



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Hoitotyön sähköisen kirjaamisen auditointi kotihoidon yksikössä

Lintunen, Anne

2012 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Hoitotyön sähköisen kirjaamisen auditointi kotihoidon yksikössä

Anne Lintunen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2012

Anne Lintunen

Hoitotyön sähköisen kirjaamisen auditointi kotihoidon yksikössä

Vuosi 2012 Sivumäärä 93

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää auditoinnin avulla erään etelä-suomalaisen kotihoidon yksikön hoitotyön sähköisen rakenteisen kirjaamisen nykytilaa. Kotihoidon kirjaamisessa käytetään Pegasos-potilastietojärjestelmää ja suomalaista hoitotyön luokitusmallia (FinCC). Ensimmäisenä arvioinnin kohteena oli hoitotyön prosessin eri vaiheiden toteutuminen sähköisessä kirjaamisessa. Toisena arvioinnin kohteena oli suomalaisen hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten komponenttien käyttö. Viitekehukseksi muodostui hoitotyön systemaattisen kirjaamisen arviointi. Opinnäytetyön aineistona olivat kotihoidon yksikön 19 vakituisen asiakkaan N = 166 (n = 19) hoitotyön suunnitelma ja päivittäiskirjaamisen osiot ajalta 19. - 25.9.2011.

Tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimusote sopi tämän tutkimuksen menetelmäksi, koska opinnäytetyössä haluttiin täsmällistä numeerista tietoa kotihoidon yksikön kirjaamisen tilasta. Tutkimusmittarina käytettiin Kailan ja Kuivalaisen (2008) HoiDok-hankkeen yhteydessä kehittämää kirjaamisen arviointilomaketta.

Tuloksissa hoitotyön prosessin kirjaamisessa asiakkaan tarpeet, tavoitteet, keskeiset auttamismenetelmät ja toiminnot oli kirjattu kaikilla asiakkailla. Hoitotyön tavoite oli kirjattu asiakkaan tavoitteena noin 32 % kirjaamisista. Hoidon tuloksia ei ollut lainkaan kirjattu sille varattuun paikkaan, mutta arviointia oli suoritettu 11 % tutkituista tapauksista. Hoitotyön diagnoosia oli käytetty noin 20 % tarpeiden kirjaamisista. Hoitotyön yhteenveto ei ollut arvioitavana olleista dokumenteista tehty kolmen kuukauden sisällä yhdestäkään. Hoitotyön päivittäisten toimintojen kirjaaminen oli suurelta osin toteavaa hoitajan tekemisen kuvausta. Hoitotyön diagnoosin kirjaamisessa puuttui asiakkaan subjektiivinen kuvaus omasta voinnista. Fyysisten hoitotyön tarpeiden osuus kirjaamisesta oli noin 98 %. FinCC-luokitusten komponentteja oli käytetty seuraavasti: Tarveluokituksessa (SHTaL) lääkehoidon tarpeita oli kirjattu kaikista kirjaamisista lähes 34 %, päivittäisiin toimintoihin liittyviä tarpeita lähes 21 % ja erittämiseen liittyviä tarpeita noin 12 %. Toimintoluokituksessa (SHToL) lääkehoidon toimintoja oli kaikista kirjaamisista kirjattu lähes 55 %, ravitsemusta lähes 13 % ja erittämistä lähes 12 %. Tuloksissa löytyi myös komponentteja, joita ei ollut käytetty lainkaan.

Kotihoidon yksikölle ja organisaatiolle arvioinnin tulokset toimivat mahdollisina kehittämiskohteina. Keskeisiksi kehittämiskohteiksi hoitotyön prosessin osalta muodostuivat hoitotyön diagnoosin käyttö, hoidon arvioinnin systemaattinen kirjaaminen sekä hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen. Lisäksi hoitotyön päivittäiskirjaamisen osalta tulisi kirjauksessa näkyä asiakkaan subjektiivinen vointi ja mieliala. Toiseksi kehittämiskohteeksi kotihoidon yksikölle muodostui FinCC tarve- ja toimintoluokitusten dokumentoinnissa psyykkisten ja sosiaalisten komponenttien käytön lisääminen. Jatkotoimenpiteenä kotihoito voisi tehdä hoitohenkilökunnalle kyse-lyän, jolla kartoitetaan hoitotyön systemaattisen kirjaamisen osaamista.

Asiasanat: hoitotyön prosessi, sähköinen kirjaaminen, FinCC, kirjaamisen arviointi.

Anne Lintunen

Clinical audit of electronic documentation in a home care unit

Year	2012	Pages	93
------	------	-------	----

The aim of the thesis was to analyze the present state of electronic structured documentation with evaluation at one home care unit in southern Finland. The home care unit used Pegasos as their software to document all patient data, as well as the Finnish Care Classification (FinCC) model. The first subject of the evaluation was to find out how nursing processes are realized through the electronic documentation. The second subject of the evaluation was use of the components of the Finnish nursing need (SHTaL) and function (SHToL) classifications. The evaluation of the systematic recording of the nursing formed the frame of reference. The home care unit's 19 regular customers' N = 166 (n = 19) nursing plan and the items of the daily documentation were used as the material of the thesis. These documentations were made in the autumn of 2011. The research method was a quantitative study. This suited the study method because in the thesis one wanted exact digital information about the documentation status of the home care unit. The measuring tool used in the research was developed by Kaila and Kuivalainen (2008). Their assessment form had been created in connection with HoiDok project.

In the results of the nursing process need of care, objective of care, planned nursing procedures and function of care had been documented on all the customers. The nursing objective had been documented as the customer's objective in about 32 % of the documentation cases. Outcomes of care had not been documented at all in the right place, but assessment of care had been carried out in 11 % of the cases. The nursing diagnosis had been used in about 20% of nursing documentation's needs of care. There were no nursing summaries in the evaluated documents during three months. Nursing procedures of daily nursing documentation were focused on describing nurses' activities. There was a lack of customer's own subjective health description in the nursing diagnosis of the documentation. The share of the physical nursing needs in the documentation was 98 %. The components of the FinCC classifications had been used as follows: In the Finnish nursing need classification (SHTaL) the needs of the medical treatment had been documented in nearly 34 % of all the entries, nursing needs which are related to the daily nursing functions nearly 21 %, and nursing needs which are related to the secretion about 12 % of entries. In the Finnish nursing function classification (SHToL) the needs of medical treatment had been documented in nearly 55 % of all the recordings, nutrition nearly 13 % and secretion nearly 12 %. There were also components which had not been used at all.

The results of the evaluation can function as possible subjects of development to the organization and unit of the home care. Use of the nursing diagnosis, systematic documentation of the nursing evaluation and the documentation of nursing summaries formed the central subjects of development. Furthermore, the customer's subjective health and mood should be seen in the daily nursing documentation. Documentation of the Finnish nursing need classifications and the Finnish nursing function classification includes the psychological and social components, the use of which should be increased by the home care unit. This formed into the second subject of development. As a further measure, the home care unit could do an inquiry for the nursing staff, charting the know-how on the systematic nursing documentation.

Keywords: nursing process, electronic documentation, FinCC, nursing documentation evaluation.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Tutkimusympäristönä kotihoidon yksikkö.....	8
3	Teoreettiset lähtökohdat	10
3.1	Keskeiset käsitteet.....	10
3.2	Hoitotyössä käytettävät potilasasiakirjat.....	11
3.3	Lainsäädäntö hoitotyön dokumentoinnissa	14
3.4	Teoreettinen viitekehys hoitotyön systemaattinen kirjaamisen arviointi.....	16
3.4.1	Hoitotyön prosessimalli.....	19
3.4.2	Suomalainen hoitotyön luokitus (FinCC).....	25
3.4.3	Hoitotyön ydintiedot.....	28
3.4.4	Näyttöön perustuva kirjaaminen	31
3.5	Menetelmänä vertaisarviointi eli peer review	33
4	Tarkoitus ja tutkimuskysymykset	35
5	Tutkimuksen toteutus	36
5.1	Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	36
5.2	Aineiston tiedonkeruumenetelmä	37
5.3	Tutkimusmittarina kirjaamisen arviointilomake.....	39
5.4	Aineiston käsittely ja analyysi	43
5.5	Tutkimuslupa ja suostumuslomake.....	45
6	Tutkimustulokset.....	47
6.1	Hoitotyön prosessin kirjaamisen toteutuminen kotihoidon yksikössä.....	47
6.2	Hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten kirjaaminen sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa	57
7	Pohdinta	60
7.1	Tulosten tarkastelu	60
7.1.1	Hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen tulosten tarkastelu ..	60
7.1.2	FinCC-luokitusten mukainen tarpeiden (SHTaL) ja toimintojen (SHToL) kirjamistulosten tarkastelu	71
7.2	Luotettavuus ja eettisyys	74
7.3	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	77
	Lähteet	81
	Taulukko.....	87
	Kuviot	88
	Liitteet	89

1 Johdanto

Opinnäytetyön aihe kotihoidon yksikön sähköisen kirjaamisen kehittäminen liittyy lakiin 159/2007 sekä lain muutossäännökseen 2010/1227 sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Laki määrittelee, että vuoden 2014 elokuun loppuun mennessä on otettava käyttöön ydintietomääräysten mukaiset tietorakenteet kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä (Finlex 2010). Laki edellytti kansallisella tasolla hoitotyön kirjaamisen uudistamisen. Lain seurauksena alkoi vuonna 2008 opetusministeriön rahoittama valtakunnallinen eNNI-hanke. Tarkoituksena oli luoda uudenlaista yhteistyötä terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen välille kehittämishankkeiden avulla. (Rajalahti 2011, 243; eNNI-hanke 2008 - 2012; Ikonen, Rajalahti & Ahonen 2009.) Laurea Lohja ja etelä-suomalainen perusturvakuntayhtymän kotihoito sopivat yhteistyöstä kotihoidon sähköisen rakenteisen kirjaamisen kehittämiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli auditoida Etelä-Suomessa toimivan kotihoidon yksikön hoitotyön kirjaamista. Arviointikohteiksi valittiin hoitotyön prosessin kirjaaminen sekä suomalaisen hoitotyön luokituksen (FinCC) mukaisten tarpeiden- ja toimintojen kirjaaminen. Auditoinnin tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa kirjaamisen laadusta hoitotyöntekijöille, lähijohdolle ja kotihoidon ylemmälle organisaatiolle hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi. Kotihoidon henkilökunta oli saanut koulutusta vuonna 2010, kun käyttöön oli otettu FinCC-luokitus. Kuntayhtymän kotihoidon yksiköiden kirjaamista oli pyritty kehittämään luomalla yhteiset kirjaamisohjeet potilastietojärjestelmää varten. Haasteita yhteisten ohjeiden luomiselle aiheuttaa varmasti se, että kriteerit koskevat kuntayhtymän kaikkia kotihoidon yksiköitä.

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta, sillä tarkoituksena oli saada määrällistä tietoa kirjaamisen ilmiöiden yleisyydestä. Tulosten avulla oli mahdollisuus selvittää, painottuuko kirjaaminen hoitoprosessin tietyille alueilla ja miten kotihoidon yksikkö kirjaa suomalaisia hoitotyön tarve (SHTaL) ja toiminto (SHToL) luokkia. Kvantitatiivinen tutkimusote puhui puolestaan tässä opinnäytetyössä myös siksi, että mukaan oli valittu rajoitettu muuttujajoukko eli kotihoidon yksikön vakituiset asiakkaat, joiden luona käydään vähintään kolme kertaa viikossa. Kotihoidon yksikön vakituiset asiakkaat muodostivat tutkimuksen perusjoukon.

Opinnäytetyönaineiston perusjoukon muodosti kotihoidon yksikön kaikkien sen hetkisten vakituisien asiakkaiden sähköiset hoitokertomukset, joista satunnaisotannalla poimittiin 20 asiakkaan hoitokertomukset. Yksi kertomus jouduttiin hylkäämään puutteellisten tulosteiden johdosta, joten lopullinen aineiston määrä oli 19 asiakkaan hoitokertomukset $N = 166$ ($n = 19$). Poiminta suoritettiin ennalta määrättyllä tavalla ja otanta rajattiin tiettyyn aiemmin sovittuun ajankohtaan. Työssä tutkimusmittarina käytettiin valmista strukturoitua Kailan ja Kuivalaisen

(2008) HoiDok-hankkeen yhteydessä luomaa kirjaamisen arviointilomaketta (liite 1 ja 2), joiden käyttöön oli saatu lupa mittarin tekijöiltä. Tämän lisäksi opinnäytetyössä arvioitiin kotihoidon yksikön kirjaamisen laatua.

2 Tutkimusympäristönä kotihoidon yksikkö

Ikääntyneiden määrä kasvaa Suomessa jatkuvasti, joten heitä kohdataan yhä enemmän kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla. Iän myötä toimintakyky heikkenee. Ikääntyneen suoriutuminen päivittäisissä toiminnoissa, asioiden hoitamisessa, kognitiivisissa toiminnoissa, elämänhallinnassa ja vuorovaikutuksessa muihin ihmisiin laskee. Ikääntymiseen liittyy sairaudet ja menetykset sekä muutokset fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella elämän alueella, jotka tekevät ihmisestä haavoittuvan. Haavoittuvuuden käsitteellä tarkoitetaan, että ikääntynyt on helppo loukata ja toisaalta sitä, että hän loukkaantuu helposti eri elämän alueilla. Ihminen on hauraampi, suojattomampi ja kyvyttömämpi puolustamaan itseään. Ikääntyneiden parissa työskenteleviltä vaaditaan vahvaa ja monipuolista erityisosaamista, taitoa kohdata ihminen aidosti ja tasavertaisesti sekä kykyä hyvään vuorovaikutussuhteeseen. (Sarvimäki, Heimonen & Petäjä-Leinonen 2010, 5 - 21.)

Ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn säilyminen luo mahdollisuudet hyvään elämänlaatuun ja näin mahdollisuuteen asua mahdollisimman pitkään omassa kodissa alkuun itsenäisesti ja myöhemmin enenemässä määrin kotihoidon turvin. Elämänlaadun ulottuvuuksia ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristöulottuvuudet. Kun ikääntyneellä luodaan mahdollisuus selviytyä päivittäisistä toiminnoista, ylläpitää se toimintakykyä ja näin luo laatua elämään. Toimintakyvyn laskiessa kotihoito auttaa alkuun vain kodin siisteydessä ja asiointissa sekä myöhemmin päivittäisissä perustoiminnoissa kuten pukeutumisessa tai wc-käynnissä. Kognitiohäiriöissä kuten muistihäiriöissä ikääntynyt tarvitsee muiden apua ja tukea selviytyäkseen päivittäisestä elämästään. Alentunut toimintakyky aiheuttaa riippuvuutta muista ihmisistä, autonomian menettämistä asteittain sekä haavoittuvuutta. (Vaarama ym. 2006, 9 - 10.)

Perusturvakuntayhtymän kotihoito sijaitsee Etelä-Suomessa. Väestöpohjaa kuntayhtymässä on noin 50 000. Kotihoito on muodostunut kotisairaanhoidosta, kotipalvelusta ja erilaisista tukipalveluista, joita ovat ateria-, kuljetus- ja turvapalvelu sekä päivätoiminta. Kotihoidon tehtävänä on pyrkiä turvaamaan asiakkaiden elämän sellaisissa tilanteissa, jolloin heidän toimintakyky tai tilanne perheessä on sairauden, vamman tai muu syyn johdosta alentunut. Kotihoidon antama palvelu saattaa olla tilapäistä, jolloin palveluntarve lakkaa elämäntilanteen vakautuessa. Se saattaa jäädä myös vakituiseksi niille, jotka eivät selviydy kotona ilman kotihoidon antamaa tukea. Tällaisia ovat esimerkiksi ikääntyneet, vammaiset tai pitkäaikaissairaat. Kuntayhtymän kotihoidossa toimitaan moniammatillisessa tiimeissä. Tiimeihin kuuluu sairaanhoitajat, jotka toimivat hoitotyön asiantuntijoina, lähihoitajia ja kodinhoitajia. Toimintaajatuksena ovat asiakkaan voimavarojen tukeminen, toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistämisen kuntouttavan hoitotyön avulla (Tieto Perusturvakuntayhtymän kotisivuilta 2011.)

Kotihoidossa asiakkaille tehdään palvelutarpeen arviointi, jonka pohjalta laaditaan palvelusuunnitelma asiakkaan kanssa. Palvelusuunnitelmaan kerätään asiakkaasta esitiedot sekä muut hoitoon liittyvät tarvittavat tiedot. Näiden tietojen perusteella laaditaan asiakkaalle hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma on tarkoitus arvioida ja tarkistaa vähintään kerran vuodessa. (Tieto perusturvakuntayhtymän kotisivuilta 2012.)

Ennen sähköistä kirjaamista oli perusturvakuntayhtymän kotihoidon käytössä potilaskansiot, tiimien väliset viestivihot sekä asiakkaan kotona oleva viestivihko, joihin kirjattiin potilaan hoitoon ja vointiin liittyvät asiat. 1990-luvun puolivälistä lähtien kotihoidon kirjaaminen on tapahtunut sähköisesti Pegasos-potilastietojärjestelmään. Edelleen asiakkaan luona on kotikansio, jossa on viestilehdet, jotta omaiset, läheiset ja sairaankuljetus tietävät, millainen asiakkaan vointi on ollut kotihoidon käynnin aikana. Vuonna 2010 henkilökunta sai koulutuksen Kansalliseen hoitotyön luokituksen (FinCC) mukaiseen kirjaamiseen. Henkilökunnan koulutusta hoitotyön luokituksen mukaisesta kirjaamisesta on edelleen jatkettu niin, että lisäkoulutusta ovat saaneet ”vierihoitajat”, jotka avustavat henkilökuntaa kirjaamisessa. Kotihoidossa pyritään jatkuvasti kehittämään rakenteista kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisen tukena ovat kirjaamisen minimikriteerit, jotka ohjeistavat kuntayhtymän kotihoitoa kirjaamaan hoitotyötä. (Keskustelu kotihoidon yksikön osastonhoitajan kanssa vuonna 2011; Keskustelu kotihoidon yksikön osastonhoitajan kanssa syksyllä 2012.)

