti olla voimassaoleva palvelu- ja hoitosuunnitelma ajalla 1.9–30.11.2011 Helsingin kaupungin kotihoidossa. Tutkimusaineiston luotettavuuden vuoksi palvelu- ja hoitosuunnitelman piti olla voimassa kuukauden ennen kuin tutkimusaineiston kerääminen aloitettiin. Kotihoidon asiakkuuden hoitosuhde ei saanut olla keskeytyksessä ja kotihoidon käyntejä valituilla piti olla vähintään yksi vuorokaudessa. Tutkimussuunnitelman mukaan tarkoituksena oli valita asiakkaat ylemmistä maksuluokista, että heillä olisi enemmän päivittäisiä käyntejä ja tästä johtuen enemmän hoitotyön kirjauksia. Maksuluokavaatimuksesta kuitenkin luovuttiin, koska maksuluokkia ei näkynyt kotihoidon kouluttajien tiedostoissa ja tiedot päivittäisistä käynneistä ilmenivät muutoin.

Ensimmäinen hakukriteerien täyttävä asiakas valittiin. Kotihoidon kouluttajat joutuivat käymään läpi useita asiakkaita ennen kuin hakukriteerit täyttyivät kaikilta osin. Tämän vuoksi alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen valittiin ensimmäinen hakukriteerit täyttävä asiakas jokaiselta lähialueelta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan valinta olisi kohdistunut aakkosissa määrättyssä paikassa olevaan tutkimuksen ehdot täyttäneeseen kotihoidon asiakkaaseen.

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Opinnäytetyö toteutettiin aineistonlähtöisenä sisällönanalyysinä. Sisällönanalyysi ei etene tiettyä kaavaa noudattaen. Tutkija joutuu kohtaamaan kykynsä tutkijana. Sisällönanalyysimenetelmä käyttämisen haasteena on sen joustamattomuus ja säännöttömyys, analyysimenetelmä pakottaa tutkijan ajattelemaan itse. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–134.)

Aineistonlähtöisessä sisällönanalyysissä käytetään luokittelua teoreettisen merkityksen perusteella. Se perustuu aineistonlähtöiseen päättelyyn, jota tutkimusongelmat ohjaavat. Aineistonlähtöisessä analyysissä on tarkoituksena luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia. Aineiston analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin käyttäen laadullista tutkimusmenetelmää ja aineistonlähtöistä sisällönanalyysia. Opinnäytetyön aineistoon tutustuminen tapahtui huolellisesti. Aineisto käytiin läpi ja tarkasteltiin huolellisesti, miten aineisto oli rakentunut. Aineiston materiaalissa oli kahden kuukauden tutkimusajanjaksolla kotihoidon hoitajien kirjaamia hoitotyön päivittäisiä kirjaamismerkintöjä 113—432 kappaletta asiakkaasta riippuen. Aineiston määrä jakaantui kotihoidon asiakkailla tasaisesti edellä mainitun määrän välille. Päivittäisistä kirjaamismerkinnöistä eriteltiin aluksi liikkumista ja toimintakykyä koskevat kirjaamis-

merkinnät. Toimintakykyä koskevia kirjaamismerkintöjä etsittiin myöhemmin myös muiden päivittäisten kirjaamismerkintöjen alta.

Tutkimuskysymyksiä oli kaksi. Molempiin tutkimuskysymyksiin oli tarkentavia tutkimuskysymyksiä (Liite 1). Tarkentaviin tutkimuskysymyksiin etsittiin vastaukset, jotka kirjattiin sanasta sanaan niitä varten rakennettuun kaavakkeeseen (Liite 2). Tarkastelemalla saatuja vastauksia ja ryhmittelemällä ja pelkistämällä niitä tehtiin tulkintoja ja johtopäätöksiä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn huomioiminen hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa

Hoitosuunnitelma oli tehty kaikille 12 tutkimukseen valitulle kotihoidon asiakkaalle. Yksi hoitosuunnitelmista oli osittain keskeneräinen. Keskeneräisessä hoitosuunnitelmassa oli mainittu pääluokka, mutta hoidon tavoite ja keinot puuttuivat kahdesta hoidon tarpeesta, jotka molemmat liittyivät lääkehoitoon.

Liikkumista kuvaava hoidon tarve löytyi yhtä hoitosuunnitelmaa lukuun ottamatta kaikista hoitosuunnitelmista. Aktiviteetti komponenttiin kuuluvaa pääluokkaa **aktiviteetin muutos** oli käytetty viisi kertaa. Aktiviteetin muutos alaluokkaa, **liikunnan vähäisyys**, oli käytetty yhden kerran. Päivittäiset toiminnot komponentin pääluokkaan **liikkumiseen liittyvä avuntarve** oli käytetty hoitosuunnitelmissa neljä kertaa ja **apuvälineiden tarve** yhden kerran. Apuvälineiden tarve ei ole liikkumista kuvaava hoidon tarve, mutta hoitosuunnitelmassa sitä oli käytetty liikkumista kuvaavana hoidon tarpeena. Hoitosuunnitelmassa oli kuvattu, miten asiakas liikkuu ja minkälaisia apuvälineitä tarvitsee sekä mitkä ovat tavoitteet liikkumiskyvylle. Yhdessä hoitosuunnitelmassa ei ollut mitään liikkumiseen liittyvää hoidon tarvetta. Hoitosuunnitelmissa oli vaihtelevasti kirjattu apuvälineiden tarve, asiakkaan liikkumiskyky, toimintakyvyn seuraaminen ja henkinen aktiviteetti riippumatta mitä hoidon tarveluokitusta oli käytetty.

Liikkumissopimus oli liitetty hoitosuunnitelmaan kahdella asiakkaalla aktiviteetti-komponentin alle pääluokkaan aktiviteetin muutos. Kummallakin asiakkaalla oli liikkumissopimuksessa selvitetty hoitotyön keinoissa, mitä liikkumissopimuksen mukaisesti asiakkaan kanssa tullaan tekemään. Toisella asiakkaalla oli mainittu milloin liikkumissopimusta noudatetaan, hoitosuunnitelmaan oli kirjattu, että kävelyharjoituksia tehdään joka arkipäivä. Toisen liikkumissopimuksessa ei ollut mainintaa liikkumissopimuksen noudattamisen ajankohdasta. Hoitosuunnitelmaan oli kirjattu, että liikkumissopimuksen ohjeet katsotaan kotona.

Kotihoidon asiakas, jonka hoitosuunnitelmaan oli kirjattu ajankohta milloin liikkumissopimusta noudatetaan, oli hoitotyön päivittäisiä kirjaamismerkintöjä 32 kertaa kahden kuukauden ajalla. Päivittäisistä kirjaamismerkinnöistä ilmeni, että liikkumissopimuksen mukaisia liikkumisharjoituksia oli tehty tai asiakas oli estynyt niitä tekemästä, esimerkiksi väsymyksen tai muun menon vuoksi. Toisessa liikkumissopimuksessa, missä ei ollut mainittu ajankohtaa liikkumissopimuksen noudattamiselle, oli liikkumissopimuksen mukaisesti toimittu yhden kerran. Heidän lisäksi kahdella asiakkaalla oli maininta aktiviteetin muutos-kohdassa, että liikuntasopimus tullaan tekemään. Muiden hoitosuunnitelmissa ei ollut mitään mainintaa liikkumissopimuksesta.

Kotihoidon asiakkaiden **voimavarot** tarkasteltaessa liikkumiseen liittyvän hoidon tarpeen alta, oli viidessä hoitosuunnitelmassa kirjattu kuvaillen miten asiakas liikkuu. Hoitosuunnitelmiin oli kirjattu, että asiakas liikkuu itsenäisesti, ilman apuvälineitä tai selviytyy liikkumisesta esimerkiksi rollaattorin avulla itsenäisesti. Liikkumiseen liittyvässä avuntarpeessa ei ollut mainittu muuten voimavarot hoitotyön diagnoosissa. Hoitotyön keinoissa oli mainittu, mitä asiakas kykeni tekemään itsenäisesti tai ohjattuna. Hoitotyön keinoina oli esimerkiksi asiakkaan motivointi tekemään itsenäisesti jumppaliikkeitä. Tämän perusteella saattoi ajatella, että asiakkaalla oli voimavarot itsenäiseen fyysiseen harjoitteluun. Muutamassa hoitosuunnitelmassa ei ollut mitään mainintaa voimavaroista tai mistä niitä voisi päätellä huolimatta siitä, että laajensin voimavarojen etsimistä kaikkien komponenttien alta hoitosuunnitelmista.

Minkälaisissa asioissa asiakas tarvitsee apua tai tukea oli kirjattu kahdeksan kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelmassa liikkumista kuvaavassa avuntarpeessa. Hoitosuunnitelmiin oli kirjattu asiakkaan tarvitsevan esimerkiksi apua kävelyharjoituksiin, kannustamista arkiliikuntaan, liikkumissopimuksen mukaisen kotijumpan toteuttamista, toimintakyvyn seuraamista tai tukea liikkumiseen. Avuntarve oli kirjattu niin, että siitä ilmeni mitä hoitajien tulee tehdä, esimerkiksi kannustetaan ulkoiluun tai motivoidaan tekemään itsenäisesti jumppaliikkeitä.

Kolmella asiakkaalla ei ollut mainittu, minkälaisissa asioissa asiakas tarvitsee apua tai tukea. Heistä kahden hoitosuunnitelmassa oli mainittu, että asiakas liikkuu itsenäisesti ja ei tarvitse apua liikkumisessa. Yhdellä asiakkaalla oli tavoitteena liikuntakyvyn ylläpitäminen tai parantuminen aivoinfarktin jälkeen. Hänen hoitotyön auttamismenetelmissään ei ollut mainintaa, minkälaisissa asioissa asiakas tarvitsi apua tai tukea. Yhdessä hoitosuunnitelmassa ei ollut hoidon tarpeena liikkumiseen liittyvää avun tarvetta eikä näin ollen minkälaisissa asioissa asiakas tarvitsi apua tai tukea liikkumiseen ja toimintakykyyn liittyvissä asioissa.

Viidessä hoitosuunnitelmassa oli kuvattu liikkumista kuvaavassa hoidon tarpeessa miksi asiakas tarvitsee apua tai tukea. Avuntarpeen syinä oli mainittu asiakkaan näköongelma, motivaation puute ja haluttomuus osallistua arkielämän toimintoihin, liikkumisen kokeminen epävarmaksi sekä aivoinfarktin jälkitila.

Päivittäinen kirjaaminen perustui parhaiten hoitosuunnitelmien tavoitteisiin liikkumista kuvaavissa hoidontarpeissa, joissa hoitosuunnitelmissa oli mainittu tarkasti, minkälaista apua asiakas tarvitsee ja ajankohta, milloin avuntarvetta oli tarkoitus toteuttaa. Kolmen asiakkaan hoitosuunnitelmassa oli liikkumista kuvaavassa hoidon tarpeessa määritelty minkälaista apua ja milloin asiakas tarvitsee apua, esimerkiksi, hoitosuunnitelmassa oli kirjattu: kävelyharjoituksia rollaattorin avulla voinnin mukaan päiväkäynnin aikana. Kaikkien kolmen asiakkaan hoitotyö oli toteutunut suunnitelman mukaisesti useammin hoitotyön kirjausten mukaan. Hoitotyön päivittäinen kirjaaminen oli runsaampaa kuin niiden asiakkaiden, joiden hoitosuunnitelmassa ei ollut määritelty ajankohtaa milloin asiakasta autetaan. Päivittäisessä kirjaamisessa oli huomioitu toimintakyvyn kuvaaminen, auttamismenetelmien vaikutuksien huomioiminen ja liikkumissopimusten toteuttaminen.

Kahdella asiakkaalla oli hoitotyön päivittäisessä kirjaamisessa liikkumista kuvaavassa hoidon tarpeessa kirjattu liikkumisesta ja toimintakyvystä asioita, joita ei ollut hoitosuunnitelmissa. Yhden asiakkaan kanssa oli ulkoiltu yhdessä useamman kerran ja toimintoa oli kuvattu päivittäisessä kirjaamisessa. Toisen asi-

akkaan oli varmistettu pääsevän lähtemään päivätoimintaan hoitotyön päivittäisten kirjausten mukaan neljä kertaa, vaikka hoitosuunnitelman mukaisesti päivätoiminta oli remontin vuoksi suljettu. Asiakkaiden toimintakyvyn kirjaamista oli kirjattu muiden toimintojen yhteydessä. Kirjaamista oli esimerkiksi erittämisen yhteydessä, miten oli liikkunut wc:hen ja ravitsemuksen yhteydessä, miten oli kyennyt osallistumaan ruokahuoltoon.

Päivittäisessä kirjaamisessa asiakkaan toimintakyvyn kuvaamista kuvattiin liikkumisen ja apuvälineiden käytön yhteydessä niissä tapauksissa enemmän, joissa hoitosuunnitelman hoitotyön keinoissa oli mainittu, mitä tehdään ja milloin tehdään, esimerkiksi, hoitajan tukemana kävelyharjoituksia päiväkäynnillä. Hoitajat olivat päivittäisessä kirjaamisessa kuvanneet mitä oli tehty, esimerkiksi käyty kävelyllä, mitä asiakas ei ollut halunnut tehdä, esimerkiksi asiakas ei suostunut lähtemään kävelylle, miten asiakas oli liikkunut, esimerkiksi kävely oli onnistunut hyvin tai miten siirtymiset olivat sujuneet, esimerkiksi siirtyminen oli sujunut hyvin yhden hoitajan auttamana. Muissa tapauksissa liikkumista kuvaavaa päivittäistä kirjaamista oli vain yksittäisiä tapauksia kahden kuukauden tutkimusajalta.