3 Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Keskeiset käsitteet

Laurin (1999, 54 - 56) mukaan **hoitotyö (nursing)** käsite on lähtöisin englannin kielestä, jossa sillä oli useampikin merkitys. Alkuun se tarkoitti sairaanhoitoa alana, jota opetettiin ammatillisessa koulutuksessa sekä tieteen alana, jota opetettiin ja tutkittiin yliopistossa. Tilanteen selkiyttämiseksi englannin kielen kirjallisuudessa otettiin käyttöön konkreettisempia käsitteitä, kuten nursing care (hoitaminen), nursing practise (hoito käytäntö) tai nursing science (hoitotiede). Suomen kielessä nursing tarkoitti alkuun sairaanhoitoa, mutta käsite todettiin liian suppeaksi Suomen laajan terveydenhuoltojärjestelmän takia ja se muutettiin käsitteeksi hoitotyö. Hoitotyö määriteltiin hoitohenkilökunnan toiminnaksi sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja erilaisissa hoitolaitoksissa. Toiminnallisena ilmiönä hoitaminen on määritelty sekä ihmisen itsensä että ammatillisen terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneen henkilön tuottamana hoitona. Ammatillinen hoito on opittu tuntemaan käsitteellä hoitotyön käytäntö (nursing practise), joka tarkoitti sekä konkreettisia hoidollisia toimintoja että auttamis- ja vaikuttamiskeinoja eli interventioita.

Hahon (2006, 24) mukaan ammatillisen hoitamisen peruslähtökohdaksi liitetään käsitteet hoiva ja huolenpito, jotka tarkoittavat ihmisen perustarvetta huolehtia sekä itsestä että toisesta ihmisestä. Itsestä ja toisesta huolehtimista voidaan kuvata nimellä luontainen hoitaminen. Luontainen hoitaminen muuttuu ammatilliseksi hoitamiseksi, kun siihen liitetään hoitotyön konteksti. Hoitotyö käsite muodostuu sekä ammatillisesta toiminnasta että inhimillisestä lähestymistavasta. Professionaalinen toiminta on tietoa ja taitoa hoitotyöstä, pätevyyttä, kyvykkyyttä, taloudellisuutta, vaikuttavuutta sekä potilaan tarpeiden huomioimista ja täyttämistä oikein valituilla auttamismenetelmillä. Hoitotyö on myös humanistista toimintaa, jolloin lähestymistavassa tulevat esille ihmisen ainutlaatuisuus, kohtaamisen ainutkertaisuus, inhimillisuus, kokonaisvaltaisuus ja potilaslähtöisyys.

Kirjaaminen tarkoittaa merkitsemistä, tiedon syöttämistä, lisäämistä tai tallentamista. Kirjaus sanan synonyymejä ovat kirjaaminen (entry, registering), tallennus tai rekisteröinti. Kirjata verbi (enter, record, document) tarkoittaa tallentamista, rekisteröimistä tai luetteloon merkitsemistä. (MOT kielikone 2012a; SuomiSanakirja 2012b.) **Systemaattinen kirjaaminen** tarkoittaa, että jokainen tietää mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Systemaattisuus kirjaamisessa mahdollistaa standardoinnin eli kirjaamisen vakioinnin. (Saranto, Ensio, Tantu & Sonninen 2007, 12.) Systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa järjestelmällisesti tehtyä kirjaamisen dokumentointia (MOT kielikone 2012b). Dokumentointi on asiakirjan tai selosteen laatimista (Korpela 2008).

SuomiSanakirja (2011) mukaan **arvioida** tarkoittaa arvioinnin tekoa jonkun ominaisuuksista tai arvostelua eli antaa arvostelu jostakin. Arkikielessä arviointi mielletään usein negatiiviseksi, koska siihen liitetään sana arvostella tai kritisoida. MOT Gummerus (2010) määrittelee arvioida verbiä seuraavasti, tehdä arvio jostakin, evaluoida tai antaa palautetta.

Korpelan (2005a) mukaan arvioida verbin synonyymejä ovat auditoida, estimoida, evaluoida tai kritisoida eli esittää kritiikki eli arvostella kielteisesti.

MOT Synonymisanakirja (2010) määrittelee **arvioinnin** arvosteluksi, tarkasteluksi, lausunnoiksi tai kritiikiksi. Korpelan (2008a) mukaan arvioinnin synonyymejä ovat kritiikki, arvostelu, tarkastelu, arvio, approximation, evaluation tai peer review eli vertaisarviointi, joka tarkoittaa saman alan asiantuntijoiden suorittamaa arviointia. Eräsaaren, Linqvistin, Mäntysaaren ja Rajasaaren (1999,9 - 10) mukaan evaluaatio käsite on **arviointi** käsitettä käyttökelpoisempi, koska evaluaatio viittaa systemaattiseen tiedonkeruuseen. Tällöin arviointitutkimus on joko formatiivista evaluaatiota eli itse prosessin arviointia, jolloin tarkoituksena on parantaa toimintaa. Arviointitutkimus voi olla myös summatiivista evaluaatiota eli lopputuloksen arviointia, jolloin arviointia tehdään toiminnan jo päätyttyä tai vakiinnuttua.

Niin ikään Karjalaisen (2001, 210 - 222) mukaan **arviointi** käsite voidaan määrittellä jonkin asian, ilmiön tai toimenpiteen arvon määrittelemiseksi. Se voi olla organisaation toiminnan laadunarviointia tai toiminnan tuloksellisuuden arviointia. Arviointi kohdistuu ongelma- tai suoritustilanteeseen, jossa arvioinnin voi suorittaa toimija itse tai tilanteen arvioinnin suorittaa ulkopuolinen arvioija. Tarkkaileva arviointi tarkoittaa muun muassa toimintaa ulkoapäin seuraavaa, toimintaan kohdistuvaa, normatiivista seurantaa ja luokittelua, jossa arvioinnin kohteena on toimintaprosessi tai tuotos. Tarkkailevassa arvioinnissa arvioija on ulkopuolinen toimija. Kun annetaan arviointiapua, edellyttää se kommunikaatiota, ohjausta ja sisällöllistä palautetta. Tässä tutkimuksessa arviointiin kotihoiton yksikön hoitotyön sähköisen kirjaamisen laatua. Arvioijana toimi ulkopuolinen arvioija, joka suoritti vertaisarvioinnin periaatteella hoitotyön kirjaamisen laadun arviointia.

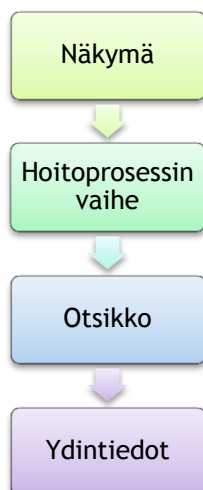
3.2 Hoitotyössä käytettävät potilasasiakirjat

Potilasasiakirjoja ja -rekistereitä laaditaan, koska niillä pyritään parantamaan hoidon jatkuvuutta ja tiedonvälitystä potilaan tai asiakkaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Potilasasiakirjat ja -rekisterit sisältävät tietoa potilaan terveydentilasta ja hänen saamasta hoidosta. Ne palvelevat myös potilaan neuvonnassa sekä hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. (Ensio ym. 2004, 24.) Potilasasiakirjan rinnakkaistermi on lähete, laajempi termi on asiakirja ja suppeampi termi ovat sairauskertomus (medical records), terveyskertomus (health case records) ja potilaskertomus (patient record, nursing record) (YSA 1995; TEPA-termipankki, 2006).

Potilasasiakirjoja ovat kokonaisuudessaan kaikki sellaiset sähköiset tai paperiset tallenteet eli asiakirjat, joita potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytetään. Potilasasiakirjoja ovat myös asiakirjat, joita hoitopaikkaan on saapunut. Esimerkiksi tekniset tallenteet, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja, potilaskertomus asiakirjoihin, kuten lähetteet, tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, konsultaativat vastaukset, tutkimuksen ja hoidon perusteella tehdyt lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat. (Valvira 2011; Finlex 2009; Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 12; Hallila 2005, 16; Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt 2007, 21; STM 2003:38, 46; YSA 1995; TEPA-termipankki 2006.) Lisäksi terveydenhuollon organisaatioilla on käytössä erilaisia hallinnollisia tietojärjestelmiä, joihin kirjataan potilastietoja. Näitä tietojärjestelmiä ovat esimerkiksi potilashallinto, ajanvaraus ja laskutus. Näistä tiedoista ajanvaraus- ja hoidonvaraustiedot luetaan myös kuuluvaksi potilasasiakirjoihin. (STM 2003:38.) Myös sosiaalihuollon laitoksen terveydenhuoltohenkilöstön merkinnät asiakkaan tai asukkaan hoidosta ovat potilasasiakirjoja (Valvira 2011). Koska potilasasiakirjat on tarkoitettu tukemaan potilaan hyvää hoitoa ja hoidon jatkuvuutta, on kirjaamisen oltava asianmukaista, virheetöntä, merkinnöiltään selkeää ja ymmärrettävää. Jos kirjaamisessa käytetään lyhenteitä tai erilaisia käsitteitä, tulee niiden olla myös yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä. (Hallila 2005, 51; Tantt 2009, 5.) Jos potilasasiakirjojen laatiminen laiminlyödään, se on asianmukaisen hoidon laiminlyömistä (Ensio ym. 2004,23).

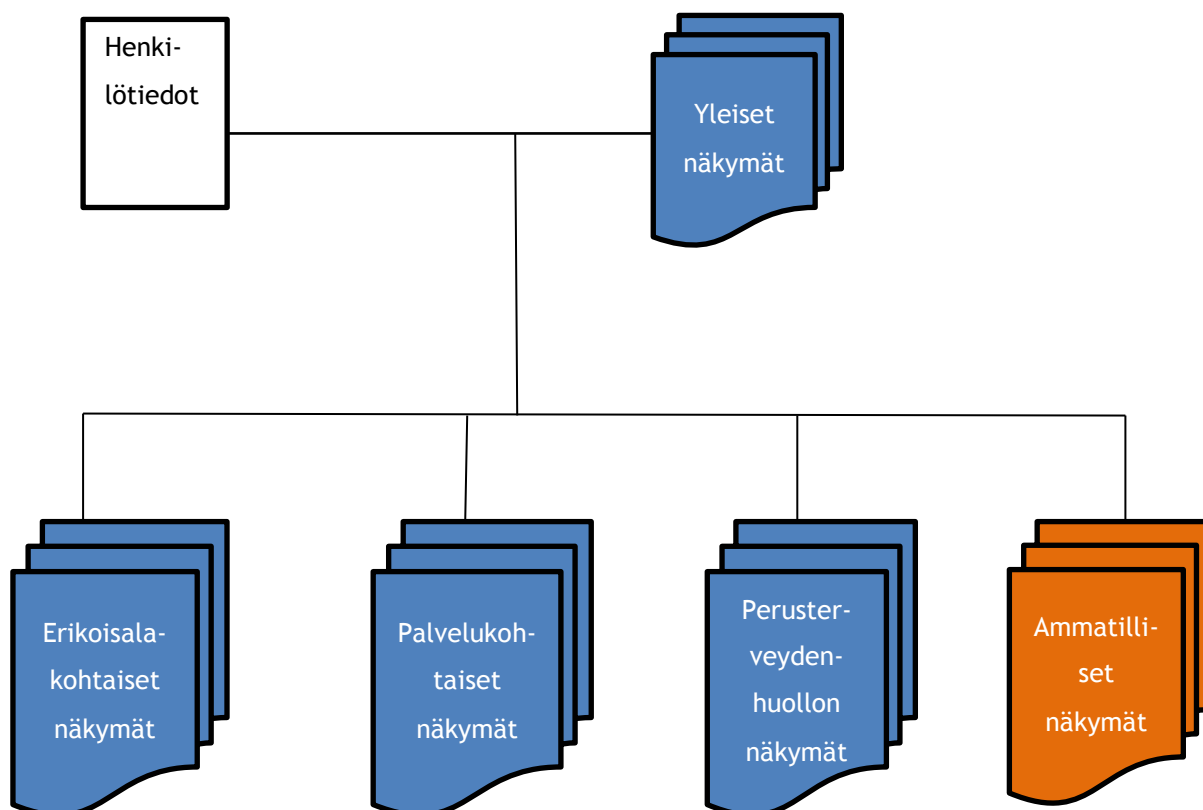
Potilaskertomus on asiakaskertomus, joka sisältää tietoa potilaan sairauksista sekä niiden hoidoista. (TEPA-termipankki 2006). Potilas- ja asiakaskertomuksen asiakirjat ovat kokonaisuuksia, joita on kerätty ja täydennetty koko hoito- tai palvelujakson ajan. Kertomus sisältää jatkuvasti, aikajärjestyksessä etenevää tietoa asiakkaan avohoito- ja kotikäyntien sekä osatoimitusjaksojen tarpeista ja ongelmista, annetuista palveluista sekä niiden toteutuksesta. Kertomus on asiakirja kokonaisvaltaisesti annettusta hoidosta. Terveydenhuollon potilaskertomus sisältää myös yhdistelmän, joka on hoitotapakohtainen tiivistelmä. Yhdistelmä sisältää loppulausunnon sekä hoitotapojen perustason tiedot. (Stakes 2006; Saranto ym. 2007, 12; STM 2008; Tantt 2009.)

Sähköisen potilaskertomuksen rakenne (kuvio 1) on syntynyt erilaisista tiedoista kootuista kokonaisuuksista, jotka ovat näkymä, hoitoprosessin vaihe, otsikko ja ydintiedot (Saranto ym. 2007, 101). Sähköisen potilaskertomuksen etuja ovat tietojen helppo saatavuus, luettavuus ja haettavuus sekä tietojen hyödynnettävyys samanaikaisesti useassa eri paikassa. Oleellinen tieto löytyy suuresta tietomassasta sujuvammin, kun tieto on strukturoidussa muodossa. Rakenteisuus mahdollistaa myös tiedon laadun paranemisen. (Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt 2009, 16.)



Kuvio 1: Sähköisen potilaskertomuksen rakenne (mukaillen Tanttu 2009, 15)

Sähköinen potilaskertomuksen näkymä (kuvio 2) on jokaisella asiakkaalla erilainen. Se muotoutuu asiakkaan henkilötiedoista, erilaisista todistuksista, henkilötiedoista, riskitiedoista ja lääkehoidosta sekä kaikista niistä palveluista, joita asiakkaat terveydenhuollossa käyttävät. (Saranto ym. 2007, 101.)



Kuvio 2: Näkymät sähköisessä potilaskertomuksessa (mukaillen Tanttu 2009, 16)

Yleisissä näkymissä sijaitsevat lääketieteen erikoisalasta riippumattomat tiedot, kuten esimerkiksi elinluovutustestamentti, lääkärintodistukset, riskitiedot, jotka on tarkistettava jokaisen hoitajakson alussa. Erikoisalakohteisissa näkymissä sijaitsevat nimensä mukaisesti eri lääketieteen erikoisalaa koskevat tiedot, kuten esimerkiksi sisätaudit, kirurgia, anestesiologia tai gynekologia. Palvelukohtaisessa näkyvässä sijaitsevat tutkimuspyynnöt ja -tulokset sekä lausunnot, kuten esimerkiksi laboratorio tai röntgen pyynnöt, tulokset ja lausunnot. perusterveydenhuollon näkymissä sijaitsevat kaikki perusterveydenhuoltoon liittyvät tiedot. Ammatillisista näkymistä löytyy eri ammattiryhmien ja erityistyöntekijöiden tekemiä merkintöjä. Tähän näkymään kuuluu myös moniammatillinen hoitokertomus. Tietojen kirjaus näkymään tapahtuu käyttäen hoitoprosessin vaiheita ja otsikoita.

3.3 Lainsäädäntö hoitotyön dokumentoinnissa

Hoitotyöntekijöitä velvoittava laki on laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Laissa määritetään muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettiset velvollisuudet. Velvollisuuksissa tärkein päämäärä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen sekä heidän kärsimysten lievittäminen. Laki määrittelee, että ammattitoiminnassaan ammattihenkilön on tasapuolisesti punnittava potilaalle koitua hyöty ja mahdolliset haitat. (Finlex 1994.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 määrittelee, että terveyden - ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaavat suunnitelma, jossa on ilmentävä potilaan hoidon järjestäminen. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä kanssa tai suunnitelman laatimisessa on oltava mukana potilaan laillinen edustaja. (Finlex 1992.)

Eduskunta on säätänyt lain sosiaali- ja terveydenalan asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 ja muutoslaki 1227/2010. Lain tarkoitus on edistää asiakastietojen turvallista käsittelyä sähköisessä muodossa. Samalla lain tulee edistää tietojen reaaliaikaista saantia, joka lisää potilasturvallisuutta. Reaaliaikainen ja riittävä tiedon saanti lisää myös tehokkuutta sekä edistää potilaan mahdollisuutta saada tietoa itseään koskevista asiakirjoista. Lakimuutosten tarkoitus on taata potilaalle tai asiakkaalle laadullisesti hyvää hoitoa. Asiakastietoja on säilytettävä muuttumattomina ja eheinä niin pitkään, kun niitä säilytetään. Sähköisiä asiakirjoja saa olla vain yksi alkuperäinen, tunnisteella yksilöity kappale. Jos joudutaan palvelun toteuttamiseksi tai muun perustellun syyn takia ottamaan kopio, täytyy asiakirjasta tulla selkeästi ilmi, että se on jäljennös. (Finlex 2010b; Finlex 2010c.)

Laki määrittelee myös tarkkaan kenelle asiakkaan tietoja saa luovuttaa. Luovutus koskee vain sosiaali- ja terveydenhuollon yksikön ammattihenkilöä, jolla on hoitosuhde potilaaseen. Kun potilaan tietoja haetaan valtakunnallisesta tietojärjestelmästä, saa terveyden- tai sosiaali- huollon ammattihenkilö vain sellaiset käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin, kun hänen tehtävänsä niitä edellyttää. Jokaisella potilastietoja käsittelevällä henkilöllä on määrätty käyttöoikeudet ja jokaisesta käynnistä jää merkintä käyttäjälökiin. Asiaton tai oikeudeton potilastietojen katselu on rikos ja siten rangaistava teko. (Finlex 2007b.)