Yhden kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelma ja päivittäiset kirjaamiset olivat poikkeus edelliseen. Hoitosuunnitelmassa ei ollut hoitotyön keinoissa mitään mainintaa ulkoilusta yhdessä asiakkaan kanssa. Päivittäisessä kirjaamisessa oli liikkumisesta ja ulkoilusta useampia kirjauksia asiakkaan toimintakykyä kuvaten. Kotihoidon asiakkaiden apuvälineiden tarpeesta oli kirjattu yksittäisiä tapauksia. Apuvälineiden käyttämisestä liikkumisen apuvälineenä oli kuvattu, liikkumista ilman rollaattoria, liikkumisharjoitusten mukaisesti eva-telineen kanssa ja pyörätuolin käytöstä.

Hoitajien toiminnan kuvaamista esiintyi jokaisen asiakkaan päivittäisessä kirjaamisessa, kun tarkasteltiin toimintakyvyn kuvaamista kaikkien komponenttien alta. Arkiaskareiden toiminnankyvyn kuvaamisessa oli kerrottu mitä asiakas tekee itsenäisesti tai ohjatusti. Asiakkaan itsenäistä tekemistä oli kuvattu esimerkiksi mitä asiakas oli tehnyt jo itsenäisesti ennen kuin hoitaja oli tullut kotikäyn-

nille. Ohjatusti arkiaskareiden toiminnankuvausta oli kirjattu esimerkiksi peseytymisen yhteydessä, kun oli kuvattu miten asiakas ohjattuna kykeni suoriutumaan peseytymisestä. Monet arkiaskareiden toiminnankuvaukset olivat sellaisia, joissa hoitajat olivat toiminnallaan edesauttaneet toimintaa ja hoitajien osuus tapahtumaan tuli kirjauksissa esille, esimerkiksi hoitaja oli kirjannut keittäneensä puuron ja asiakas oli jäänyt sitä itsenäisesti syömään tai kirjauksessa oli kuvattu, että asiakas oli käynyt omatoimisesti suihkussa, mutta oli vaatinut useita sanallisia ohjauksia hoitajalta.

Huimauksen tai kaatumisen vaikutusta toimintakykyyn oli kirjattu kahdella kotihoiton asiakkaalla. Asiakas oli kaatunut ja päivittäisessä kirjaamisessa kuvattiin liikkumista heti kaatumisen jälkeen. Asiakkaan myöhemmissä kirjaamismerkinnöissä huomioitiin liikkumista ja toimintakykyä, esimerkiksi kertoen, että asiakas joutui toisella kädellä nostamaan toisen käden rollaattorille. Toisella kaatuneista asiakkaista, joiden toimintakykyä oli kuvattu kaatumisen jälkeen, oli kerrottu, että oli kaatunut aamukäynnin jälkeen, mutta ei ollut satuttanut itseään. Lisäksi kahdella muulla asiakkaalla oli maininta kaatumisesta, mutta ei sen vaikutuksesta toimintakykyyn. Kivun vaikutusta liikkumiseen oli kirjattu asiakkaalla, jonka kaatumisen vaikutusta toimintakykyyn oli kuvattu. Päivittäisessä kirjaamisessa oli kuvattu, minkälainen liike tekee kipeää. Muilla kotihoiton asiakkailla ei ollut kirjattu kivun vaikutusta liikkumiseen, vaikka päivittäisissä kirjaamisissa mainittiin kipulaastarin vaihto ja särkylääkkeiden esille jättäminen.

Positiivisina voimavaroina suurimmalla osalla asiakkaista oli maininta omaisista tai ystävistä. Omaiset ja ystävät kuvattiin päivittäisessä kirjaamisessa silloin, kun olivat olleet vierailulla asiakkaiden luona, vaikuttaen positiivisesti asiakkaiden mielialaan. Omaiset ja ystävät voimavaroina kuvattiin myös, kun olivat osallisena asiakkaan hoitoon, esimerkiksi kaupassakäynnissä, siivouksessa tai asiointissa lääkärillä. Yhden asiakkaan päivittäisissä kirjauksissa oli mainittu lehtien lukeminen ja pelaaminen moneen kertaan. Lehtien luku oli kerrottu niin innostavaksi tapahtumaksi, että hoitaja oli kuvannut kirjaamisessa, ettei asiakas heti malttanut tulla syömään hoitajan pyytäessä.

6.2 Arvioivan kirjaamisen toteutuminen liikkumista ja toimintakykyä koskevissa kirjauksissa

Arvioivan kirjaamisen toteutumista liikkumista ja toimintakykyä koskevista kirjauksista haettiin kaikkien komponenttien alta. Kotihoidon asiakkaiden liikkumista ja toimintakykyä oli kuvattu hoitotyön päivittäisten toimintojen yhteydessä, esimerkiksi peseytymisen ja ruokailun yhteydessä. Mikäli tutkimuksessa olisi keskitytty pelkästään liikkumista kuvaavan hoidon tarpeen tutkimiseen, olisi osa liikkumista ja toimintakykyä koskevista hoitotyön kirjaamisista jäänyt huomioimatta.

Miten oli kirjattu mitä vaikutuksia hoitotyön auttamismenetelmillä oli ollut, oli kirjattu neljällä asiakkaalla, kun huomioitiin kaikki komponentit päivittäisissä kirjaamismerkinnöissä, jotka liittyivät liikkumiseen ja toimintakykyyn. Hoitotyön auttamismenetelmien arvioivaa kirjaamista oli niillä kolmella kotihoidon asiakkailla liikkumista kuvaavassa hoidon tarpeessa, joiden hoitosuunnitelmassa oli selvästi kirjattu mitä tehdään ja milloin tehdään. Liikkumista kuvaavassa hoidon tarpeessa tekeminen oli kävely- ja istumaharjoituksia sekä toimintakyvyn seuraamista. Heidän lisäksi yhden asiakkaan päivittäisestä kirjaamisesta löytyi hoitajan mielipidettä auttamismenetelmien vaikutuksesta. Kyseinen tapaus oli saman asiakkaan päivittäisestä kirjaamisesta, jonka hoitosuunnitelmassa ei ollut liikkumista kuvaavassa hoidontarpeessa hoitotyön keinoina kirjattu liikkumiseen liittyviä asioita, joita oli toteutettu, esimerkiksi ulkoilu asiakkaan kanssa. Hoitaja arvioi asiakkaan päivittäisessä kirjaamisessa kuinka asiakas jaksoi ja selviytyi aktiviteeteistä joita he yhdessä suorittivat.

Auttamismenetelmien vaikutuksia kuvattiin liikuntaharjoitteiden jälkeen, esimerkiksi jalkaterä pysyy suorana sekä suihkun yhteydessä, esimerkiksi omatoimisuus oli kohentunut. Kuvaukset olivat kirjattu hoitajien mielipiteenä tapahtuneesta, miten hoitajat kokivat tapahtuman. Kerrottaessa miten asiakas oli jaksanut tehdä liikkumisharjoitteita, useimmiten oli kuvattu, että asiakas oli jaksanut hyvin ja kävely oli sujunut hyvin. Harvemmin oli kirjattu, että auttamismenetelmät olisivat tuottaneet negatiivisia vaikutuksia, kuten asiakas oli kieltäytynyt tai hermostunut. Muutaman kerran hoitajat olivat kirjanneet, että asiakkaalle tuli huono

olo tai asiakas oli väsynyt toiminnosta. Yhden asiakkaan kohdalla hoitajat olivat kuvanneet useamman kerran, että ulkoilu oli parantanut asiakkaan ruokahalua, lounas oli maistunut hyvin ulkoilun päälle. Liikkumista ja toimintakykyä koskevia auttamismenetelmien vaikutuksia ei löytynyt kahdeksalta kotihoidon asiakkaalta. Auttamismenetelmien vaikutuksia etsittiin hoitotyön päivittäisestä kirjaamisesta kaikista komponenteista.

Miten oli kirjattu mitä asiakas itse kertoi voinnistaan, löytyi suurimmasta osasta päivittäisistä kirjaamisista useampia kirjauksia. Vain kahden asiakkaan hoitotyön kirjaamisessa ei löytynyt mitään kuvausta asiakkaan voinnista hänen itsensä kertomana. Hoitajat olivat kirjanneet asian siten, miten asiakas itse oli kertonut, esimerkiksi asiakas kertoi olevansa päivä päivältä pirteämpi tai miten asiakas oli kokenut olonsa/vointinsa, esimerkiksi asiakas koki olonsa kohtalaiseksi tai asiakas tunsu itsensä liian väsyneeksi. Eniten oli kirjattu, että asiakas oli kertonut voinnin olevan hyvä. Asiakkaat olivat kuvanneet vointia myös erinomaiseksi, kohtalaiseksi ja väsyneeksi. Kahden asiakkaan kirjaamisesta löytyi voinnin kuvauksesta miten asiakas oli kuvannut päänsärkyä ja kirvelyä virtsaamisessa.

Miten oli kirjattu mitä asiakas itse kertoi saamastaan hoidosta, oli kuvattu kolmessa virkkeessä kolmen asiakkaan päivittäisessä kirjaamisessa. Liikkumiseen liittyvänä oli kerrottu, että asiakas oli kertonut kokeneensa turvallisuutta hoitajan kulkiessa vierellä. Toisessa kuvauksessa oli kerrottu, että asiakas kertoi olevansa iloinen, kun pääsi ulkoilemaan. Kolmannen asiakkaan päivittäisessä kirjaamisessa oli kirjattu, että asiakas koki siirtymiset epävarmoiksi. Kirjaamisesta ei ilmennyt minkä siirtymisen asiakas koki epävarmaksi.

Miten oli kirjattu asiakkaan voimavaroista osallistua hoitoon, oli kuvattu hoitajien kertomana. Hoitotyön kirjauksissa hoitajat olivat kuvanneet mitä asiakas oli saanut omatoimisesti tehtyä, kuten vaihtanut itsenäisesti yöpuvun päälle ennen hoitajan tuloa sekä mitä hän oli avustettuna kyennyt tekemään, esimerkiksi sanallisten ohjeiden avulla peseytynyt osittain itse. Asiakkaiden itsensä kertomana voimavaroja ei ollut kuvattu päivittäisessä kirjaamisessa ollenkaan.

Hoitotyön kirjauksista tuli esimerkiksi ilmi, että asiakas oli kyennyt nousemaan itsenäisesti ammeeseen, valmistanut puuron, käynyt itsenäisesti wc:ssä ja laittanut pesukoneen päälle.

Asiakkaan hoitoon osallistumisessa omainen oli mainittu silloin, kun omainen oli lähdössä kauppaan asiakkaan kanssa ja yhdessä kirjauksessa lääkäriin. Omaiset oli mainittu päivittäisessä kirjaamisessa myös silloin, kun he olivat laittaneet asiakkaalle aamu- tai iltapalaa, esimerkiksi sukulainen huolehti aamiaisesta. Omaiset oli mainittuina myös silloin, kun olivat tulossa tai olleet vierailulla asiakkaan luona, esimerkiksi oli kirjattu, että asiakas odotteli poikaa tulevaksi.

6.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Systemaattisessa kirjaamisessa hoitosuunnitelmalla todettiin olevan merkitystä päivittäisessä kirjaamisessa. Liikkumissopimuksen toteuttaminen, päivittäisessä kirjaamisessa toimintakyvyn kuvaaminen ja auttamismenetelmien vaikutuksien huomioiminen, oli toteutunut niiden asiakkaiden hoitotyön kirjaamisessa, joiden hoitosuunnitelmassa oli määriteltä mitä tehdään ja milloin tehdään toimintakykyä koskevissa kirjauksissa.

Lähes kaikilla tutkimukseen osallistuneilla esiintyi hoitosuunnitelmassa liikkumista kuvaava hoidontarve. Kotihoidon asiakkaiden voimavaroja oli huomioitu vähän hoitosuunnitelmien kirjaamisessa. Liikkumissopimuksia kotihoidon asiakkaille oli tehty kaksi.

Hoitajien toiminnan kuvaamista oli runsaasti jokaisen asiakkaan päivittäisessä kirjaamisessa. Arkiaskareiden toiminnankyvyn kuvaamisessa oli kerrottu, mitä asiakas tekee itsenäisesti tai ohjatusti. Monet arkiaskareiden toiminnankuvauksista olivat sellaisia, joissa hoitajat olivat toiminnallaan edesauttaneet toimintaa ja hoitajien osuus tapahtumaan tuli kirjauksissa esille. Päivittäisistä kirjauksista asiakkaiden voimavaroja kävi ilmi, kun hoitajat olivat kirjanneet mitä asiakas kykenee tekemään itsenäisesti tai ohjattuna.

Asiakkaan omaa kertomusta voinnista löytyi suurimmasta osasta päivittäistä kirjaamista. Asiakkaan itsensä kertomaa saamastaan hoidosta kuvailtiin vähän. Hoidon toteutuminen kerrottiin hoitajien suorittamana, hoidon arviointia oli suoritettu vähän.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Helsingin kaupungin kotihoidon tarkoituksena on ollut kiinnittää huomio asiakkaan toimintakykyyn ja selvittää, mitä voimavaroja asiakkaalla on vielä jäljellä ja minkälaisissa asioissa asiakas tarvitsee apua tai tukea. Toimintakyvyn eri osalueiden arvioinnin perusteella on ollut tarkoitus saada tietoa asiakkaiden voimavaroista ja ongelmista niin, että niitä voitaisiin tukea tavoitteellisesti. Liikkumissopimus on kehitetty kotihoidon asiakkaan ja työntekijän yhdessä tekemäksi sopimukseksi, jolla tuetaan arkiliikkumista ja liikuntaharjoittelua. (Helsingin kaupunki, i.a.; Nummijoki 2009, 87–134.)

Tutkimukseen osallistuneille kotihoidon 12 asiakkaalle oli kahdelle tehty liikkumissopimus ja kahdelta löytyi hoitosuunnitelmasta maininta, että sellainen tullaan tekemään. Liikkumissopimusta tehtäessä asiakkaan voimavarat ja ongelmat kartoitetaan. Molemmilla asiakkailla, joilla oli liikkumissopimus, oli voimavaroina kuvattu, miten asiakas liikkuu. Toisella oli lisäksi mainittu voimavarana myös sisar.