Vuonna 2005 tehtiin väliaikainen muutos sekä sosiaalihuoltolakiin 719/1982 että kansanterveyslakiin 667/1972, joka mahdollisti kokeilun vanhuspalveluiden uudelleen organisoimisesta. Lakimuutos mahdollisti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen kotihoidoksi, jos kunta itse tuotti molemmat palvelut. (STM 2012a.) Vuonna 2011 sosiaalihuolto- ja kansanterveyslaki yhdistyivät terveydenhuoltolaiksi 1326/2010. Terveydenhuoltolaki on määritellyt, että potilasasiakirjat muodostavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa yhteisen potilastietorekisterin. Potilastietorekisteriä saavat käyttää vain ne henkilöt, jotka ovat mukana asiakkaan hoitamisessa. Kaikista käyttäjistä jää lokitieto potilastietorekisterin pitäjälle. (Finlex 2010d.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 määrittelee yksityiskohtaisesti ne tiedot, joita asiakirjoihin on kirjattava. Seuraavat merkinnät tulee löytyä asiakirjoista 1) potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot 2) terveydenhuollon toimintayksikön ammattihenkilön nimi 3) merkinnän tekijän nimi, asema ja merkinnän ajankohta 4) saapuneiden tietojen osalta saapumisajankohta ja lähde 5) alaikäisen potilaan osalta huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Lisäksi tiedossa olevat allergiat ja yliherkkyydet sekä tutkimus- tai hoitotoimenpiteissä ilmenneet haitalliset vaikutukset tai hoidon tehostomuus tulee merkitä potilaskertomukseen. Jos hoitotoimenpiteet aiheuttavat potilasta tai lääkevahingon, täytyy potilaskertomukseen tehdä yksityiskohtainen kuvaus tapahtuneesta, selvitys mukana olleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja kuvaus vahingon epäillystä syystä. Lääkkeiden tunnistetiedot tulee merkitä yksilöidysti ja merkinnät tulee tehdä välittömästi vahinkoepäilyn jälkeen. Yleisesti potilasasiakirjoihin saa tehdä merkintöjä vain sellaiset terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat olleet mukana potilaan hoidossa. Merkinnät on oltava riittävän laajoja, jotta ne turvaavat potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen sekä seurannan. Merkintöjen on oltava selkeitä ja ymmärrettäviä eikä niissä saa esiintyä kuin yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä lyhenteitä ja käsitteitä. (Finlex 2009a.)

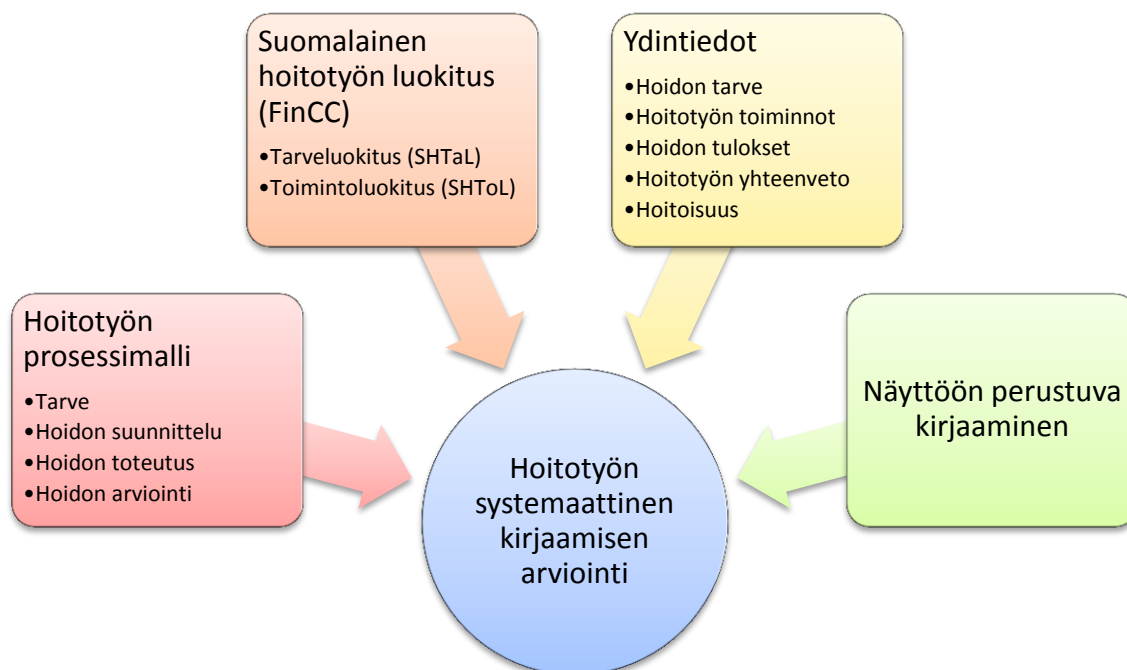
Asetus 298/ 2009 määrittelee, että sähköisessä potilasjärjestelmässä jokainen käyttäjä on tunnistettava ja yksilöitävä. Jokaiselle käyttäjälle täytyy myös määrittää tehtävän mukainen käyttöoikeus potilasasiakirjoihin ja potilastietojärjestelmän eri toimintoihin. (Finlex 2009b.)

Hoitotyön päivittäiskirjaamisen tietoja ei tarvitse vielä toistaiseksi tallentaa valtakunnalliseen arkistointipalveluun. Sitä vastoin hoitotyön yhteenveto on tallennettava arkistointipalveluun siitä lähtien, kun palveluun on liitetty. (Finlex 2012.)

Uusi terveydenhuoltolaki 1326/2010 astui voimaan vuonna 2011. Lain tarkoituksena on kasvattaa potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa sekä vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Terveydenhuoltolain tarkoitus on myös kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja edistämällä terveyspalvelujen saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Tavoitteena on luoda asiakaslähtöistä ja saumatonta palvelua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Terveydenhuoltolaki korvasi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon. (THL 2012; Silvennoinen-Nuora 2010, 103.) Valmisteilla on myös ns. Vanhuspalvelulaki, jonka tarkoituksena on turvata iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saanti niin, että ikäihminen saa toimintakykynsä mukaiset palvelut, jotta hän voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Ns. Vanhuspalvelulain halutaan turvata iäkkään ihmisen mahdollisuus sosiaalisiin suhteisiin ja mielekkääseen tekemiseen. Vanhuspalvelulain on tarkoitus astua voimaan vuoden 2013 aikana. (STM 2012.)

3.4 Teoreettinen viitekehys hoitotyön systemaattinen kirjaamisen arviointi

Lundgrén-Laine ja Salanterä (2007, 25 - 26) sekä Saranto ym. (2007, 76) mukaan hoitotietojen kirjaaminen vaatii hoitajalta potilaan yksilöllisten hoitotyön tarpeiden tunnistamista, potilaan tuntemista sekä hoidollista päätöksentekoa. Kun manuaalisesta kirjaamisesta siirryttiin sähköiseen kirjaamiseen, perinteiset kirjaamisen elementit muuttuivat. Sähköisen kirjaamisen pääelementtejä ovat hoitajan keräämät potilaan subjektiiviset ja objektiiviset tiedot, tunnistetut ja priorisoidut hoidon tarpeet, potilaan ongelmat tai hoitotyön diagnoosit, hoitokertomus sekä hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön prosessimukaisessa kirjaamisessa tulee näkyä pitkin matkaa hoidollinen päätöksenteko (kuvio 3).

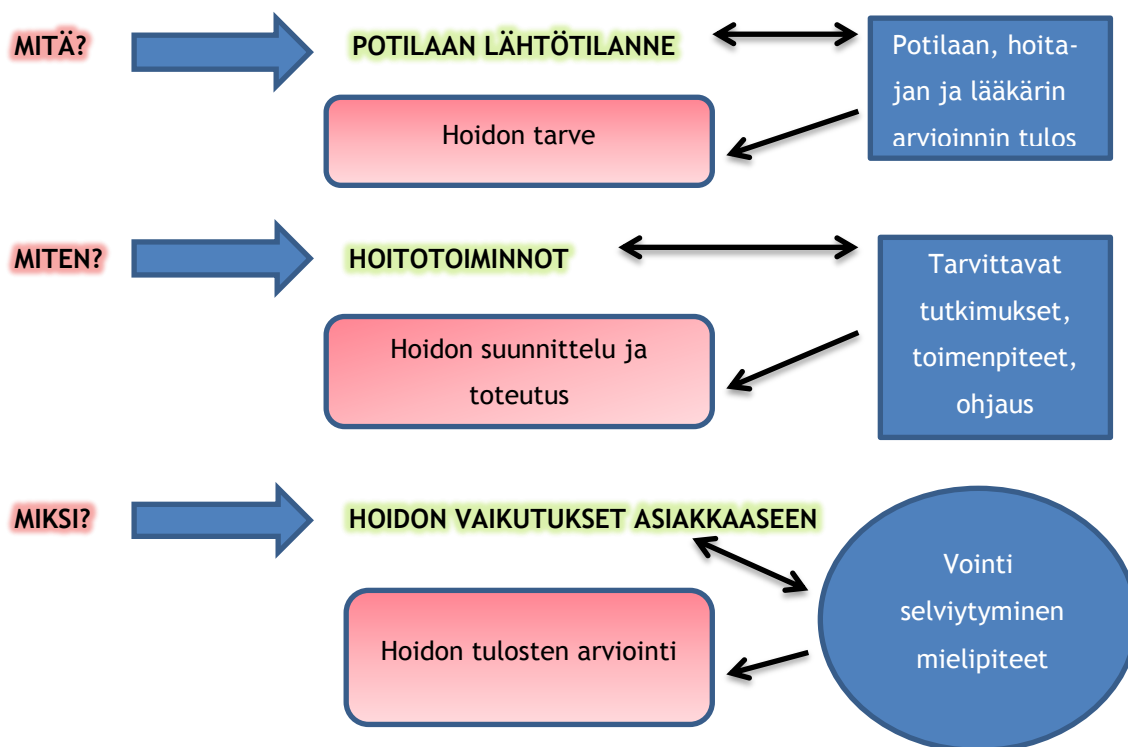


Kuvio 3: Viitekehyksenä hoitotyön systemaattisen kirjaamisen arviointi

Hoitotietojen systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä vapaasti kirjoitettavista kertovista (narratiivisista) teksteistä. Sähköisessä potilaskertomuksessa eri ammattiryhmät keräävät ja kirjaavat systemaattisesti hoitoon liittyvät oman alansa tiedot niin, että nämä tiedot ovat muiden hoitoon osallistuvien käytettävissä. Kun yksi ammattiryhmän edustaja on kirjannut mielestään tärkeää tietoa hoidosta, näkyy tämä tieto kaikilla, jotka osallistuvat hoitoon. Jos kirjaaminen eri ammattiryhmien välillä ei ole systemaattista, syntyy pirstaleista ja päällekkäistä kirjaamista. Tällöin menetetään mahdollisuus hyödyntää muiden tekemiä havaintoja ja tutkimustuloksia ja toisaalta potilaan kokonaishoidosta on vaikea muodostaa selkeää kuvaa. Potilaan hoito saattaa viivästyä tai potilas saattaa jäädä kokonaan ilman hoitoa. (Saranto ym. 2007, 14 - 77; HoiDok -hanke 2005 - 08.)

Päätöksenteko vaatii kykyä kriittiseen systemaattiseen ajatteluun. Systemaattinen ajattelu vaatii kykyä arvioida potilaan tilaa oikea-aikaisesti, taitoa hoitotyön ongelmien ratkaisemiseen, kykyä työn priorisointiin sekä taitoa ajatella aktiivisesti omaa toimintaa. Hoidollinen päätöksenteko (kuvio 4) tulee perustua hoitotyön tietoperustaan ja valinnat sekä päätökset, joita hoitaja tekee työssään, tulee näkyä hoitotyön kirjaamisessa. Päätöksenteko hoitotyössä vaatii aktiivista vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan sekä hänen omaisten tai läheisten välillä. Hoitajan on tunnettava potilaansa, jotta hoitotyön laatu on yksilöllistä ja korkeatasoista. Kun hoito on yksilöllistä, on hoitajalla mahdollisuus yksilölliseen potilaan tarpeita huomioivaa dokumentointiin. Kirjaamalla systemaattisesti hoitotyön prosessin eri vaiheet, hoitaja tuo

myös näkyviin oman toimintansa potilaan hyväksi. (Lundgrén-Laine ym. 2007, 25 - 26; Saranto ym. 2007, 76; Ikonen 2009, 36.)



Kuvio 4: Hoidollinen päätöksenteko kirjaamisessa (mukaillen Ensio & Saranto 2004, 37)

Sähköisiä potilaskertomusjärjestelmiä on jo monin paikoin käytössä Suomen terveyden- ja sairaanhoidossa. Yleisimmin käytetyt sähköiset potilastietojärjestelmät ovat Esko, Effica, Pecasos, Mediatri, Miranda, Medicus, Doctorex, Finstar, Softmedic ja TT2000. (Syväoja & Äijälä 2009, 32.) Tämä erilaisten potilaskertomusjärjestelmien määrä vaikeuttaa valtakunnallisiin sähköisiin asiakastietojärjestelmiin siirtymistä, joka on suunnitelmien mukaan käytössä vuonna 2014. Tarkoitus on, että järjestelmät tallentavat tietonsa potilastietoarkistoon (eArkisto), josta toinen potilastietojärjestelmä noutaa tiedot tarvittaessa. Tämä tapahtuma vaatii potilaalta tietoisuuden suostumuksen antamista. (ETENE 2010, 19 - 20.)

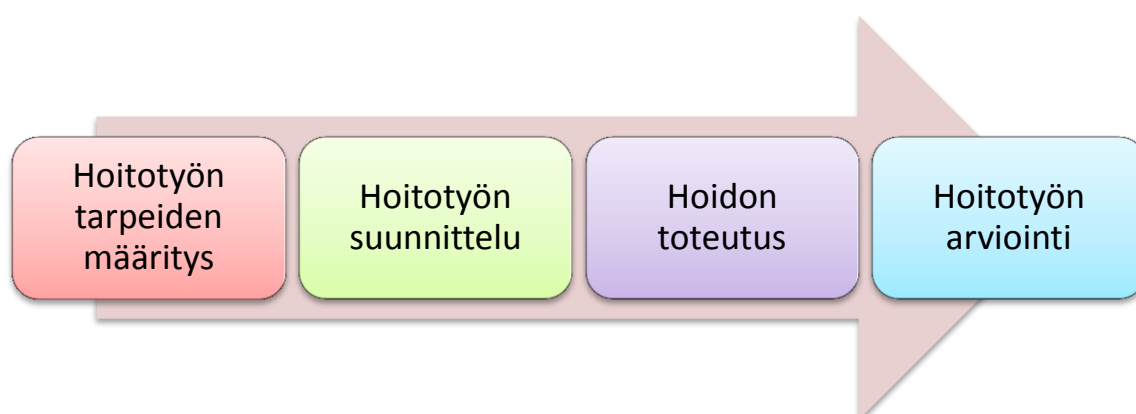
Systemaattisuus antaa mahdollisuuden kirjaamiskäytäntöjen vakiointiin eli standardointiin, jolloin hoitotyö saa yhtenäisen kielen eli tietosisällön, omat käsitteet ja rakenteisuuden. Rakenteisuus tarkoittaa, että kirjattu tieto on määritelty ainakin otsikkotasolla ja esittämiseen käytetään vakioituja luokituksia, nimikkeistöjä tai sanastoja sekä koodistoa. Luokitukset ovat hierarkisia käsitejärjestelmiä, jotka voidaan jakaa yläluokkiin sekä näiden alaluokkiin ja edelleen alaluokkien alaluokkiin, kunnes saavutetaan yksilöitävät asiat tai ilmiöt. (Hämäläinen, Lehto, Lehtonen, Ojala & Palojoki 2012, 3; Saranto ym. 2007, 81; Tanttu & Rusi 2007, 114.)

Systemaattisella kirjaamisella luodaan pohja korkeatasoiselle hoidolle, sillä systemaattisuus mahdollistaa laadukkaan ja turvallisen hoidon. Toisaalta jos määräykset ovat epäselviä tai kirjaaminen puutteellista, kasvaa riski potilasvahingolle. (Hankonen, 2011.)

3.4.1 Hoitotyön prosessimalli

Hoitotyön prosessimalli pitää sisällään sekä hoitoprosessin vaiheineen että prosessiin liittyvän päätöksenteon (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 1; Saranto ym. 2007, 56 - 63; Hopia & Koponen 2007, 26). Päätöksenteko on rationaalista aloittelevalla hoitajalla ja muuttuu intuitiivisemmaksi, kun hoitajalla tulee kokemusta. Intuitiivinen päätöksen teko ei ole kuitenkaan näyttöön (evidenssiin) perustuvaa, sillä sen perusteleminen ja kuvaaminen sanallisesti on vaikeaa. Tämä hiljainen tieto olisi mahdollista analysoida, jolloin päätöksenteko saataisi näkyviin. (Hopia ym. 2007, 29.)

Hoitotyön prosessin vaiheita on kuvattu neljä-, viisi- jopa kuusivaiheisena. Prosessimalli on potilaan hoitoa ohjaava ajattelu- ja toimintamalli. Sen avulla hoitotapahtumien jäsentäminen ja kirjaaminen muuttuu sujuvammaksi. Suomessa yleisimmin vakiintuneet mallit ovat joko neljässä vaiheessa (kuvio 5) etenevä tarpeen määrittämisestä hoitotyön suunnitteluun, hoidon toteutukseen ja hoidon arviointiin tai viidessä vaiheessa etenevä, jolloin tarpeen määrittämisen jälkeen on lisätty hoitotyön diagnoosin laatiminen. Hoitotyön diagnoosin käyttöä puoltaa se, että potilaan hoidon tarve voidaan kuvata täsmällisellä hoitotyön diagnoosilla. (Saranto ym. 2007, 56 - 113; Ensio & Saranto 2004, 36 - 39; Kratz 1984, 15 - 17.)



Kuvio 5: Hoitotyön prosessimallin vaiheet (mukaillen Kratz 1984, 31 - 156)

Eri hoitoympäristössä hoitotyön prosessin vaiheet painottuvat eri tavalla. Potilaan sairastuttua äkillisesti, aloitetaan akuuttihoito välittömästi. Tällöin hoitotyön prosessissa siirrytään suoraan hoidon toteutukseen. Kun taas pitkäaikaissairaana potilaan hoidon suunnittelussa tavoitteiden täsmällinen ja tarkka määrittäminen korostuu. Siitä huolimatta, että eri hoitoympäris-

töissä korostuvat prosessin eri vaiheet, se ei tarkoita muiden vaiheiden puuttumista. Hoidon määrittäminen pohjautuu kuitenkin aina potilaan yksilöllisiin ongelmiin, joihin hoitotyöllä pyritään vaikuttamaan. On myös tilanteita, jolloin hoitaja tunnistaa potilaalla sellaisia tarpeita tai ongelmia, joihin hoitotyöllä tai muillakaan keinoin ei pysty vaikuttamaan. Tällaisissa tilanteissa nämä ongelmat joudutaan jättämään hoitotyön tarpeen määrittämisen ulkopuolelle. (Saranto ym. 2007, 58;Kratz 1984, 15 - 51.)

Hoitotyön tarpeen määrittäminen

Hoitotyön tarpeiden määrittäminen aloitetaan keräämällä esitietoja potilaasta. Näitä ovat muun muassa henkilötiedot, tiedot sairauksista ja lääkityksistä, allergioista, aiemmat hoitodokumentit sekä muut hoitotyöhön vaikuttavat potilastiedot. Tietoja ei kirjata sellaisenaan esitietolomakkeelle, vaan ne varmistetaan haastattelutilanteessa vielä potilaalta, omaiselta tai selvitetään muulla luotettavalla tavalla. (Saranto ym. 2007, 58 - 59.)

Hallilan (1999, 82 - 83) ja Kratzin (1984, 15 - 59) mukaan hoitajan ja potilaan ensikohtaaminen on erittäin merkityksellinen potilaalle. Siksi hoitajan on huomioitava sekä haastatteluympäristö että kohtaamistilanne. Haastatteluympäristön tulee olla rauhallinen, jotta potilas kokee tilanteen turvalliseksi ja luottamukselliseksi. Vuorovaikutuksen onnistuminen haastattelussa edellyttää potilaan arvojen ja elämäkatsomusten kunnioittamista sekä hänen elämismaailman ja ihmiskuvan hyväksymistä. Potilaan tarkka ja kokonaisvaltainen sen hetkisten tarpeiden määrittäminen luo pohjan yksilölliselle potilaan hoidolle, systemaattiselle kirjaamiselle sekä hoidon vaikuttavuuden arvioinnille. Systemaattisella tietojen keruulla hoitaja pyrkii selvittämään potilasta vaivaavat hoitotyöllä ratkaistavat tarpeet ja ongelmat käyttämällä kaikkia aistejaan hyväkseen. Samalla kun hoitaja tarkkailee ja havainnoi potilasta, hän kuuntelee ja keskustelelee sekä kyselee potilaalta tuntemuksia ja tietoja. Tarvittaessa potilasta rohkaistaan kertomaan omista ongelmista, toiveista tai peloista. Hoitajan taito kirjata ja kuunnella potilasta luontevasti, lisää potilaan luottamusta hoitoon ja hoitotyöntekijöitä kohtaan. Haastattelutilanteessa asioita kerrataan tarvittaessa.

Hoitotyön ongelmat kirjataan sekä potilaan sanomana (subjektiivinen validointi) että hoitajan havainnoimana (objektiivinen validointi), ei hoitajan tulkintoina tai mielipiteinä. Haastattelu tilanne vaatii hoitajalta keskittymistä, todellista läsnäoloa ja vuorovaikutustaitoa sekä halua vastata potilaan avuntarpeeseen. On myös tilanteita, jolloin potilas ei kykene ilmaisemaan ongelmiaan esimerkiksi vaikea dementia tai potilaan tajuttomuus. Niissä tilanteissa potilaan hoitotyön tarpeet määritellään yhdessä omaisten tai läheisten kanssa. Joskus potilaan tarpeet joudutaan määrittelemään myös hoitajan tekemänä tai moniammatillisena yhteistyönä potilaan puolesta. (Kratz 1984, 15 - 51; Hallila 1999, 82 - 83.)

Hoitaja kirjaa hoitotyön tarpeet niin, että hoitotyön ongelman syy tulee esille kirjauksessa. Tarpeen kirjaaminen tulee olla niin tarkkaa, että sen avulla voidaan suunnitella potilaalle yksilöllinen hoito ongelman ja tarpeen poistamiseksi tai välttämiseksi. Tarpeet voivat olla fyysisellä, psyykkisellä, sosiaalisella tai henkisellä elämisen alueella tai niillä kaikilla, mutta jokainen yksittäinen ongelma vaikuttaa potilaaseen kokonaisuutena. Jos potilaalla on useita tarpeita, hoitaja priorisoi ne. Henkeä uhkaavassa tilanteessa siirrytään suoraan hoitotyön toimintoihin, mutta akuutin vaiheen mentyä ohi, määritellään hoidolliset tarpeet. (Kratz 1984, 15 - 67; Hallila 1999, 69 - 71.)

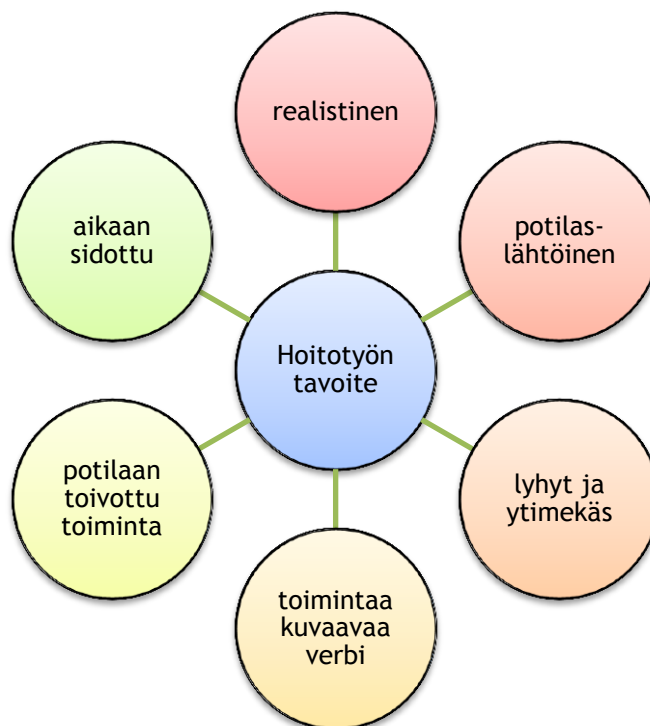
Hoitotyön tarpeen määrittämisen jälkeen voidaan tehdä hoitotyön diagnoosi, joka eroaa lääketieteellisestä diagnoosista siinä, että ne eivät liity tiettyihin sairauksiin tai tauteihin, vaan niissä kuvataan potilaan terveydentilaa uhkaavia tai olemassa olevia hoitotyöllä poistettavia, vähentäviä tai lievittäviä ongelmia. Hoitotyön diagnoosi voi sisältää myös voimavaroja lisääviä, positiivisia elementtejä. (Ensio ym. 2004, 42.) Hoitotyön tarpeet kirjataan hoitotyön suunnitelmaa, josta kaikki hoitoon osallistuvat näkevät ne ja voivat toimia suunnitelman mukaan. Hoitotyön suunnitelma on juuri niin hyvä, kun sen pohjana olevat hoitotyön tarpeet ovat. Hoitajalla, joka määrittää hoitotyön ongelmat, on suuri vastuu kokonaishoidon onnistumisesta. Takuuna kokonaishoidon onnistumiselle ovat potilaslähtöiset hoidon tarpeet. (Hallila 1999, 74 - 75.)

Gjevjonin ja Hellesón (2009, 100 - 101) mukaan hoitotyö kotihoidossa muodostuu erilaiseksi kuin perinteinen työskentely pitkäaikaisosastolla. Työskentely tapahtuu asiakkaan kotona useimmiten yksin toimien. Asiakkailta saattaa olla vuosia vaivanneita oireita, jotka sairaanhoitaja vasta huomaa hoitaessaan asiakasta. Sairaanhoitajan tehtävä on tehdä näkymättömästä näkyvää kirjaamalla asiakkaan kotona havainnoimiaan ongelmakohtia hoitokertomukseen niin, että muut potilasta hoitavat saavat tiedon asiasta.

Hoitotyön suunnittelu

Hoitotyön tavoitteet ilmaisevat, mihin hoitotyöllä pyritään ja millaisia muutoksia potilaan tilassa hoidon vaikutuksesta toivotaan tapahtuvan. Ne asetetaan hoitotyön ongelmien ja tarpeiden pohjalta, jotka potilas ja hoitaja ovat havainneet. Hoitotyön tarpeet ovat joko olemassa olevia tai ilmaantuvat tulevaisuudessa, jollei epätydyttävään tilanteeseen puututa ajoissa. Potilaat ilmaisevat henkilökohtaiset tavoitteensa monin eri sanoin. He saattavat puhua toiveesta, halusta, tarkoituksesta, tahtomisesta tai toivosta. On sama mitä sanaa potilas käyttää, mutta käyttämällä termillä hän osoittaa, että nykytilanne ei ole tyydyttävä, vaan hän toivoo siihen jonkinlaista muutosta. Kun hoitaja tietää mihin hoitotyöllä pyritään, hän pystyy määrittämään, miten tavoitteet saavutetaan. Hoitotyön tavoitteiden tarkoitus on osoittaa, mitä muutoksia potilaan tilassa tulevaisuudessa tapahtuu. Tavoitteista on myös tultava

ilmi se, miten odotettuja muutoksia voidaan havainnoida. Hoitotyön tavoitteet asetetaan tiettyjen periaatteiden mukaan (kuvio 6). (Kratz 1984, 68 - 70.)



Kuvio 6: Hoitotyön tavoitteiden asettaminen (mukaillen Kratz 1984, 69)

Hoitotyön tavoitteiden on oltava aina realistisia, sillä potilaalla täytyy olla mahdollisuus saavuttaa asetetut tavoitteet. Epärealistiset tavoitteet saattavat aiheuttaa potilaalle turhaa henkistä kärsimystä, kun hoito ei etene odotetusti. Jotta hoitotyön tavoite on potilaslähtöinen, esitetään se potilaan odotettuna käyttäytymisen muutoksena, ei hoitajan käyttäytymisenä tai tekemisenä. Esimerkkinä ”kävelee tuettuna wc:hen kahden päivän kuluttua”. Kun tavoitelauseen ilmaisu on lyhyt ja se aloitetaan suoraan potilaan toimintaa kuvaavalla verbillä, jolloin huomio kiinnittyy siihen potilaan käyttäytymiseen, joka on tarkoitus saada aikaan hoitotyön avulla. Esimerkissä toimintaa kuvaava verbi ”kävelee” osoittaa suoraan asiaa, jota hoitaja havainnoi, kun hän arvioi onko potilas saavuttanut tavoitteen. Toimintaa kuvaavan verbin lisäksi täytyy ilmaista tapa, kuinka toiminta tapahtuu. Esimerkissä tapaa ilmaiseva sana ”tuettuna” täsmentää hoitotyön tavoitetta. (Kratz 1984, 68 - 70; Lehtokari 2007, 15 - 16.)

Hoitotyön tavoitteen yhteydessä tulee ilmaista aika, jolloin tavoite on saavutettu. Jos lopullisen tavoitteen saavuttaminen vie potilaalta liian pitkän ajan, on hyvä tehdä välitavoite, jotta potilas kokee tavoitteen saavuttamisen mahdolliseksi. Esimerkiksi ”kävelee wc:hen hoitajan tukemana ensimmäisen postoperatiivisen päivän jälkeen”. Välitavoitteiden saavuttaminen antaa potilaalle ja hoitajalle positiivisen kokemuksen, jolloin eteneminen tavoite kerrallaan lopulliseen tavoitteeseen tuntuu mahdolliselta. (Kraz 1984, 68 - 70.) Kun tavoitteet on määritetty, valitaan oikeanlaiset toiminnot, joilla tavoitteet on mahdollisuus saavuttaa.

Hoitotyön tavoitteiden asetteluun vaikuttaa monien tieteenalojen tieto, mutta hoitotyöntekijän ammatillista päätöksentekoa ohjaa hoitotieteen näkökulma. Yhden tavoitteen saavuttamiseksi saatetaan suunnitella useampi hoito- ja hoitotyötoiminto. On tärkeää, että **suunnitelluista toiminnoista** kerrotaan potilaalle ennakkoon, jotta potilas kykenee aktiivisesti osallistumaan suunnitteluun ja näin sitoutuu paremmin hoitoonsa. Kun hoidon suunnittelu on valmis, hoitaja kirjaa hoitotyön suunnitelmaan suunnitellut hoitotoimet, arviointimenetelmät ja ajankohdat. Tietojen kirjaaminen suunnitelmaan mahdollistaa jokaisen hoitohoitotyöntekijän arvioida tavoitteita, suunniteltuja toimintoja sekä auttamiskeinojen vaikutusta potilaan tilaan ja tarvittaessa muuttaa niitä. Näin kirjallisesta hoitotyön suunnitelmasta tulee hoidon vaikuttavuuden apuväline pelkän tiedon arkistoinnin sijaan. (Kratz 1984, 71 - 73.) Hoitotyö ei ole vaikuttavaa, ellei jokainen potilaan hoitoon osallistuva tiedä, mitä päätöksiä potilaan kanssa on tehty (Hallila 1999, 77).

Häyrisen (2011, 6 - 52) mukaan tällä hetkellä hoitotyön eri ammattiryhmät kirjaavat eri tavalla. Lääkärit ja fysioterapeutit kirjaavat narratiivista tekstiä, mutta otsikkotason kirjaaminen poikkeavat toisistaan. Lääkäreiden dokumentointi pohjautuu yli puolessa merkinnöistä diagnoosiin. Hoitajat ja lääkärit käyttävät toisistaan poikkeavia luokituksia. Lisäksi jokainen ammattiryhmä kirjaa hoitoon liittyviä tietoja omien jäsenysmalliensa mukaisesti, jolloin ei välttyä kaksoiskirjaamiselta. Jokaisella ammattiryhmällä oma suunnitelma toimii apuvälineenä, jonka avulla he hoitavat potilaitaan. Epäyhtenäiset hoitotietojen kirjaamistavat vaikeuttavat tiedonvaihtoa ammattiryhmien välillä ja vähentävät tietojen hyödynnettävyyttä.

Hoitotyön toteutus

Hoitotyön keskeisenä auttamismenetelmänä voidaan pitää hoitajan vuorovaikutustaitoa, jonka avulla hän pystyy muodostamaan yhteistyösuhteen potilaan kanssa. Potilaalle yhteistyösuhte mahdollistaa läheisyyden ja turvallisuuden tunteen sekä mahdollisuuden tulla oikeaan aikaan autetuksi. Hoitaja antaa oman ammatillisuutensa potilaan käyttöön niin, että potilas uskaltaa kertoa toiveistaan, unelmistaan ja aroistakin asioista. Hoitaja herkistyy kuuntelemaan ja tarkkailee potilasta, on läsnä hoitotilanteessa ja luo jatkuvuutta hoidolle. Yhteistyösuhteen perustana on hoitajan tieto niistä auttamismenetelmistä, joita potilas haluaa käytettävän hoitosuhteessa sekä hoitajan tieto siitä, mitä potilas arvostaa terveytenä. (Hallila 1999, 82 - 84.)

Hoitajan arvioi hoitotyötä tehdessä annetun hoidon vaikutuksia ja muuttaa tarvittaessa hoitotyön suunnitelmaa, jotta jokaisella hoitoon osallistuvalla on ajantasaista tietoa potilaan tilasta. Hoitosuunnitelma mukautuu kaikissa tilanteissa potilaan tarpeisiin. Hoitotyöllä hoidetaan potilaan sen hetkisiä tarpeita (akutaalinen ongelma), mutta samalla hoitajan on otettava

huomioon mahdollisia odotettavissa olevia ongelmia (potentiaalinen ongelma), ellei toimenpiteisiin ryhdyttäisi. (Kratz 1984, 105 - 121.) Hoitaja toiminta onkin intuitiivista tilanteenmu-
kaista ja asiantuntijuuteen perustuvaa hoitotyötä, joka etenee aina potilaan senhetkisten
tarpeiden mukaisesti. (Hallila 1999, 81.) Asiakkaan saamalla hoidolla on mahdollisuus edetä
tavoitteisiin vain, jos hoitaja suorittaa arviointia asiakkaan tilasta.

Hoidon tulosten arviointi

Arvioinnin päätarkoitus on saada selville, onko hoidon tavoitteet saavutettu arviointiaikaan
mennessä, onko hoito ollut tarkoituksellista, ovatko ongelmat lieventyneet tai onko potenti-
aalisten ongelmien ilmaantuminen estetty. Hoitotyön arviointia tapahtuu pitkin matkaa koko
hoidon ajan ja jokaisessa hoitotyön prosessin vaiheessa. Hoitotyössä arvioitavia asioita ovat
kaikki potilaaseen vaikuttavat asiat esimerkiksi potilaan ongelmien todentaminen, tavoittei-
den arvioiminen, auttamiskeinojen tehokkuuden ja ei-toivottujen tulosten arviointi sekä lo-
pulta koko hoitajakson vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arviointi. (Hallila 1999, 94 - 101;
Kratz 1984, 138 - 149.)

Kun hoitaja suorittaa arviointia, hän etsii muutosta asiakkaan tai potilaan tilassa verrattuna
aiempaan. Muutosten arviointi tapahtuu mittaamalla, havainnoimalla ja haastattelemalla
potilasta sekä tutkimalla potilasasiakirjoja ja vertaamalla muutosta asetettuihin tavoitteisiin.
(Kratz 1984, 135 - 138; Ensio ym. 2004, 43.)