Voimavaroina voidaan kuvata asiakkaan käytettävissä olevia resursseja. Kotihoidon työntekijöiden tulisi auttaa asiakasta löytämään jäljellä olevat voimavarat auttaakseen asiakasta saamaan ne maksimaaliseen käyttöön (Nummijoki 2009, 97). Voimavaroja ei ollut selkeästi kirjattu hoitosuunnitelmiin. Yhteensä viiteen hoitosuunnitelmaan liikkumista kuvaavaan hoidon tarpeeseen oli kuvailtu, miten asiakas liikkuu. Asiakkaiden voimavaroja pystyi päättelemään, kun hoitotyön keinoissa oli mainittu, mitä asiakas kykeni tekemään itsenäisesti tai ohjattuna. Voimavarojen tunnistaminen ja niiden kirjaaminen hoitosuunnitelmaan saattaisi lisätä voimavarojen tukemista arjen hoitotyössä Tulevaisuudessa liikkumissopimusten mahdollisesti yleistyessä saattaa voimavarojen esiintyminen hoitosuunnitelmissa ja sen mukana päivittäisissä kirjaamisissa yleistyä. Tällä hetkellä

liikkumissopimus on ollut käytössä Helsingin kaupungin kotihoidossa vasta suhteellisen vähän aikaa.

Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn päivittäisiä kirjaamismerkintöjä etsittiin tutkimuksessa kaikista komponenteista. Toimintakyvyn kuvaamista oli kirjattu päivittäisten toimintojen, kuten ruokailun ja peseytymisen yhteydessä. Toimintakykyä ei ollut erotettu tutkimuksessa omaksi osa-alueeksi, vaan päivittäinen kirjaaminen tapahtui useimmiten muiden kuin aktiviteetti komponentin alla. Toimintakyvyn huomiointi hoitotyössä edellyttää hoitohenkilökunnalta kuntoutumista edistävän työotteen omaksumista. Hoitotyössä on perinteisesti totuttu tekemään asiakkaan puolesta ja vaatii uudenlaista ajattelutapaa sekä työajan järjestämistä että kyetään tukemaan asiakkaan voimavaroja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Voimavarojen tunnistaminen ja toimintakyvyn tukeminen kohottaisi kotihoidon asiakkaan elämänlaatua ja ylläpitäisi heidän toimintakykyään heidän omista lähtökohdistaan. Vanhustyön keskusliiton nelivuotisessa tutkimushankkeessa todettiin että yksilöllisesti räätälöity, pitkäaikainen kotikuntoutus hidastaa muistisairaana toimintavajeiden etenemistä. Lisäksi sen todettiin parantavan muistitoimintoja. (Valkonen 2011.)

Kotihoidon asiakkaiden kahdeksassa hoitosuunnitelmassa oli selvitetty liikkumista kuvaavassa hoidon tarpeessa, minkälaisissa asioissa asiakas tarvitsi apua tai tukea. Avun tarpeen kirjaaminen tapahtui hoitajien näkökulmasta, hoitosuunnitelmissa oli kuvattu, mitä hoitajien tulee tehdä. Melkein kaikkien tutkimukseen osallistuneiden hoitosuunnitelmasta löytyi liikkumista kuvaava hoidon tarve. Kaikilla siihen ei ollut kirjattu, minkälaista apua tai tukea asiakas tarvitsee.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) säädetään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Hoitotyön prosessissa hoitotyön avun tarvetta kuvatessa kuvataan, miksi asiakas tarvitsee ulkopuolisen apua sekä miksi kotihoito käy asiakkaan luona (Koskivirta & Myyryläinen 2011). Ulkopuolisena lukiessani kotihoidon asiakkaiden hoitosuunnitelmia, ymmärsin asiakkaan avun- ja tuentar-

peen paremmin niistä viidestä hoitosuunnitelmasta, joissa oli maininta, miksi asiakas tarvitsee apua. Saattaa olla, että mainintaa miksi tarvitsee apua, ei koeta tarpeelliseksi kirjata asiakasta vakituisesti hoitavien keskuudessa, koska kotihoidon asiakas on vakituisille kotihoidon työntekijöille tunnettu. Ulkopuolisena lukiessani hoitosuunnitelmia en tuntenut asiakkaita. Toimiessani esimerkiksi sijaisena kotihoidossa ymmärtäisin asiakkaasta enemmän, mikäli hoitosuunnitelmaan olisi kirjattu, miksi asiakas tarvitsee apua sen lisäksi, että on kuvattu minkäläistä apua asiakas tarvitsee.

Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palveluiden laatua. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön laatimaan ja säilyttämään potilasasiakirjat. Kotihoidon asiakkaan avun- ja tuentarpeen paremmin ymmärtämisen lisäksi, asiakkaan riittävän hyvin tehdyllä hoitosuunnitelmalla on merkitystä myös potilasturvallisuuden kannalta. Hoitajan ymmärtäessä asiakkaan avuntarpeen, ja saadessaan hoitosuunnitelmasta riittävän yksityiskohtaiset ohjeet hoitotyölle, hoitotyö toteutuu tutkimukseni mukaan paremmin. Systemaattisen kirjaamisen mukaan kotihoidon asiakkaan hoito toteutetaan ja kirjataan hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitosuunnitelmat, joissa aktiviteettia ja toimintakykyä koskevissa kohdissa oli tarkasti kirjattu mitä ja milloin tehdään, oli liikkumissopimuksen toteuttaminen, päivittäisessä kirjaamisessa toimintakyvyn kuvaaminen ja auttamismenetelmien vaikutuksien huomioiminen toteutunut paremmin. Omakohtaisesta kokemuksesta uskon myös, että mikäli hoidon toimenpiteessä ei ole asetettu ajankohtaa, se saattaa helpommin jäädä tekemättä.

Kärkkäisen väitöskirjan (2005) ”Hoitamisen ja hoitotyön sisällön kirjaaminen” mukaan hoitajat olivat kirjanneet enemmän omia tehtäviään kuin potilaiden hoitoa. Tutkimuksessa ilmeni myös, että potilaan ja hänen omaistensa kokemuksia hoidosta oli kirjattu harvoin. (Kärkkäinen 2006, 12–15.) Oman tutkimukseni mukaan päivittäisissä kirjaamisissa oli myös runsaasti hoitajien oman toiminnan kuvausta sekä mitä asiakas oli tehnyt itsenäisesti tai ohjatusti hoitajien ohjaamana.

Arvioivan kirjaamisen toteutumista liikkumista ja toimintakykyä koskevista kirjauksista haettiin kaikkien komponenttien alta. Kotihoidon asiakkaiden liikkumista ja toimintakykyä oli kuvattu hoitotyön päivittäisten toimintojen yhteydessä, esimerkiksi peseytymisen ja ruokailun yhteydessä. Keskittymällä pelkästään liikkumista kuvaavan hoidon tarpeen tutkimiseen olisi osa liikkumista ja toimintakykyä koskevista hoitotyön kirjaamisista jäänyt huomioimatta.