Jotta tavoitteita voidaan arvioida, on niiden oltavaa mitattavissa, yksiselitteisiä, selkeitä ja
realistisia. Tavoitteissa tulee näkyä aika, johon mennessä se on tarkoitus saavuttaa. Ajanmää-
ritys ei välttämättä tarkoita, että hoidon odotetaan päättyvän. Esimerkiksi pitkäaikaispotilail-
la tavoitteet tähtäävät toimintakyvyn ylläpitämiseen tai päivittäisten tarpeiden toteutumi-
seen. Aika tai ajankohta ilmaisee jonkun toiminnan tapahtumista sovittuun aikaan mennessä.
Tavoitteen onnistumisen tai epäonnistumisen systemaattiseen arviointiin kuuluu myös aika
ulottuvuuden arviointi eli onko hoito toteutunut tavoitteeseen määritetyssä ajassa. (Kratz
1984, 140 - 144.)

Hoidon arviointi erityisesti ikääntyneillä saattaa olla hyvinkin aikaa vievää, mutta erityisen
tärkeää. Useimmilla yli 75 vuotta täyttäneillä on alentunut toimintakyky, aistitoimintojen
muutoksia, kroonista kipua, useita perussairauksia ja niistä johtuvia suuria lääkemääriä, jotka
vaikeuttavat hoidon vaikuttavuuden arviointia akuutin kivun hoidossa. Näissä tilanteissa voi-
daan arviointiin käyttää kipumittaria, jonka käyttö oikein selvitettyinä toimii yksilöllisen kivun
tarkkana kuvaajana sekä mahdollistaa asiakkaan subjektiivisen kivun arvioinnin. Mittaustulok-
sia seuraamalla saadaan selville, onko kipu voimistumassa vai onko tarvetta vähentää kipu-
lääkkeiden määrää, jotta sivuvaikutuksilta välttyttäisi. Pitkäaikaishoidossa olevien muistihäiri-

öistä kärsivien potilaiden kivunhoito on todettu olevan alihoidettu jopa niin, että joka kolmas potilas on kärsinyt jatkuvaa kipua ja yli puolella potilaista on ollut ajoittaista tai satunnaista kipua. (Pesonen 2012, 156 - 157.)

Jäniksen (2009, 53 - 58) tutkimustulosten mukaan vaikeasti kehitysvammaisen puhumattoman ihmisen kivun arviointi on vaikeaa. Kuitenkin vaikeastikin kehitysvammaisen ilmaisee kipua selkeästi äänтелеvästi poikkeavasti ja erilaisina käyttäytymisen muutoksina, kuten aggressiivisuutena itseä tai muita kohtaan, käsittelykipuna, hieromalla tai koskemalla kipeään kohtaan. Neljännes hoitohenkilökunnasta arvioi, että vaikeasti vammaisella ei ole kipua päivittäin, vaikka tutkimustulokset osoittavat päinvastaisia tuloksia. Minkäänlaista kipumittaria ei ollut käytetty kivun arvioinnissa, vaikka vaikeasti vammaisille on kehitetty oma kipumittari. Vaikeavammaisen puhumattoman ihmisen, kuten myös muistihäiriöisen ihmisen kipujen tulkinta on erityisen vaikeaa, koska kivun sanallinen ilmaisu ei onnistu normaalisti. Hoitajan tehtävänä onkin tulkita asiakkaan käyttäytymistä ja kirjata muutokset ylös. Koska kyse on tulkinnoista, on erityisen tärkeää, että asiakkaan tunteva hoitaja kirjaa käyttäytymiseen liittyvät muutokset tarkasti, jolloin informaatio turvataan. Vain kirjaamalla tiedot, voidaan hoidon vaikuttavuutta arvioida luotettavasti.

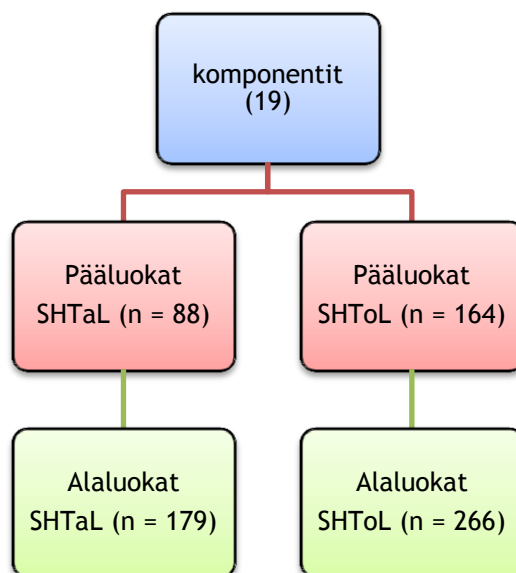
Gunhardssonin, Svenssonin ja Berterön (2008) ruotsalaisessa pilottitutkimuksen tuloksissa ilmeni, että palliatiivisella osastolla hoitajien kirjaaminen painottui fyysisen hoidon kirjaamiseen. Aineisto perustui kaikkien tietyn ajanjakson aikana menehtyneiden potilaiden asiakirjoihin (n = 15). Kivun dokumentointi oli yleisin aspekti kirjaamisessa. Kuvauksina löytyi, että potilas kärsi kivusta, oli kivulias tai oli tuskainen. Kuitenkaan kivun voimakkuuden, sijainnin tai luonteen kirjaamisesta ei löytynyt merkintöjä. Ei myöskään kivun mittaamista VAS (visual analog scale) mittarilla. Potilaiden jatkuva kivun seuranta puuttui ja yleisimpinä merkintöinä oli kipulääkkeen anto.

3.4.2 Suomalainen hoitotyön luokitus (FinCC)

Suomalainen hoitotyön luokitus (FinCC) perustuu alkujaan yhdysvaltalaiseen 1980-luvulla kehitettyyn Home Health Care Classification (HHCC) luokitukseen, joka luotiin ennustamaan hoitotyön tarvetta ja käyttöä kotihoidossa. HHCC-luokitus kehitettiin vastaamaan enemmän sairaanhoidon tarpeita ja nimettiin Clinical Care Classification (CCC). CCC-luokitus on nykyään käytössä yhdysvaltalaisissa sairaaloissa. FinCC-luokitusta, jota kutsutaan myös kansalliseksi kirjaamismalliksi, on hankkeen edetessä muokattu sekä sisällöltä että rakenteeltaan vastaamaan paremmin suomalaista hoitotyötä. (Jokinen 2005, 29 - 31.)

Liljamon, Kaakisen ja Ension (2008, 4 - 6) mukaan suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus FinCC (Finnish Care Classification) muodostuu kolmitasoisesta hierarkiasta. Ylimmällä tasolla

ovat komponentit eli hoitotyön sisältöalueet, jotka kuvaavat potilaan psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia alueita sekä käyttäytymistä ja terveyspalvelujen käyttöä. Komponenttien alla on pää- ja alaluokat, jotka jakautuvat Suomalaisen hoidon tarveluokitukseen (SHTaL 2.0.1) ja Suomalaisen hoidon toimintoluokitukseen (SHToL 2.0.1). Komponentteja on sekä tarve- että toimintoluokituksessa 19 (kuvio 7).



Kuvio 7: FinCC-kirjaamismallin hierarkkinen rakenne (versio 2.0.1) (mukaillen Liljamo, Kaakinen ja Ensio 2008, 6)

FinCC-luokitukset toimivat hoitotyön rakenteisen kirjaamisen apuvälineenä. Sekä tarve- että toimintoluokitus sisältävät 19 eri komponenttia, joita kutsutaan hoidon sisältöalueiksi (taulukko 1).

Suomalaisen hoitotyön tarve- (SHTaL) ja toimintoluokitukset (SHToL) (versio 2.0.1)		
Aineenvaihdunta	Kudoseheys	Terveyspalvelujen käyttö
Aistitoiminta	Lääkehoito	Turvallisuus
Aktiviteetti	Nestetasapaino	Verenkierto
Elämänkaari	Psyykinen tasapaino	
Erittäminen	Päivittäiset toiminnot	
Hengitys	Selviytyminen	
Jatkohoito	Ravitsemus	
Kanssakäyminen	Terveyskäyttäytyminen	

Taulukko 1: FinCC-luokituksen komponentit (mukaillen Liljamo ym. 2008, 5)

Kun potilaalla on todettu hoidontarve, valitaan FinCC-luokituksesta hoidon tarvetta vastaava komponentti (kuviot 8). Komponentti toimii pääotsikkona halutulle tarpeelle, mutta komponenttitasolle ei kirjata. Komponentin alta valitaan pää- tai alaluokka, joka parhaiten vastaa potilaan tilaa ja täydennetään vapaalla tekstillä. Hoitotyön suunnitelmasta täytyy selvittää, mikä ongelma tai tarve potilaalla on, miten ongelma ilmenee ja tarkka, yksityiskohtainen kuvaus potilaan tämän hetkisestä tai odottavissa olevasta tarpeesta tai vajeesta. Kun hoidon tarpeet on kirjattu, kirjataan tavoitteet, joilla on tarkoitus saavuttaa haluttu tila. Valitun tarpeen komponentti siirtyy automaattisesti tavoiteosion kirjaamisalustalle. (Liljamo ym. 2008, 13.)



Kuvio 8: Esimerkki FinCC-tarveluokituksen (SHTaL 2.0.1) kirjaamisesta

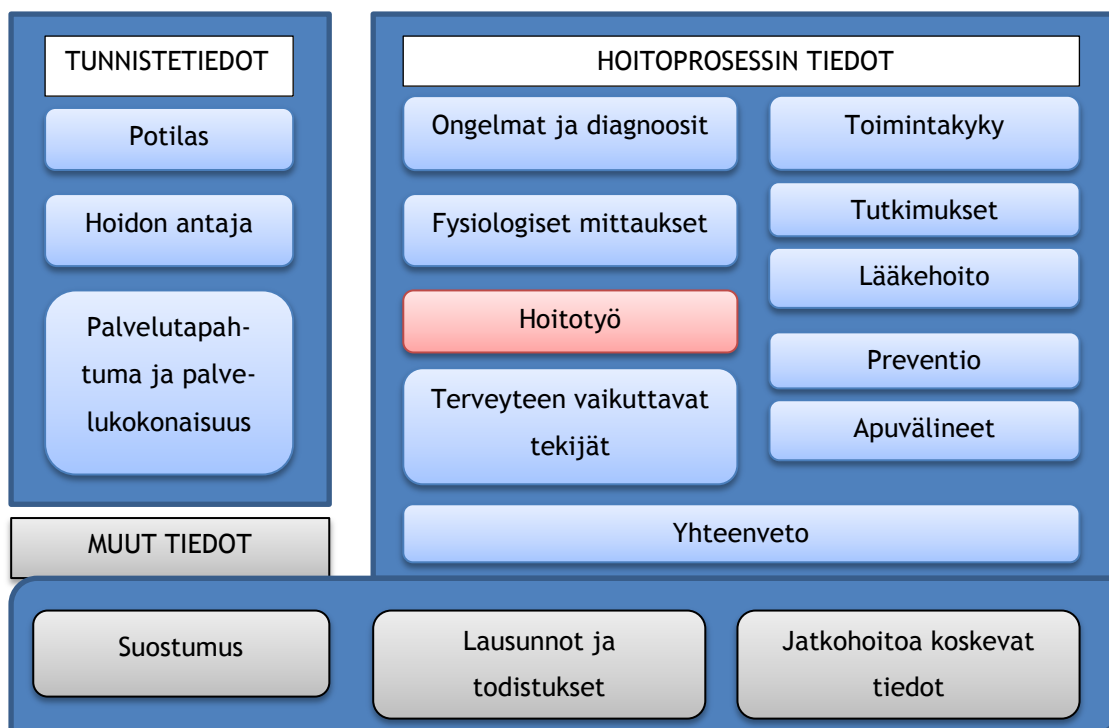
Kun hoito on toteutettu, arvioidaan sitä suomalaisen hoidon tulosluokituksella (SHTuL). Hoidon tulosta arvioidaan kolmella vaihtoehdolla tilanne ennallaan - tilanne parantunut - tilanne huonontunut. Lisäksi annettua hoitoa tulee arvioida vapaalla tekstillä. (Liljamo ym. 2008, 14.)

FinCC-luokitus mahdollistaa systemaattisen hoitotyön prosessimallin mukaisen kirjaamisen erilaisissa potilaskertomuksissa. Luokitus tarkoittaa tietorakennetta, jossa jotakin tietyn erikoisan samankaltainen tieto ryhmitellään sovitulla tavalla. (Tanttu 2009; Mykkänen, Huovinen, Miettinen & Saranto 2011, 62.) Hoitotyön luokituksen avulla on mahdollista tuoda esille hoitajien työn osuus potilaan kokonaishoidosta. Tämä on mahdollista tuomalla esille hoitotyön toteutumiseen liittynyt päätöksenteko ja tulokset. Hoitotyön luokitukset tarvitsevat rinnalleen myös vapaata tekstiä, jonka avulla voidaan täsmentää ja tuoda esille yksilöllinen hoito. Sainola-Rodriguezin ja Iksen (2007, 53 - 54) mukaan luokitusten käyttö psykiatrisessa hoitotyössä koetaan vieraaksi. Psykiatrisessa hoitotyössä on totuttu kirjaamaan narratiivisesti ja tekstin määrä on ollut perinteisesti suurta. Kirjaamisen ongelmana on todettu hoitosuunnitelman irrallisuus päivittäisen hoitotyön toteutuksesta sekä hoitotyön prosessin puute kirjaamisessa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on yhdessä Itä-Suomen yliopiston kanssa kehittänyt edelleen FinCC-luokitusta ja viimeisin luokituskokonaisuus on nimeltään FinCC-versiopäivitys 3.0. Tulos luokitus on pysynyt ennallaan, mutta tarve (SHTaL 3.0) ja toiminto (SHToL 3.0) luokituksia on pyritty kehittämään käyttäjäystävällisemmäksi. Uudessa versiossa komponenttien määrä on pudonnut 17:ään yhdistämällä tiettyjä komponentteja paremmin hoitotyötä palvelevaksi.

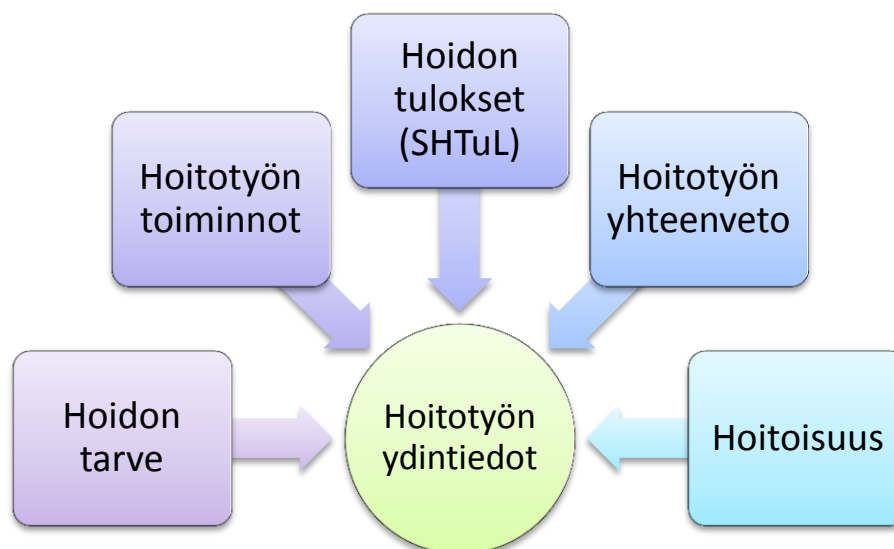
3.4.3 Hoitotyön ydintiedot

Ydintiedot ovat keskeisiä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja. Niiden tarkoituksena on luoda kokonaiskuva ihmisen terveys- ja sairaushistoriasta ja niihin liittyvistä hoidoista ja ohjauksista. Ydintietojen on oltava kaikissa terveys- ja sairauskertomuksissa samanlaisia. Hoitotyön ydintiedot ovat yksi osa-alue sähköisen potilaskertomuksen ydintietoja (kuvio 10). Ne on määritelty hoitotyön prosessimallin mukaan. (Härkönen 2008, 1; VSSHP 2009; Tanttu 2009, 12 -14.)



Kuvio 9: Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot (mukaillen Tanttu 2009, 13)

Ydintietojen tietosisältö on hoidon kannalta keskeistä tietoa, johon ei vaikuta erikoisala- ja toimintakohtaiset rakenteiset tiedot. Erikoisala- ja toimintakohtaisille tiedoille on omat mää- ritykset, koska niillä tiedoilla ei ole välttämättä keskeistä merkitystä muille käyttäjille. Ydin- tietojen lisäksi on aina oltava mahdollisuus kirjata vapaamuotoista tekstiä, joka täydentää ydintietoa. (Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt 3.0 2009, 18.) Organisaatiossa saattaa olla sovittu tietyistä toiminta- tai hoitofilosofiasta, joka vaikuttaa hoitajan vapaaseen kirjaamiseen. Myös hoitajan henkilökohtainen hoitofilosofia saattaa vai- kuttaa vähentävästi kirjaamiseen. Kuitenkin hoitotyön kokonaisvaltainen toteuttaminen ja kirjaaminen vaativat hoitajalta kykyä kriittiseen ajatteluun. (Saranto ym. 2007, 118.)



Kuvio 10: Hoitotyön ydintiedot (Liljamo ym. 2008, 8 - 12)

Hoitotyön ydintiedot muodostuvat hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista, hoidon tuloksesta, hoitotyön yhteenvedosta ja hoitoisuudesta (kuviot 10). Ydintietojen sisällön kirjaaminen tapahtuu hoitotyön hoitoprosessimallin mukaan FinCC-luokitukselta valittavalla luokalla, jota täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä. Kirjaaminen tapahtuu hoitokertomukseen, jolloin kuka tahansa hoitoon osallistuva hoitotyön tekijä näkee sähköisestä kirjaamisalustasta kaikki potilaalle suoritettavat toimenpiteet, annetut hoidot, potilaan taustan ja jatkohoitosuunnitelmat. (HoiData-loppuraportti 2007 - 2009; KanTa 2009, 47 -48; Saranto ym. 2007, 13.)

Hoidon tulos (SHTuL) kuvaa potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Hoidon tulosta arvioidaan asteikolla parantunut (PA), pysynyt ennallaan (EN) tai huonontunut (HU). Hoitoisuus tarkoittaa, että eri potilasryhmät tarvitsevat eri määrän hoitoa ja annettu hoito on myös vaativuudeltaan erilaista. Hoitoisuudella voidaan mitoittaa henkilöstön määrä riittäväksi sekä selvittää hoitotyön kustannuksia. (KanTa 2009, 26.) Tässä opinnäytetyössä ei ole tarkoitus käsitellä hoidon tulosluokitusta (SHTuL) eikä hoitoisuusluokitusta.