Asiakkaat olivat kuvanneet vointiaan melko runsaasti suurimmassa osassa päivittäisiä kirjaamisista. Asiakkaiden voinnin kuvaukset liittyivät useasti omaan jakamiseen, fyysiseen tilaan ja uni- ja valvetilaan. Hoitajat kertoivat myös omasta näkökulmastaan, miten kokivat asiakkaan voinnin. Useassa kirjauksessa oli laveasti kerrottu voinnin olevan hyvän tai voinnissa ei muutosta.

Asiakkaan itsensä kertomusta saamastaan hoidosta oli vaikea löytää päivittäisistä kirjaamisista. Kärkkäinen (2005) oli saanut väitöskirjatutkimuksessaan ”Hoitamisen ja hoitotyön sisällön kirjaaminen” samanlaisen tuloksen. (Kärkkäinen 2006, 12–15.) Hoitajien on ilmeisesti helpompi kirjata omaa hoitotyön tekemistään kuin kirjata asiakkaan ajatusta saamasta hoidosta. Hoidon toteutumista kuvattiin tutkimuksessa hoitajien suorittamana, hoidon arviointia oli suoritettu vähän.

Päivittäisissä kirjauksissa oli mainittu voimavaroja, esimerkiksi omaiset ja ystävät, jotka olivat käyneet asiakkaan luona tai lähdössä asiakkaan kanssa kauppaan tai asioille. Asiakkaan voimavaroja osallistua hoitoon oli kuvattu hoitajien kertomana. Voimavaroja ei selvästi nimetty, vaan ne olivat pääteltävissä hoitajien kirjauksista. Voimavaroja saatettaisiin tukea enemmän, mikäli niitä huomioitaisiin paremmin.

7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelmalla on suuri merkitys asiakkaan hoidon ja päivittäisen kirjaamisen onnistumisessa systemaattisessa kirjaamisessa. Hoito-

työn avun tarve tulee kuvata huolellisesti, että hoitajat tietävät hoidon tarpeen. Hoitotyön keinoissa tulee olla selvästi mainittu mitä tehdään ja milloin tehdään, että hoitotoimenpiteet toteutetaan ajallaan.

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelu yhdistyivät Helsingissä vuoden 2005 alusta terveyskeskuksen alaiseksi kotihoidoksi. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyminen edellytti yhteisen asiakasrekisterin luomista. Kirjaaminen kotihoidossa on kehittynyt yhdistymisen alkua ajoista lähtien lyhyessä ajassa huomattavasti. Helsingin kotihoito on panostanut paljon kirjaamisen kehittämiseen ja kouluttautumiseen. Tutkimukseni jälkeen Helsingin kaupungin kotihoito on siirtynyt uudistuneeseen hoitotyön kirjaamisosioon. Hoitosuunnitelman päivittäminen on tietämykseni mukaan siinä helpompaa. Jatkotutkimusehdotuksena voisi tarkastella, onko uuden hoitokertomuksen suunnitelmalla merkitystä tavoitteiden mukaiseen päivittäiseen kirjaukseen.

Hoitotyössä on totuttu hoitamaan ja tekemään asiakkaiden puolesta paljon. Asiakkaan voimavarat ja ongelmat tulee kartoittaa, että niitä kyetään tukemaan. Toimintakyvyn huomiointi vaatii hoitajalta asiakkaan voimavarojen tunnistamista ja niiden tukemista. Liikkumissopimus kaupungilla tulee todennäköisesti edesauttamaan toimintakyvyn huomioimista, mutta vielä tähän tutkimukseen sen merkitys oli vähäistä. Toimintakyvyn huomiointi ei vielä ole hoitajilla saavuttanut merkityksellistä asemaa, mutta tulevaisuudessa nähtäväksi jää, mitä kuntouttavan työotteen kehittyminen tuo mukanaan hoitotyöhön.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen sekä tutkimustehtävien ja -menetelmien oikein valitseminen. Pietarisen (2002) tutkijoille esittämistä eettisistä vaatimuksista nousi esille älyllisen kiinnostuksen vaatimus, jossa opinnäytetyötä tehdessä oli oltava aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta. Tunnollisuuden vaatimus tarkoittaa, että tutkijan on paneuduttava tunnollisesti aiheeseen niin,

että hankittu ja välittämä informaatio olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. Rehellisyyden vaatimus estää tutkijan syyllistymästä epärehellisiin keinoihin tutkimusta tehdessä. (Vehviläinen-Julkunen 2006, 32; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tärkeä kriteeri on aineiston edustavuus. Opinnäytetyön tutkimusaineisto valittiin luotettavasti ennalta määrättyin kriteerein. Aineiston hakukriteerit suunniteltiin niin, että valitun aineiston avulla pyrittiin saamaan mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta. (Nieminen 2006, 216.) Tutkimuksen yleistettävyyttä vähensi kuitenkin se, että opinnäytetyön tutkimusryhmä oli pieni verraten koko Helsingin kaupungin kotihoidossa olevien kotihoidon asiakkaiden lukumäärään.

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa havaintojen kohteena ovat yleisemmin hoitoyhteisöt, joihin tutkija on saattanut perehtyä jo aiemmin ammatillisen kokemuksen perusteella. Tuttuudesta saattaa olla etua, mutta ennakkokäsitys saattaa ohjata havainnointia siinä määrin, etteivät uudet ja odottamattomat asiat kiinnitä tarpeeksi huomioita (Nieminen 2006, 216–218.) Itselleni Helsingin kaupungin kotihoito on työympäristönä tuttu ja olen tietoisesti pyrkinyt objektiivisuuteen havainnoissa.

Laadullisen aineiston analyysi vaatii tutkijalta käsitteellistä ajattelua. Luotettavuuden arvioimiseksi tutkijan tulee kirjata ja perustella omat luokitteluperusteensa. Tutkimuskysymyksiin vastauksia etsimällä ja luokittelemalla vastaukset pienempiin kokonaisuuksiin on aineiston analyysi koottu luotettavasti. Sisällön analyysin avulla olen etsinyt tutkimuskysymyksiin vastauksia noudattaen rehellistä ja eettisesti oikeaa työskentelytapaa sekä käyttänyt tieteellisesti todenperäisiä lähteitä. (Nieminen 2006, 219.)

7.4 Oma ammatillinen kasvu

Hoitotyön kirjaaminen on kehittynyt ja tulee kehittymään vielä edelleen sähköisen kirjaamisen ja yhtenäisen sähköisen potilastietoarkiston vuoksi. Olen päässyt opinnäytetyöni avulla kehittämään tietojani ja taitojani hoitotyön kirjaamisessa. Käytännön työssä uskon osaavani toteuttaa hoitotyön kirjaamista opinnäytetyössä havaitsemieni tarpeiden pohjalta. Olen sisäistänyt hoitotyön tarpeen määrittämisen ja suunnittelun tärkeyden, jotta hoitotyön toteutus ja arviointi saavuttaisi hoitotyön kirjaamisessa riittävän lainsäädännön velvoittaman tason ja takaisi potilaille turvallisen ja hyvän hoidon. Tulevaisuudessa osaan viedä opinnäytetyön tekemisessä opittua ja havaitsemaani tietoa tuleville työpaikoilleni.