3.4.4 Näyttöön perustuva kirjaaminen

Uusi Terveydenhuoltolaki 1326/2010 on määritellyt, että terveydenhuollon toiminta täytyy perustua sekä näyttöön että hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi laissa on määritelty, että terveydenhuollon toiminnan pitää olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Finlex 2010d.)

Sarannon ym. (2007, 18 - 50) mukaan terveystalvija tuetaan verovaroin suuria summia vuosittain. Terveystalvija eivät kuitenkaan tuota voittoa tai näkyvää konkreettista vastinetta näille ”menetetyle” euroille, joten terveystalvija pitää osoittaa toiminnan vaikuttavuus muilla keinoilla. Hoitotyön toiminnan vaikutus potilaan terveydentilaan tulisi olla suurin mahdollinen. Siksi näyttöön perustuvan hoitotyön vaatimus onkin, että tiedostetaan ”mitä hoidolla on tarkoitus saavuttaa, mihin tilaan tai sairauteen hoitoa käytetään, mikä on tavoiteltu hyöty potilaalle, mitkä ovat riskit, paljonko hoito maksaa ja toimiiko hoito”. Parhaan mahdollisen tiedon käyttäminen vaatii hoitajalta kriittistä ajattelua, asioiden järjestelmällistä harjoittamista ja kyseenalaistamista. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja näin myös näyttöön perustuvaa kirjaamista edeltää kriittinen ajattelu. Kriittinen ajattelu on prosessi, jossa arvioidaan potilaan todelliset ongelmat, pyritään etsimään vaihtoehtoisia ideoita ongelman ratkaisuun, pohditaan ratkaisujen seuraukset ja valitaan tilanteeseen paras mahdollinen ratkaisu.

Gershaterin, Pillhammarin ja Roijerin (2010, 220 - 226) mukaan puutteellinen kotihoidon hoitotyön kirjaaminen aiheuttaa diabetesta sairastaville asiakkaille vakavia komplikaatioita ja jopa menehtymistä sekä yleisesti suuria lääketieteellisiä, ammatillisia ja taloudellisia seuraamuksia. Sairaanhoidajat, jotka vastaavat kotihoidon hoitotyöstä, pitäisi ottaa vahvempi rooli asiantuntijuudessaan potilaiden hoitoon, heidän ja omaisten koulutukseen sekä hoitotyön kirjaamiseen.

Paansin, Sermeuksen, Niewegin ja van der Schansin (2010, 2481 - 2489) alankomaalaisen tutkimuksen mukaan epätarkka ja sekava kirjaaminen aiheutti sähköisessä kirjaamisessa sen, että hoitotyön prosessin kirjaaminen ei ole systemaattista. Hoitotyön prosessin kaikki vaiheet oli kirjattu 28 %:ssa asiakirjoista (n = 341), mutta toisaalta 38 % hoitotyön kirjaamisista ei ollut jäsennelty lainkaan prosessin vaiheiden mukaan. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat kirjasiivat useammin kronologisesti kuin hoitotyön diagnoosin mukaan. Tämä tarkoitti sitä, että kirjausten alussa oli vanhin dokumentti ja loppuun lisättiin uudet dokumentit. Alle puolessa kirjaamisista hoitotyön toiminnot olivat kytköksissä hoitotyön diagnoosiin ja yli puolessa kirjaamisista toimintojen tarkoitus jäi epäselväksi. Kirjaamisessa käytettiin lyhenteitä, joissa tarkoitus jäi epäselväksi ja jotka eivät olleet yleisessä käytössä eli standardoituja. Kirjaaminen sisälsi myös tarpeettomia sanamuotoja sekä epätäydellisiä lauseita ja toisaalta olennaisia asioita puuttui interventtioiden eli toimintojen dokumentoinnissa.

Paras mahdollinen ajantasainen tieto on tietoa, joka perustuu hyväksytyihin tosiasioihin ja on julkista, tutkittua tietoa. Tutkitun tiedon löytäminen vaatii taitoa systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, joka on hoitotyön ja hoitotieteen tutkimusten tutkimista. Tutkimuksista löytyy hoitosuosituksia, jotka ovat terveydenhuollon ammattilaisten tieteellisesti perusteltuja kannanottoja erilaisten tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen vaikuttavuuteen. Katsaus ei anna valmiita ratkaisuja, mutta ne lisäävät tietämystä eri hoitomuotojen tehosta. Kriittistä ajattelua tarvitaan, kun päätetään onko tutkimustieto pätevää, mikä on hoitajan kokemus asiasta, mikä on potilaan tila ja mielipide asiasta sekä riittävätkö resurssit. (Saranto ym. 2007, 49 - 52; Korhonen, Jylhä & Holopainen 2012, 40 - 42.)

Sarannon ym. (2007, 52 - 53) mukaan näyttöön perustuva kirjaaminen vaatii hoitajalta relevanttia eli asiaan vaikuttavaa, merkityksellistä ja laadukasta tutkittua tietoa, kliinistä asiantuntemusta sekä potilaan tilanteen ja potilaan omien mieltymysten ja tapojen huomioimista. Näyttöön perustuvaa kirjaamista voidaan arvioida samojen kriteereiden mukaan, kun arvioidaan näyttöön perustuvia hoitosuosituksia (kuvio 11).



Kuvio 11: Näyttöön perustuvan kirjaamisen arviointikriteerit (mukaillen Saranto ym. 2007, 52 - 53)

Sarannon ym. (2007, 52) mukaan **pätevyys** (validity) tarkoittaa, että potilasasiakirjoissa näkyy selkeästi hoitotyön prosessin eri vaiheet hoitotyön vajeesta toivottuun tulokseen. Kirjaamisen on oltava pätevää kaikkien käyttäjien kannalta. **Toistettavuus** (reproducibility) tarkoittaa, että hoitoprosessin kirjaaminen on niin läpinäkyvää, että toinen hoitava työryhmä päätyy samanlaisiin hoito ratkaisuihin. Siksi hoitoprosessin tapahtumat, merkitykset ja perusteet on oltava selkeitä. **Luotettavuus** (reliability) tarkoittaa kliinisen tilan tai hoidon tarpeen kuvaamista niin selkeästi ja tarkasti, että toinen hoitotyöntekijä samanlaisessa hoito tilanteessa

osaasi soveltaa ja tulkita tietoa samalla tavalla. **Edustuksellisuus** (representative development) tarkoittaa, että jokaisen hoitoon osallistuvan näkökulma hoidosta, myös potilaan, kannotto on dokumentoituna potilasasiakirjoihin. **Kliininen soveltuvuus** (clinical applicability) tarkoittaa, että oleellinen tieto löytyy helposti. Oleellista tietoa ovat potilaan hoito ja terveydentilaan liittyvät tiedot. Kirjaamisessa näkyy selkeästi kohdeväestö, johon tutkittua tietoa on sovellettu. **Joustavuus** (clinical flexibility) tarkoittaa, että kun ei ole käytetty hoitosuosituksen mukaista ja olemassa olevaa tietoa hoitotilanteessa, se kyetään perustelemaan. Asiakirjaan on kuvailtu poikkeava tilanne sekä se, että potilaan näkemys on otettu huomioon päätöstä tehtäessä. **Selkeys** (clarity) tarkoittaa, että dokumentointi on selkeää, jolloin sekä asiakas että hoitotyöntekijä tietävät hoidosta ja sen perusteista. Tämä vaatii yhtenäistä kirjaamisen rakennetta, selkeää kieltä, lyhyitä ilmaisuja sekä täsmällisiä määritelmiä. **Tarkkuus** (meticulous documentation) tarkoittaa läpinäkyvää ja tarkkaa prosessin kuvausta. Siinä näkyy toiminnan suorittajat, käytetyt menetelmät, tehdyt oletukset, erilaiset ratkaisut ja näyttöön perustuvat mahdolliset epävarmuudet.

Näyttöön perustuva kirjaaminen tuo hoitotyön toimintaan läpinäkyvyyttä ja uskottavuutta. Kaikkien ammattiryhmien, jotka käyttävät potilasasiakirjoja, on tiedettävä, miten prosessi on edennyt, millaista tietoa ratkaisuihin on käytetty sekä millä perusteella hoitoratkaisuihin on päädytty. Näyttöön perustuva kirjaaminen auttaa johtamisessa kohdentamaan resurssit oikein, jolloin hoidon turvallisuus ja laatu paranevat. (Tanttu & Rusi 2007, 121).

Hallilan (2005, 26 - 111) mukaan kirjallista hoitotyönsuunnitelmaa ei voi tehdä ilman, että tunnistaa hoitotyön filosofian lähtökohdat. Näitä ovat positivistinen (objektiivinen, täsmällinen, yksiselitteinen) ja strukturoitu lähtökohta, fenomenologinen eli ymmärtävä ja ihmisen kokemuksiin ja tunteisiin perustuva lähtökohta sekä näiden yhdistäminen kriittisen ajattelun avulla. Kirjaamisen on oltava yksilöllistä ja siinä pitää näkyä potilaan oma mielipide. Ei siis riitä, että kirjaamisen rakenteita ja sisältöä kehitetään, jos hoitosuunnitelma ei ole potilaan tarpeista lähtevää. Jotta hoitosuunnitelma on potilaslähtöistä, täytyy potilaan olla mukana päättämässä omasta hoidostaan. Jos potilaan määrittämät tarpeet eivät näy, saattaa kirjaaminen olla hyvinkin korkealaatuista, mutta se ei kohtaa potilaan ongelmia, tarpeita, toivomuksia tai vahvuuksia ja tuloksena on hoitosuunnitelma, joka on ainoastaan toimintoluettelo. Tällaisen toimintoluettelomaisen kirjaamisen muuttumista näyttöön perustuvaksi kirjaamiseksi saattaa auttaa se, että ulkopuolinen vertainen arvioi hoitotyön kirjaamista.

3.5 Menetelmänä vertaisarviointi eli peer review

Toiminnan arviointia voidaan suorittaa monin eri keinoin. Kun halutaan painottaa vertaisuuteen perustuvaan havainnointiin, voidaan käyttää vertaisarviointia. Vertaisuus on kahden samanlaisen ammatillisen taustan omaavan keskinäistä työn tai siihen liittyvän toiminnan arvi-

ointia. Vertainen toimii samassa ammattiryhmässä tai saman ongelman kanssa. Jotta vertaisarviointia voidaan suorittaa, vaatii se samat tiedolliset ja taidolliset ominaisuudet kuin arvioitavalla on sekä selkeän näkemyksen työstä tai toiminnasta, jota hän arvioi. (Seppänen-Järvelä 2005, 11.) Tässä opinnäytetyössä vertaisarvioijana toimii opinnäytetyöntekijä, joka on ammatiltaan leikkaus-anestesia sairaanhoitaja ja toiminut vuosien ajan osastonsa kirjaamisen vastuuhenkilönä. Heikkoutenaan opinnäytetyön tekijä pitää sitä, että hänellä ei ole kokemusta kotihoidon hoitotyöstä eikä syvällistä tietoa pegasos-potilastietojärjestelmän toiminnasta. Vahvuutena tekijä pitää tietoa ja taitoa riittävästä ja hyvästä hoitotyön kirjaamisesta sekä kokemuksesta tehdä arviointia kirjaamisen sisällöstä.

Vertaisarvioinnissa arvioidaan ennalta määriteltyjen kriteerien perusteella kollegan ammatillista osaamisaluetta ja annetaan rakentavaa palautetta toiminnasta. Tämä mahdollistaa kollegojen taitojen ja asiantuntijuuden lisääntymisen ja toiminnan laadun kehittymisenä. Vertaisarviointi ei ole luonteeltaan tuomitsevaa, vaikka vertainen arvioi toimintaa kriittisesti ja analysoiden, vaan sen tärkein tavoite on kehittämisideoiden sekä tuen ja kannustusten antaminen. (Seppänen-Järvelä 2005, 11 - 14.) Opinnäytetyö liittyy Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan paikallisyksikön ja erään etelä-suomalaisen perusturvakuntayhtymän kotihoidon hoitotyön kirjaamisen kehittämishakkeeseen. Tässä työssä auditoinnin kriteereinä toimivat hoitotyön prosessin sekä suomalaisen kirjaamismallin mukainen kirjaaminen. Lisäksi työssä vertailaan joiltain osin kuntayhtymän kotihoidon laatimia kirjaamisohjeita Pegasos-potilastietojärjestelmää varten edellä mainittuihin auditoinnin kriteereihin. Opinnäytetyön tekijä arvioi kotihoidon yksikön sähköisen kirjaamisen sisältöä pyrkien löytämään kehittämisideoita. Auditoinnin tarkoitus oli tuoda rakentavasti esille niitä asioita hoitotyön kirjaamisesta, joissa kotihoidolla ja kotihoidon yksiköllä olisi mahdollisuus parantaa ja kehittää käytäntöjään.

Seppänen-Järvelän (2005, 11 - 13) mukaan oman toiminnan vahvuuksia ja kehittämiskohteita ei ole aina helppo havaita. Ei osata katsoa omaa toimintaa ulkopuolisen silmin, vaan on sokeuduttu tai rutinoituttu omaan työhön. Muutostarpeiden havaitseminen ja oppimiseen saadaan tarvita vertaisen uutta tai erilaista näkemystä. Siksi omien työtapojen vertailu tai saman asiantuntijuuden omaavan peilaaminen on parhaimmillaan palkitsevaa ja uusia ideoita synnyttävä tilanne. Toisaalta vertaisarvioijan on osattava rajata ja priorisoida kehittämiskohde edeltä käsin, jotta käsitellään niitä asioita, joita on alun perin ollut tarkoituskin tarkastella. Ennen vertaisarvioinnin aloittamista on tärkeää, että vertainen analysoi omaa toimintaansa tutkittavasta asiasta. Tässä opinnäytetyössä tekijä suoritti itsearviointia omista vahvuuksistaan ja heikkouksistaan työn alussa ja pitkin matkaa työn edetessä. Tämä on ollut oppimisprosessi myös vertaisarvioinnin tekijälle.

4 Tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli auditoida eli arvioida erään etelä-suomalaisen kotihoidon yksikön hoitotyön sähköisen rakenteisen kirjaamisen nykytilaa. Yksikössä kirjataan sähköisesti ja kirjaamisessa käytetään FinCC-luokitusta hoitotyön tarpeiden (SHTaL) ja toimintojen (SHToL) määrittämiseen ja kirjaamiseen. Mielenkiinnon kohteina olivat kotihoidon yksikön hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen sekä suomalaisen hoitotyön luokituksen mukainen tarpeiden ja toimintojen kirjaaminen. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa hoitohenkilökunnalle, lähijohdolle ja sairaalaorganisaatiolle hoitotyön sähköisen rakenteisen kirjaamisen nykytilasta ja mahdollisista kehittämiskohteista.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten kotihoidon yksikön kirjaamisessa toteutuvat hoitotyön prosessin vaiheet?
2. Miten suomalaisen hoitotyön luokituksen (FinCC) mukaisia hoitotyön tarpeita (SHTaL) ja toimintoja (SHToL) on kirjattu kotihoidon sähköisessä kirjaamisessa?

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Hirsjärven (2010, 140) mukaan määrällisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat tarkka käsitteiden määrittely, johtopäätösten teko aiemmista tutkimuksista, riittävän laaja havaintoaineisto sekä sen soveltuminen numeeriseen mittaamiseen ja tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Lisäksi kvantitatiivinen tutkimus vaatii tarkka perusjoukon määrittely, josta otos otetaan, jotta johtopäätösten tekoon tilastollisesti tuotetusta aineistosta on mahdollista. Tämä tutkimus toteutetaan määrällisellä tutkimusmenetelmällä.

Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistämään tietoa. Se perustuu positivismiin, jonka pyrkimyksenä on täydellisen objektiivisen totuuden saavuttaminen, joten tieto on yksiselitteistä, perusteltua ja luotettavaa. Tiedon yksiselitteisyys ja luotettavuus vaatii tutkimuksessa useiden kymmenien havaintoyksiköiden määrän, jotta mittaustulos voidaan siirtää koskemaan koko perusjoukkoa. Tuloksissa saadaan tietoa siitä, missä määrin jotakin ominaisuutta on siinä kohteessa, johon ilmiötä on verrattu. (Kananen 2008, 10.) Myös tässä opinnäytetyössä on tarkoitus saada kotihoidon yksikön hoitotyön kirjaamisesta yleistettävää tietoa opinnäytetyötä koskevalle yksikölle ja mahdollisesti muille kotihoidon alueen yksiköille.

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusprosessi etenee täsmällisesti teoriasta empiiriseen tietoon. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuu kirjallisuuskatsauksen merkitys, sillä se luo pohjan tutkimuksen keskeisille käsitteille ja niiden määrittelyille sekä tutkimuksen teoreettiselle taustalle. Tutkimuskysymyksiä ei voi muuttaa enää aineistonkeruun jälkeen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 65 - 69; KvantiMOTV, 2009.) Opinnäytetyössä on pyritty alusta saakka toimimaan määrällisen tutkimusprosessin mukaisesti. Alkuun suoritettiin kirjallisuuskatsaus, jossa pyrittiin tutkimaan syvällisesti ja lisäämään ymmärrystä sähköisestä hoitotyön kirjaamisesta, hoitotyön prosessista, hoitotyön luokituksista sekä tutkimuksen teosta ja tutkimusmenetelmistä. Tutkimuskysymyksiä ei ole muutettu enää aineiston keruun jälkeen. Niitä on vain muotoiltu ymmärrettävimmiksi ja tarkemmiksi.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Kun pyritään selvittämään, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä on ollut tarkoitus mitata, on kyse validiteetista. Jotta validiteetti määritelmä täyttyy, tarkoittaa se käytännössä, että teoreettiset käsitteet on luotettavasti purettu muuttujiksi eli operationalisoitu, jolloin tutkimusilmiötä voidaan mitata. (Kankkunen ym. 2009, 152; Kananen 2008, 81 - 83; Hirsjärvi ym. 2010, 231.) Reliabiliteetti tarkoittaa mittausten pysyvyyttä eli vaikka tutkimus toistettaisi, päädyttäisiin samoihin tuloksiin. reliabiliteetti ei kuitenkaan takaa validiteettia, sillä mittari saattaa aina tuottaa saman tuloksen, joka on väärä. (Kananen

2008, 79 - 80; Hirsjärvi 2010 231.) Opinnäytetyö on pyritty kirjoittamaan niin avoimeksi, että työ pystyttäisi toistamaan seuraamalla opinnäytetyön etenemistä. Kailan ja Kuivalaisen (2008) mittarin käyttö vaatii perehtymistä mittarin toimintaperiaatteeseen. Mittarissa on tulkinnanvaraa esimerkiksi kohta 13, jossa käsitellään hoitotyön yhteenvedon kirjaamisajankohtaa. Epäselväksi jäi käsittääkö yhteenvedon tekeminen vain hoitojaksoa, sarjakäyntiä tai pitkäaikaispotilasta vai katsotaanko kotihoidon asiakkaan olevan verrannollinen pitkäaikaispotilaaseen nähden. Tässä tutkimuksessa päädyttiin ratkaisuun, että kotihoidon asiakas on kuten pitkäaikaispotilas, koska asiakkaat saavat kotona hoito- ja hoivapalveluja.