Toimintakyvyn huomioiminen hoitotyössä on opinnäytetyön ansiosta tullut minulle entistä tärkeämmäksi. Kuntoutumista edistävän hoitotyön omaksuminen tulee viemään aikaa, mutta olen opinnäytetyön ansiosta päässyt ajattelemaan sen tärkeyttä hoitotyössä. Opinnäytetyöni ansiosta olen kehittynyt huomioimaan yksilöä kokonaisvaltaisemmin. Ihmisen toimintakyvyn parantuminen tai heikentyminen jonkin osa-alueen kohdalla vaikuttaa parantavasti tai heikentävästi myös muihin osa-alueisiin. Tulevaisuudessa osaan tukea ja aktivoida hoidettavaa yksilöä ottamaan vastuuta voimavarojensa ja toimintakykynsä ylläpitämisessä ja edistämisessä. Ymmärrän, että tukien hoidettavan toimintakykyä hänen voimavaroistaan lähtien, annan hoidettavalle mahdollisuuden elää omien voimavarojensa mukaista aktiivista elämää kenties pidempään.

LÄHTEET

- Engeström, Yrjö; Niemelä, Anna-Liisa; Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha 2009. Kotihoito murroksessa. Teoksessa Yrjö Engeström, Anna-Liisa Niemelä, Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 11–24.
- Engeström, Yrjö; Niemelä, Anna-Liisa; Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Yrjö Engeström, Anna-Liisa Niemelä, Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 87–134.
- Ensio, Anneli & Saranto, Kaija 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- FinnCC, Finnish Care Classification 2008. Suomalaisen hoidon luokitukset – SHTaL, SHToL & SHTuL.
- Finne-Soveri, Harriet; Itkonen, Tarja; Noro, Anja; Björkgren, Magnus & Vähäkangas, Pia 2006. Kotihoidon asiakkaan arviointi. Teoksessa Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Helsinki: Stakes.
- Hallila, Liisa 2005. Hoitotyön prosessimenetelmän mukaisen kirjaamisen osat alueet. Teoksessa Liisa Hallila (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 61–69.
- Heinola, Reija & Luoma, Minna-Liisa 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito: Opas ikäntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 36–51.
- Helppolainen, Terhi; Kämäräinen, Satu; Lehtevä, Pirjo; Mäkipää, Sanna & Vartiainen, Riitta 2002. Kaakkoisen sosiaalikeskuksen ja terveyskeskuksen kotihoitoprojektin loppuraportti. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja Helsingin kaupungin terveysvirasto.
- Helsingin kaupungin terveysvirasto 1996. Kotisairaanhoidon Helsingissä sata vuotta. Helsinki: Helsingin kaupungin terveysvirasto.

- Helsingin kaupunki 2009. Tervetuloa töihin Helsingin kotihoitoon, esite. Helsingin kaupunki: Terveyskeskus.
- Helsingin kaupunki 2010. Kaupunginjohtajan Vuoden saavutus -palkinto terveyskeskuksen Liikkumissopimus-hankkeelle. Viitattu 7.1.2012.
<http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/uutiset/vuoden+saavutus+2010>
- Helsingin kaupunki i.a. Liikkumissopimus. Viitattu 7.1.2012.
<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/ea55e7804a179d80a479ec3d8d1d4668/LiikkumissopimusA3+%282%29.pdf?MOD=AJPERES&Imod=1447552110>
- Helsingin kaupunki, terveyskeskus i.a. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 4.8.2011.
<http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Terveyspalvelut/Kotihoito>
- Helsingin kaupunki, terveyskeskus i.a. Lupaava-hanke. Viitattu 4.9.2011.
<http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Hankkeet/Lupaava>
- Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 8.1.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Holma, Tupu 2003. Laatua vanhustyön arkeen. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Hägg, Tina; Rantio, Merja; Suikki, Päivi; Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.
- Häyrinen, Kristiina & Ensio, Anneli 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Kaija Saranto, Anneli Ensio, Kaarina Tanttu & Anna Liisa Sonninen (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 97–111.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirja 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Jokinen, Taina; Isotalo, Tina; Turunen, Riina; Aho, Virpi; Koskivirta, Jonna; Myyryläinen, Marjo; Jaakkola, Virpi; Keränen, Sami; Toivainen, Sami; Kupiainen, Marketta; Aura, Hanne & Helldan, Päivi 2011. Sairaanhoidaja 10/2011: Hoitotyön kirjaamismuutos Helsingin terveyskeskuksessa. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

- Kansallinen terveysarkisto i.a. Sähköinen potilastiedon arkisto. Viitattu 8.1.2012.
<https://www.kanta.fi/sahkoinen-potilastiedon-arkisto>.
- Kerosuo, Hannele; Haavisto, Vaula & Heikkinen, Marjo 2009. Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviointi. VerveConsulting. Viitattu 30.12.2011.
http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/ddcd74004e664bdfa858ba678a385f98/Kotihoitokokeilun_loppuarviointi.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ddcd74004e664bdfa858ba678a385f98
- Kiviharju-Rissanen, Upu 2007. Pysyväisohje P51: Hoitotyön kirjaaminen ja kotihoitokansion käyttö. Helsingin kaupunki: Terveysvirasto.
- Koskivirta, Jonna & Myyryläinen, Marjo 2010. Kotihoidon kirjaamiskouluttajat, Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen. Luento 10/2010. Helsingin kaupunki: Terveyskeskus.
- Koskivirta, Jonna & Myyryläinen, Marjo 2011. Kotihoidon kirjaamiskouluttajat, Kotihoidon hoitotyön hoitosuunnitelman sisältökoulutus. Luento 13.5.2011. Helsingin kaupunki: Terveyskeskus.
- Kotihoidon asiakasmaksut 2011. Kotihoidon palvelupaletti 2/2011. Helsingin kaupunki: Terveyskeskus. Viitattu 30.12.2011.
http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/ea21d000407604d08e71be3ce15fc85f/Apua_kotiin_liite+2_2011.pdf?MOD=AJPERES&lmod=-942559317&CACHEID=ea21d000407604d08e71be3ce15fc85f
- Kärkkäinen, Oili 2005. Hoitamisen ja hoitotyön sisällön kirjaaminen. Viitattu 11.4.2012.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2530,15595,7595,15256,9169>
- Kärkkäinen, Oili 2006. Hoitamisen ja hoitotyön kirjaamisen sisältö. Pro terveys 1/2006. Helsinki: Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 17.8.1992. Viitattu 29.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Viitattu 1.9.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 8.1.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lampila, Aila 2008. Iäkkään liikuntasuunnitelma. Teoksessa Sirpa Hartikainen & Eija Lönnroos (toim.) Geriatria. Helsinki: Edita, 334–342.
- Liljamo, Pia; Kaakinen Pirjo, & Ensio, Anneli 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Luoma, Minna-Liisa & Kattainen, Eija 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito: Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 18–35.
- Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2009. Vanhuksen parhaaksi: Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.
- Nieminen, Heli 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215–221.
- Nummijoki, Jaana 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Yrjö Engeström, Anna-Liisa Niemelä, Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 87–134.
- Rantanen, Taina 2008. Kunnan kohotusta korkeassa iässä: Lisää elämää vuosiin. Teoksessa Sirpa Hartikainen & Eija Lönnroos (toim.) Geriatria. Helsinki: Edita, 321–333.
- Saranto, Kaija 2007. Elektronisen hoitotiedon käyttö. Teoksessa Kaija Saranto, Anneli Ensio, Kaarina Tanttu & Anna Liisa Sonninen (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 180.
- Simoila, Riitta & Lyytinen, Anna-Liisa 2009. Esipuhe. Teoksessa Yrjö Engeström, Anna-Liisa Niemelä, Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 7–9.

- Sonninen, Anna Liisa 2008. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen ja termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa Kaija Saranto, Anneli Ensio, Kaarina Tantt & Anna Liisa Sonninen (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 66; 88–89.
- Tantt, Kaarina & Ikonen, Helena 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Kaija Saranto, Anneli Ensio, Kaarina Tantt & Anna Liisa Sonninen Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 112–127.
- Tepponen Merja 2007. Yhteistyö. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito: Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 61–73.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 16.1.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Valkonen, Leena 2011. Liikunta hidastaa muistisairaiden toiminnanvajeita. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Viitattu 15.4.2012.
<http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/ajankohtaista/uutisarkisto/index.php?nid=216>
- Vehviläinen-Julkunen, Katri & Paunonen, Marita 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 14–25; 26–33.
- Vuorela, Pirkko 2009. Pysyväisohje P39: Potilasasiakirjojen laatiminen ja säilyttäminen. Helsingin kaupunki: Terveysvirasto.
- Väyrynen, Riikka & Kuronen, Raija 2010. Kotihoidon laskenta 30.11.2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.4.2012.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr22_11.pdf

LIITE 1

1 Miten hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa on huomioitu kotihoidon asiakkaan toimintakyky?

Seuraavien kysymysten avulla on ollut tarkoitus saada tietoa miten hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa on huomioitu asiakkaan toimintakyky, onko asiakkaan toimintakykyä kuvattu tai onko kirjaaminen ollut hoitajien toiminnan kuvaamista?

- Onko asiakkaalle tehty hoitosuunnitelma?
- Onko asiakkaan hoitosuunnitelmaan kirjattu liikkumista kuvaava hoidon tarve?
- Onko hoitosuunnitelmaan liitetty liikkumissopimus?
- Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu mitä voimavaroja asiakkaalla on vielä jäljellä?
- Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu minkälaisissa asioissa asiakas tarvitsee apua tai tukea?
- Perustuuko päivittäinen kirjaaminen hoitosuunnitelman tavoitteisiin toimintakykyä koskevissa kirjauksissa?
 - Vastaako päivittäinen kirjaaminen hoitosuunnitelman tavoitteita?
 - Onko hoitosuunnitelman tavoitteiden mukaiset päivittäiset kirjaukset kirjattu oikean komponentin alle?
- Kuvataanko päivittäisessä kirjaamisessa asiakkaan toimintakykyä? Esim.
 - Liikkuminen, miten liikkuu? Onko apuvälineitä?
 - Huimaus, kaatuilu?
 - Arkiaskareet, milloin miten tehdään?
 - Kivun vaikutus liikkumiseen?
 - Positiiviset voimavarat, esim. sukulaiset, lehtienluku...

2 Miten arvioiva kirjaaminen toteutuu liikkumista ja toimintakykyä koskevissa kirjauksissa hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa?

Arvioivan kirjaamisen toteutumista liikkumista ja toimintakykyä koskevissa kirjauksissa selvitettiin seuraavien kysymysten avulla. Tavoitteena oli saada tietoa onko kirjaaminen arvioivaa, seurataanko hoidon toteutusta ja arvioidaanko sen onnistumista.

- Miten on kirjattu mitä vaikutuksia hoitotyön auttamismenetelmillä on ollut?
- Miten on kirjattu mitä asiakas itse kertoo voinnistaan?
- Miten on kirjattu mitä asiakas itse kertoo saamastaan hoidosta?
- Miten on kirjattu asiakkaan voimavaroista osallistua hoitoon?

LIITE 2

MITEN SYSTEMAATTISESSA KIRJAAMISESSA ON HUOMIOITU KOTIHOIDON ASIAKKAAN TOIMINTAKYKY?

I. Onko asiakkaalle tehty hoitosuunnitelma?

II. Onko asiakkaan hoitosuunnitelmaan kirjattu liikkumista kuvaava hoidon tarve?

III. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu mitä voimavaroja asiakkaalla on vielä jäljellä? Voimavarat on huomioitu koko hoitosuunnitelmasta

IV. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu minkälaisissa asioissa asiakas tarvitsee apua tai tukea?

V. Onko hoitosuunnitelmaan liitetty liikkumissopimus?

ASIAKAS	I	II	III	IV	V
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Perustuuko päivittäinen kirjaaminen hoitosuunnitelman tavoitteisiin toimintakykyä koskevissa kirjauksissa?

- I. Vastaako päivittäinen kirjaaminen hoitosuunnitelman tavoitteita?
- II. Onko hoitosuunnitelman tavoitteiden mukaiset päivittäiset kirjaukset kirjattu oikean komponentin alle?

ASIAKAS	I	II
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Kuvataanko päivittäisessä kirjaamisessa asiakkaan toimintakykyä?

III. Onko asiakkaan toimintakykyä kuvattu, esim:

1. liikkuminen, miten liikkuu? Onko apuvälineitä
2. Huimaus, kaatuilu?
3. Arkiaskareet, milloin miten tehdään?
4. Kivun vaikutus liikkumiseen?
5. Positiiviset voimavarat, esim. sukulaiset, lehtienluku...
6. mitä muuta?
7. Onko kirjaaminen ollut hoitajien toiminnan kuvaamista?

ASIA- KAS	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

2 MITEN ARVIOIVA KIRJAAMINEN TOTEUTUU LIKKUMISTA JA TOIMINTA-
KYKYÄ KOSKEVISSA KIRJAUKSISSA HOITOTYÖN SYSTEMAATTISESSA
KIRJAAMISESSA?

I. Miten on kirjattu mitä vaikutuksia auttamismenetelmillä on ollut?

ASIA- KAS	PÄIVITTÄINEN KIRJAUS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

II. Miten on kirjattu mitä asiakas itse kertoo voinnistaan?

ASIAKAS	PÄIVITTÄINEN KIRJAUS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

III. Miten on kirjattu mitä asiakas itse kertoo saamastaan hoidosta?

ASIAKAS	PÄIVITTÄINEN KIRJAUS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

IV. Miten on kirjattu asiakkaan voimavaroista osallistua hoitoon?

ASIAKAS	PÄIVITTÄINEN KIRJAUS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	