5.2 Aineiston tiedonkeruumenetelmä

Kvantitatiivisen tutkimuksen otos voidaan toteuttaa joko kokonaistutkimuksena tai otantatutkimuksena (Kankkunen ym. 2009, 79) Kun halutaan saada varmaa määrällistä tietoa tutkimuskohteesta, mitataan jokainen perusjoukkoon kuuluva havaintoyksikkö, jolloin kyseessä on kokonaistutkimus. Usein miten tämä on mahdotonta resurssipulan takia, joten perusjoukosta valitaan tutkimukseen pienempi satunnaisotannalla valittu havaintoyksikköjoukko eli otos, jota kutsutaan otantatutkimukseksi. Tämän pienemmän joukon avulla voidaan tehdä yleistettäviä päätelmiä koko perusjoukosta, jos otos on onnistunut. (KAJAK 2009; KvantiMOTV 2003.) Tämä opinnäytetyö toteutettiin otantatutkimuksena, jossa perusjoukon (N = 166) muodostivat kotihoidon yksikön kaikki sen hetkisten vakituisten asiakkaiden hoitokertomukset. Aineistoon hyväksyttiin vain sellaisten asiakkaiden kertomukset, joiden luona kotihoito kävi vähintään kolme kertaa viikossa. Näin tutkimusaineiston määrä muodostuisi riittäväksi. Havaintoyksikköjen joukko oli edustava, sillä vakituisista asiakkaista noin kaksikymmentä muodosti ryhmän, joiden luona käyntien määrä ylsi vähintään kolmeen kertaan viikossa. (keskustelu kotihoidon yksikön osastonhoitajan kanssa syyskuu 2012.)

Kanasen (2008, 70 - 71) mukaan tutkimuksessa on aina perusjoukko eli populaatio, jota tutkittava ilmiö koskee ja josta halutaan tehdä päätelmiä. Perusjoukon tarkka rajaaminen ja rakenteen määrittäminen on tärkeää, sillä perusjoukon homogeenisuus eli yhtenäisyys vaikuttaa otoskokoon. Jos perusjoukon yksiköt ovat samanlaisia, riittää otoksen laajuudeksi periaatteessa yksi havaintoyksikkö. Jos perusjoukko on kirjavaa, on muuttujien hajonta myös suurempaa. Ennen kuin otos voidaan toteuttaa, pitää perusjoukosta löytyä otoskehikko eli luettelo tai lista koko perusjoukosta. (Kananen 2008, 70 - 71.)

Tutkimuksen otoskehikkona olivat kotihoidon yksikön vakituisten asiakkaiden sähköiset hoitokertomukset, jotka muodostuivat hoitosuunnitelmasta sekä päivittäiskirjaamisen osiosta. Otosten poiminta yhden viikon ajalta tapahtui syyskuussa 2011. Näistä poimituista havaintoyksiköistä hän poisti otantatilanteesta ne asiakkaat, joiden suostumusta olisi pitänyt pyytää omaiselta tai edunsaajalta asiakkaan heikon terveydentilan takia. Tämän ratkaisun hän teki

sillä perusteella, että asiakkaiden omaisten tai edunsaajien tavoittaminen olisi ollut liian työlästä ja aikaa vievää. (keskustelu osastonhoitajan kanssa syksyllä 2011).

Erätuulen, Leinin ja Yli-Luoman (1994, 18) mielestä satunnaisotannasta voidaan puhua vasta silloin, kun perusjoukon jokaisella otoksella on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi. Aineiston aloituskohta oli arvottu ennalta ja aineiston keräsi kotihoidon osastonhoitaja. Keruu aloitettiin A:sta ja joka kymmenes hoitokertomus poimittiin edeten Ö:hön. Hoitokertomusten keruuta jatkettiin A:sta-Ö:hön, kunnes kriteerit täyttävien hoitokertomusten määräksi oli saatu 20. Jokaiselta otantaan päätyneeltä asiakkaalta pyydettiin erikseen kirjallinen suostumus käyttää tutkimukseen heidän hoitokertomustaan, ennen kuin kertomukset luovutettiin opinnäytetyön tekoon.

5.3 Tutkimusmittarina kirjaamisen arviointilomake

Kanasen (2008, 81) mukaan tutkimuksen luotettavuus voidaan varmistaa, kun on valittu oikea tutkimusmenetelmä, käytetään oikeanlaista mittaria ja mitataan sitä asiaa, mitä on ollut tarkoitus mitata. Kankkunen ym. (2009, 87) kuvaavat mittausvälineen laatimista kvantitatiivisen tutkimuksen kriittisimmäksi vaiheeksi, koska mittausväline vaatii peruskäsitteiden teoreettista määrittämistä, niiden välisten suhteiden määrittämistä ja rajaamista olemassa olevaan tietoon perustuen sekä määrittämistä valittuun teoriakontekstiin. Kun käsitteet on määritetty, on ne muutettava mitattavaan muotoon muuttujiksi.

Kirjaamisen arviointiin käytettiin Kailan ja Kuivalaisen (2008) HoiData-hankkeen yhteydessä kehittämää mittaria, joka on nimeltään Kirjaamisen arviointilomake (liite 1). Arviointilomakkeen tarkoitus on kehittää kansallista systemaattista hoitotyön kirjaamista (HoiData-hanke 2007 - 2009, 42 - 51). Jokaiselle otoksen hoitokertomukselle numeroitiin oma kirjaamisen arviointilomake, mikä teki mahdolliseksi palata tietoihin myöhemmin.

Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen arviointilomakkeessa on kaksi sivua. Ensimmäinen sivu on tarkoitettu yhden hoitotyön suunnitelman, päättyneen hoitajakson, hoitotyön yhteenveton tai poliklinikka käynnin kirjaamisen arviointiin (taulukko 2). Kirjaamisen arviointilomakkeessa on maininta siitä, mitä minimilaatutaso täytyminen vaatii. Minimilaatutaso täyttyy, kun arviointilomakkeen kohdat 1, 2, 4, 5 ja 13 on kirjattu. Tämä tarkoittaa, että arvioitaessa hoitotyön kirjaamista, täytyy jokaisesta hoitokertomuksesta löytyä kirjattuna oikeaan kohtaan hoitotyön tarve, tavoite, toteutus ja tuloksen arviointi sekä hoitotyön yhteenveto. Arviointilomakkeesta löytyy myös maininta siitä, jos kirjaamisen arviointia suoritetaan yksittäisistä poliklinikka käynneistä, tällöin jätetään kohta 13 arvioimatta. Muissa tapauksissa, kuten hoitajakso päättyttyä, pitkäaikaispotilaista vähintään 3 kuukauden välein tai sarjakäynnistä, täytyy tehdä hoitotyön yhteenveto.

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

Taulukko 2: Kirjaamisen arviointilomake (Kaila & Kuivalainen 2008)

Kailan ja Kuivalaisen (2008) tutkimusmittarin arviointi tapahtuu kahden eri muuttujan avulla (kyllä = 1 tai ei = 0). Muuttujan ominaisuus on dikotominen, koska sen tilastoyksiköllä on vain kaksi arvoa. Arvolla on siis olemassa jokin ominaisuus tai sitten sitä ei ole. Esimerkiksi henkilö on tai ei ole Suomen kansalainen. Kun dikotomisen muuttujan ominaisuutta halutaan hyödyntää tutkimuksessa, se koodataan 0 - 1 muuttujaksi. (KvantimOTV 2007.)

Kirjaamisen arviointilomake sisältää arvioinnin helpottamiseksi ohjeistuksen kohdille 8 - 12 (taulukko 3). Taulukko ohjaa tulkitsemaan kirjaamista niin, että kyllä-vaihtoehto kertoo potilaslähtöisestä kirjaamisesta. Kohta 10 täsmensi erikseen, että kirjaamisen oli oltava poikkeuksellisesti hoitajan suorittamaa tekemistä, mutta sen oli oltava potilaan yksilöllisiin tavoitteisiin kohdistuvaa.

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

Taulukko 3: Tutkimusmittarin ohje (Kaila & Kuivalainen 2008)

Tutkimusmittarin toinen sivu sisälsi kirjaamisen arviointilomakkeen yhteenveto taulukon ja tuloksen arviointitaulukon (liite 2), jolla analysoitiin kirjaamisesta kerätty aineisto. Mittari oli tarkoitettu 20 otoksen analysointiin. Sarakkeisiin kerättiin (kyllä = 1 ja ei = 0) vastaukset jokaisesta yksittäisestä kirjaamisen arviointilomakkeesta. Yhteenvetona muodostui arvioitavan osion keskiarvon (= ka) (taulukko 4). Yhteenvetotaulukko tehtiin Excel-ohjelmalla, joten otokseen muuttuessa, taulukko mukautui sujuvasti muutokseen. Taulukko laski automaattisesti kohtien 1 - 13 yhteenlasketun keskiarvon otosten perusteella. Esimerkiksi kohta 1 ”Tarve kirjattu” antoi yhteenlasketujen ”kyllä”-tulosten kokonaismäärän suoraan keskiarvona (ka). Kun keskiarvo eli tulos oli 1,00 eli 100 %, oli kaikkiin hoitosuunnitelmiin kirjattu potilaan tarve sille varattuun kohtaan. Kun mittarin yhteenvetotaulukko oli täydennetty kaikilla otoksilla, tuli kokonaistulos keskiarvo sarakkeen alimmalle riville. Tämä kertoi arvioidun kirjaamisen tason.

KIRJAAMISEN YHTEENVETOLOMAKE			
Kohta	Hoitosuunnitelma	n = 20	ka = keskiarvo
1	Tarve kirjattu		
2	Tavoite kirjattu		
3	Suunnitellut auttamismenetelmät kirjattu		
4	Toteutus kirjattu		
5	Tulos kirjattu		
6	Tarve → tavoite		
7	Tavoite → toteutus		
8	Tarve = potilaan yksilöllinen		
9	Tavoite = potilaan yksilöllinen		
10	Toteutus = osa hoitosuunnitelmaa		
11	Tulos vs. potilaan yksilöllinen tavoite		
12	Auttamismenetelmän vaikutus kirjattu		
13	Yhteenveto kirjattu hoitojaksosta		
Σ	Kokonaistulos		

Taulukko 4: Kirjaamisen kokonaistuloksen yhteenvetolomake (Kaila & Kuivalainen 2008)

Kailan ja Kuivalaisen (2008) arviointilomakkeen kokonaistulos ilmaistiin sekä numeerisessa (taulukko 5) että sanallisessa muodossa (taulukko 6). Kokonaistulosta yhteen laskettaessa, oli huomioitava kohta 13 tuloksen arvioinnissa. Mittari sisälsi tuloksen arviointia varten ohjeen. Jos tutkittavassa yksikössä tehdään hoitotyön yhteenveto, täytetään arvioitava kohta 13. Tällöin arviointi tuloksen lopulliseen keskiarvoon lisätään +1. Esimerkiksi kiitettävä taso on normaalisti 11,00 - 12,00. Jos yksikössä on käytössä hoitotyön yhteenveto, muuttuu kiitettävän tasoksi 12,00 - 13,00 (taulukko 5).

KOKONAISTULOS KESKIARVONA	
tuloksen arviointi	keskiarvo
ei hyväksyttävä taso	0,00-4,99
heikko taso	5,00-6,99
tydyttävä taso	7,00-8,99
hyvä taso	9,00-10,99
kiitettävä taso	11,00-12,00

Taulukko 5: Kokonaistuloksen arviointi keskiarvona (Kaila & Kuivalainen 2008)

Kirjaamisen arviointilomakkeen sanallinen arviointi kertoo, mihin toimenpiteisiin on ryhdyttävä tuloksen arvioinnin eri tasoilla (taulukko 6). Esimerkiksi jos tuloksen keskiarvoksi saadaan kiitettävä taso 11, 00, tarkoittaa se yksikössä sitä, että on pyrittävä varmistamaan kirjaamisen jatkuminen tulevaisuudessakin samalla tasolla. Tämä vaatii osastolta tai yksiköltä aktiivista suunnitelmaa kirjaamisen tason ylläpitämiselle. Jos kirjaamisen arvioinnin tulos on heikko, vaatii se kirjaamisen osaamisen varmistamista ja kehittämissuunnitelman luomista. Kirjaamisen arviointimittari tuo esiin selkeästi kehittämisalueet, jotka vaativat parantamista.

KOKONAISTULOKSEN SANALLINEN ARVIOINTI
huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle
tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisosaaminen ja tee kehittämissuunnitelma
varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla

Taulukko 6: Kokonaistuloksen arviointi sanallisessa muodossa (Kaila & Kuivalainen 2008)

On myös mahdollista, että kirjaamisen tulokseksi saadaan alle 5. Tämä tarkoittaa, että jostain syystä kirjaaminen on hyvin puutteellista ja potilaan turvallisuus saattaa olla uhattuna, joten kirjaamiseen on puututtava pikaisesti.

5.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineisto käsittely alkoi 20 kirjaamisen arviointilomakkeen sekä 20 sähköisen hoitokertomusten numeroinnilla 1 - 20. Hoitokertomuksissa oli mukana asiakkaan hoitosuunnitelma sekä siihen liittyvä hoitotyön päivittäiskirjaamisen osio yhden viikon ajalta syyskuulta 2011. Numeroinnin tarkoitus oli identifioida lomakkeet, jolloin jokaisen arviointilomakkeen pystyi myöhemmin kohdistamaan tiettyyn hoitokertomustulosteeseen. Kun numerointi oli tehty, siirryttiin

aineiston lähempään tarkasteluun. Vasta tässä vaiheessa huomattiin, että yksi hoitokertomus ei sisältänyt lainkaan päivittäiskirjaamisen osiota. Tämä johtui siitä, että Pegasos-potilastietojärjestelmä oli opinnäytetyön tekijälle tuntematon, joten tutustuminen lomakkeiden rakenteeseen ja tulosteiden suuri määrä lähes 100 sivua, vei aikaa huomata viimeisen lomakkeen vajavainen tuloste. Tämän takia viimeinen tuloste jouduttiin hylkäämään ja tutkimuksen lopulliseksi määräksi jäi 19 hoitokertomuksen ja päivittäiskirjaamisen arviointi (n = 19).

Hoitotyön suunnitelma muodostui kirjaamista ohjaavista otsikoista, jotka olivat päätavoite, suorituspaikka, hoitoon tulo päivämäärä, tulosyy, hoidon tarve, hoitotyön diagnoosi, tavoitteet sekä keinot (taulukko 7). Tätä tutkimusta varten Pegasos-potilastietojärjestelmän otsikoita oli selvennetty tekstillä, todellisessa näkymässä sisältö kohtaa ei ole (taulukko 7 ja 8). Tämän tutkimuksen kirjaamisen auditointi kohdistui hoitotyön prosessin vaiheiden arviointiin, joten käsittely rajattiin hoitosuunnitelman osalta hoidon tarpeen, tavoitteiden ja keinojen arviointiin.

KOTIHOIDON HOITOSUUNNITELMAN SISÄLTÖ	
Hoitosuunnitelma	Sisältö
Päätavoite	Esimerkiksi kotona pärjääminen mahdollisimman pitkään
Suorituspaikka	Kotihoidon yksikön asiakkaat on jaettu alueittain eri tiimeille, suorituspaikka kertoo hoitavan tiimin nimen
Hoitoon tulo päivämäärä	Ajankohta, jolloin kotihoidon palvelu on aloitettu
Tulosyy	Syy, miksi asiakas on tullut kotihoidon piiriin
Hoidon tarve ja hoitotyön diagnoosi	Tarve on ilmaistu asiakkaan kannalta ja niistä muodostetaan yksi tai useampi hoitotyön diagnoosi
Tavoitteet	Tavoite on ilmaistu asiakkaan tekemisenä
Keinot	Valitut hoitotyön auttamismenetelmät

Taulukko 7: Kotihoidon yksikön hoitosuunnitelman (Hosu) kirjaamisen osiot

Hoitotyön päivittäiskirjaamisnäkyvät sisälsivät kirjaamista ohjaavia otsikoita, kuten kirjaus päivämäärä, suorittaja, suorituspaikka, hoidon tarve, hoitotyö ja teksti (taulukko 8). Koska tutkimus oli rajattu hoitotyön prosessin eri vaiheiden arviointiin, hoitotyön päivittäiskirjaamisessa keskityttiin hoidon tarpeen, hoitotyön ja tekstin osuuteen.

HOITOTYÖN PÄIVITTÄISKIRJAAMISEN NÄKYMÄN SISÄLTÖ	
Hoitotyön päivittäiskirjaaminen	Sisältö
Kirjauspäivämäärä	Käynti päivämäärä ja kello
Suorittaja	Hoitajan nimi ja ammatti
Suorituspaikka	Yksikön asiakkaat on jaettu alueittain eri tiimeille
Hoidon tarve	Tarve on ilmaistu asiakkaan vajeena, vaikeutena, ongelmana, riskinä, häiriönä, vähentymisenä tai tarpeena
Hoitotyö	Hoitotyön toteutus on kirjattu hoitajan tekemisenä, mutta se on yhteydessä asiakkaan yksilölliseen ta-voitteeseen
Teksti	Mahdollisuus kirjoittaa vapaata tekstiä ja arviota annetusta hoidosta

Taulukko 8: Kotihoidon yksikön päivittäiskirjaamisen osiot

Hoitotyön prosessin kirjaamisen eri vaiheita analysoitiin sekä määrällisellä tutkimusmenetelmällä eli kvantitatiivisesti että sanallisesti tekstin sisällön laatua arvioiden. Tilastot kuvattiin sekä keskiarvona ja prosenttilukuna että toteutumien lukumääränä, jossa. Keskiarvo kuvattiin välillä 0,00 - 1,00, jolloin 1,00 oli korkein tavoiteltava luku. Luku 1,00 saavutettiin, kun jokaisessa arvioidussa lomakkeessa esiintyi tutkittuna ollut ilmiö. Esimerkiksi kohde 1” tarve kirjattu” (taulukko 10) keskiarvo oli 1,00, joten jokaiseen hoitokertomukseen oli tarve kirjattuna. Toteutumien lukumäärä kertoi, kuinka monen asiakkaan dokumenteissa esiintyi arvioitu ilmiö.

5.5 Tutkimuslupa ja suostumuslomake

Tutkimuslupa saatiin kyseisen kotihoidon hallinnolliselta organisaatiolta (liite 4). Organisaatiolla oli tietyt vaatimukset tutkimusluvan antamiselle. Jokaiselta tutkimukseen osallistuneelta kotihoidon asiakkaalta pyydettiin suostumus käyttää heidän hoitokertomuksiaan yhden viikon ajalta opinnäytetyön aineistona. Asiakkaan tietoja saa luovuttaa vain, kun asiakkaalta on saatu ajantasainen tietoinen suostumus luovutukseen. Tästä asiasta ammattihenkilöstön on varmistuttava ennen tietojen edelleen luovutusta. (ETENE 2010, 22.) Kun aineiston otanta oli suoritettu loppuun, osastonhoitaja antoi hoitajille mukaan suostumuslomakkeet (liite 3) ja asiakkailta pyydettiin suostumusta käyttää anonyymejä hoitotyön suunnitelmia sekä päivittäiskirjaamisen tulosteita. Jos asiakkaalla oli edunvalvoja, jätettiin nämä asiakkaat otannan ulkopuolelle. Tämä johtui siitä, että omaiset tai edunvalvojat saattoivat asua maantieteellisesti kaukana, joten suostumuslomakkeet olisi jouduttu postittamaan. Tästä olisi syntynyt

taloudellisia menetyksiä, epävarmuutta vastausten palauttamisesta ja hankkeen viivästymisen. (keskustelu kotihoidon osastonhoitajan kanssa syksy 2011.)

Tutkimuksen eettisyys on suuri ongelma haavoittuvien ryhmässä. Ryhmään luetaan tutkittava, joka on kyvytön antamaan tietoista suostumusta, joiden itsemääräämisoikeus on heikko tai joilla on suurentunut riski sivuvaikutuksiin tilansa vuoksi. Haavoittuvien ryhmään luetaan lapset, mielenterveyspotilaan, raskaana olevat, kuolevat potilaat, laitoshoidossa olevat, tajuttomat, fyysisesti vammaiset tai muistisairautta sairastava. Näiltä ryhmiltä tietoisesta suostumuksen saaminen tutkimusta varten saattaa olla ongelmallinen. (Kankkunen ym. 2009, 180.) Otosta suorittaessa suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle ne asiakkaat, joilla oli edunvalvoja. Sitä ei ole kuitenkaan mahdollista pois sulkea, ettei otokseen olisi kuulunut myös Kankkunen ym. määrittelemiä asiakkaita niiden asiakkaiden osalta, joilla ei ole diagnosoitua muistisairautta. Opinnäytetyössä tutkittiin kotihoidon asiakkaiden hoitokertomuksia henkilökunnan kirjaamisen osalta. Hoitokertomukset valittiin satunnaisotannan periaatteella, joten yksittäisiin otoksiin saattoi kuulua haavoittuvien ryhmään kuuluvia. Siksi opinnäytetyön tekijällä on suuri eettinen vastuu asiakkaiden tietojen käsittelyssä. Tekijällä on myös salassapitovelvollisuus, joka koskee kaikkeen hankkeeseen liittyvää materiaalia ja kuultua tai nähtyä asiakasta koskevaa tietoa tutkimuksen aikana ja sen jälkeen (Finlex 2000).

Kankkunen ym. (2009, 179) pitävät anonymiteetin turvaamisen keskeisenä huomioitavana asiana, kun tehdään tutkimustyötä. Se tarkoittaa, ettei tutkimusaineistoa luovuteta kenellekään ulkopuoliselle, joka ei liity tutkimuksen tekemiseen. Opinnäytetyössä aineiston pienuus aiheutti ongelmia tunnistettavuudessa, mutta anonymiteetti turvattiin kuvaamalla taustatiedot keskiarvoina ei vaihteluväleinä. Opinnäytetyötä varten osastonhoitaja tulosti hoitokertomukset ja poisti niistä tiedot, joiden perusteella asiakkaat olisi ollut mahdollista tunnistaa. Näillä toimenpiteillä tutkittavat tiedot olivat anonymoituja. Tämän lisäksi potilailta pyydettiin suostumusta tutkimukseen, vaikka tunnistamiseen liittyvät tiedot poistettiin ennen kuin opinnäytetyön tekijä sai tutkimusmateriaalin käsiinsä. Tutkimukseen liittyvää materiaalia ei saanut viedä pois kotihoidon tiloista, vaan otannan sisällön purku suoritettiin kokonaisuudessaan paikan päällä. Näillä kaikilla toimenpiteillä pyrittiin asiakkaiden henkilöllisyyden ja tietojen suojaamiseen.

6 Tutkimustulokset

6.1 Hoitotyön prosessin kirjaamisen toteutuminen kotihoidon yksikössä

Perusturvakuntayhtymän kotihoidossa jokaiselle asiakkaalle tehdään hoitotyön suunnitelma, johon kirjataan asiakkaan hoitotyön tarpeet, tavoitteet ja suunnitellut keinot (auttamismenetelmät). Kotihoidon yksikön kirjaamisen arvioinnin aineistona olivat vakituisten asiakkaiden hoitokertomukset $N = 166$ ($n = 19$). Arvioitavana ilmiönä oli hoitotyön prosessin eri vaiheiden toteutuminen sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa suomalainen hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten (FinCC) mukaisesti. Tämän arvioinnin lisäksi tutkimuksessa suoritettiin hoitotyön kirjaamisen sisällön arviointia. Tutkimuksen mittarina käytettiin kirjaamisen arviointilomaketta (liite 1). Arvioinnin kriteerinä oli mittarin ohjeiden mukaisesti se, että yksikin maininta tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä tutkimusaineistossa täytti hyväksyttävän kriteerin. Kotihoidon yksikön kirjaamiseen on saattanut vaikuttaa Perusturvakuntayhtymän laatima kirjaamisohje Pegasos-potilastietojärjestelmään. Kirjaamisohjeen tarkoitus on auttaa hoitohenkilökuntaa kirjaamaan yhteneväisesti potilastietojärjestelmään. Niiltä osin kun kirjaamisesta löytyy ristiriitoja tai poikkeavuuksia verrattuna ohjeisiin Suomalaisen luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa, tutkimustuloksissa viitataan Pegasos-kirjaamisohjeen käytänteisiin.

Jokaiseen **hoitotyön suunnitelmaan** oli kirjattu hoitotyön tarpeet, hoitotyön tavoitteet ja keinot. Kaikkiaan hoitotyön suunnitelmiin oli kirjattu hoitotyön tarpeita 12 %, hoitotyön diagnooseja 2 %, hoitotyön tavoitteita 11 % ja hoitotyön suunniteltuja toimintoja 13 % kaikista kirjaamismerkinnöistä. Hoitosuunnitelman kirjaamismerkinnät olivat 38 % kaikista merkinnöistä (taulukko 9). Kotihoidon **päivittäiskirjaamisen näkymään** kirjataan hoidon tarve, hoitotyön toiminto ja vapaata tekstiä. Päivittäiskirjaamisessa oli hoitotyön tarpeita kirjattu 13 %, hoitotyön toimintoja 31 % ja vapaata tekstiä 17 %, josta hoitotyön arviointia oli 2 %. Päivittäiskirjaamisen näkymissä oli merkintöjä yhteensä 62 % kaikista opinnäytetyössä tutkituista merkinnöistä (taulukko 9).

KOTIHOIDON KIRJAUSTEN JAKAUTUMINEN		
	Hoitotyön suunnitelma	Päivittäiskirjaamisen näkymä
Hoitotyön tarve	106 (12 %)	110 (13 %)
Hoitotyön diagnoosi	21 (2 %)	
Hoitotyön tavoite	95 (11 %)	
Hoitotyön suunnitellut toiminnot	108 (13 %)	
Hoitotyön toiminnot		270 (31 %)
Vapaa teksti; hoitotyön arviointi		148 (17 %); 16 (2 %)
Yhteensä	330 (38 %)	528 (62 %)
Kirjattujen toimintojen kokonaismäärä	858 (100 %)	

Taulukko 9: Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjausten jakautuminen (%)

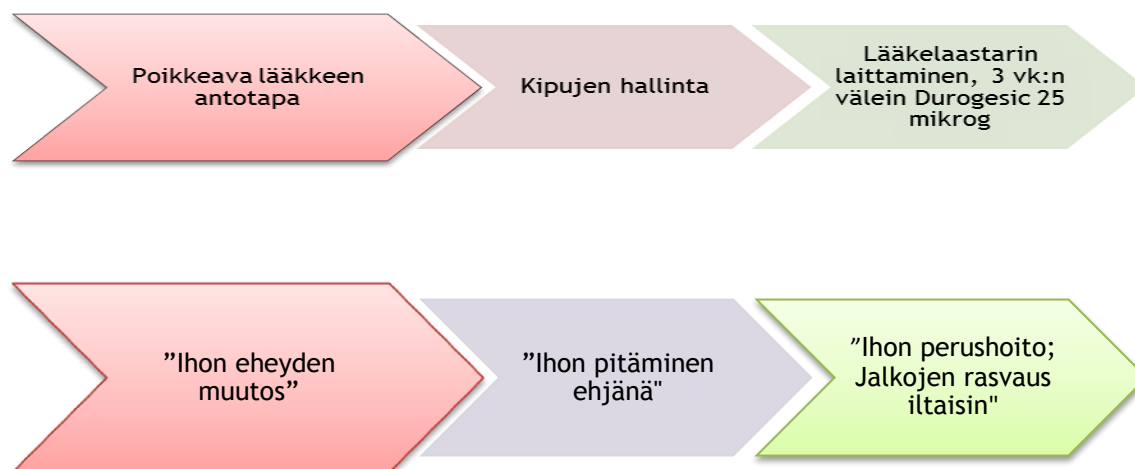
Hoidon tarpeen määrittäminen

Kotihoidon yksikössä jokaiselle asiakkaalle oli tehty hoitotyön suunnitelmat, joihin oli kirjattu hoitotyön tarpeet. Yksikön tarvetta arvioitiin kirjaamisen arviointilomakkeen (liite 1) kohdissa 1, 6 ja 8. Kohta 1 arvioi, oliko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan. Kotihoidon yksikön kirjaamisen tulos oli tältä osin 100 %. Kohdassa 6 arvioitiin oliko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteyttä. Tulos oli jälleen 100 %. Kohdassa 8 arvioi oliko tarve ilmaistu potilaan tarpeena. Myös tältä osin kotihoidon yksikön tulos oli noin 100 %. Kotihoidon yksikön hoitotyön kirjaamisen tarpeiden osalta saavutti parhaan mahdollisen kokonaistuloksen 100 % (taulukko 10).

HOITOTYÖN PROSESSIN VAIHEIDEN KIRJAAMISTULOKSET					
Kohta	Hoitosuunnitelman ja päivittäiskirjaamisen auditointi	keskiarvo (=ka)	prosentti (%)		lukumäärä (n = 19)
			Kyllä	Ei	
1	Tarve kirjattu	1,00	100	0	19
2	Tavoite kirjattu	1,00	100	0	19
3	Suunnitellut auttamismenetelmät kirjattu	1,00	100	0	19
4	Toteutus kirjattu	1,00	100	0	19
5	Tulos kirjattu	0,00	0	100	0
6	Tarve → tavoite	1,00	100	0	19
7	Tavoite → toteutus	0,89	89,5	10,5	17
8	Tarve = potilaan yksilöllinen	1,00	100	0	19
9	Tavoite = potilaan yksilöllinen	0,32	31,6	68,4	6
10	Toteutus = osa hoitosuunnitelmaa	1,00	100	0	19
11	Tulos vs. potilaan yksilöllinen tavoite	0,32	31,6	68,4	6
12	Auttamismenetelmän vaikutus kirjattu	0,11	10,5	89,5	2
13	Yhteenveto kirjattu hoitojaksosta	0,00	0	100	0
Σ	Tulos	8,53			

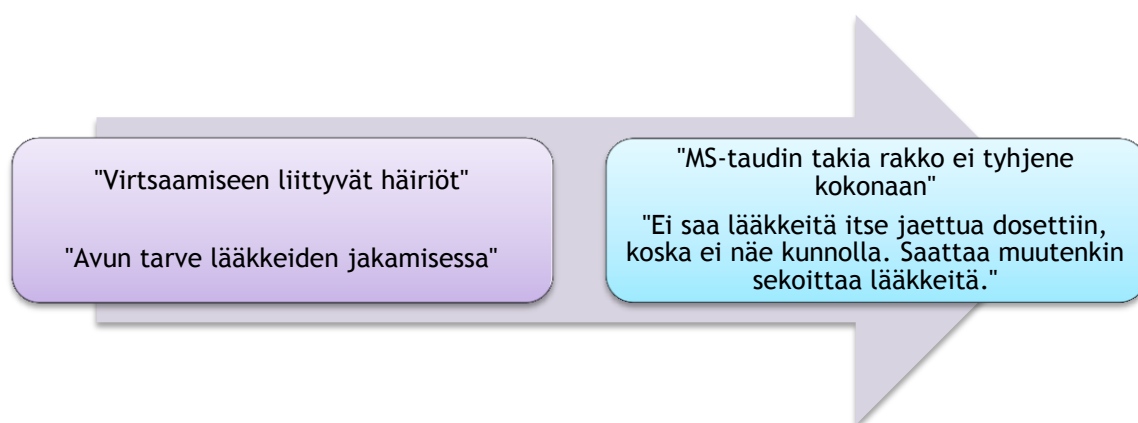
Taulukko 10: Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisen tulokset (ka, %, n)

Hoitotyön tarpeiden kirjaamisessa oli käytetty Suomalaisen tarveluokituksen (SHTaL) ylä- ja alaluokkia. Yleisimmin käytetty komponentti oli lääkehoito, toiseksi yleisin oli päivittäiset toiminnot ja kolmanneksi yleisin oli erittäminen. Hoitotyön tarpeiden määrittämistä selvittämään käytettiin hoitotyön diagnoosia 2 % (taulukko 9). Tarveluokitus oli harvoin itsessään riittävän informatiivinen ja yksilöllinen. Kuvion 12 esimerkeissä näkyy, että ensimmäisessä kirjaamisessa olisi ollut hyvä lukea, mihin sairauteen tai ongelmaan vahva kipulääke oli määrätty ja toisessa kirjaamisessa jäi epäselväksi, millainen ongelma jaloissa oli ja missä iho-ongelma sijaitsi.



Kuvio 12: Esimerkkejä puutteellisesta hoitotyön prosessin dokumentoinnista

Vaikka tutkimusmittarissa ei ollut erillistä kohtaa **hoitotyön diagnoosin** kirjaamisen arvioinnille, diagnoosin käyttö myös arvioitiin. Tämä siksi, että hoitotyön suunnitelmassa oli oma kohta hoitotyön diagnoosille ja diagnoosi todettiin tärkeäksi, kirjaamista sitovaksi osaksi hoitotyön prosessissa. Diagnoosi antoi mahdollisuuden kuvata täsmällisesti ja yksilöllisesti asiakkaan tarvitsemaa hoitoa. Niiltä osin kun hoitotyön diagnoosit oli kirjattu, selvensivät ne muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta tarpeen sisältöä (kuvio 13).



Kuvio 13: Hoitotyön tarvetta selventävä hoitotyön diagnoosi

Yhdessäkään hoitotyön tarpeen tai diagnoosin kirjaamisessa ei tullut esille asiakkaan subjektiivista kuvausta omasta ongelmasta. Hoitotyön suunnitelmiin oli kirjattu hoitotyön tarpeita yhteensä 106 ja vastaavasti hoitotyön päivittäiskirjaamiseen 110 (taulukko 9). Uusia hoitotyön tarpeita esiintyi päivittäiskirjaamisen osiossa siis 4, joten näiltä osin hoitosuunnitelman päivittäminen oli puutteellista. Kahdessa tapauksessa oli kyse sairauskohtauksesta tai sen epä-

lystä ja yksi tarpeista liittyi luultavasti tuoreeseen ihorikkoon. Tarpeiden kirjaamisissa löytyi myös päinvastaisia kirjaamistapahtumia.

Hoitosuunnitelmaan kirjattuja tarpeita ei ollut kirjattu päivittäiskirjaamisessa, vaikka jokaisen asiakkaan luona käytiin vähintään kolme kertaa viikossa ja osa näistä tarpeista vaati päivittäisiä hoitotoimia, kuten haavan hoito, ravitsemus tai kipulääkitys. Epäselväksi jäi, miksi näitä tarpeita ei ollut kirjattu ja arvioitu. Kotihoidon kirjaamisohje Pegasos-järjestelmää varten määrittelee, että vakituisten asiakkaiden hoitosuunnitelma päivitetään tarvittaessa. Ohje ei määrittele ajankohtaa sen paremmin. Lisäksi kirjaamisohje määritteli, että jokaiselle asiakkaalle avataan selviytyminen-komponentti. Komponentin alle oli tarkoitus kirjata asiakkaan selviytymiseen ja vointiin liittyviä asioita. Selviytymisen komponentti oli avattu 16 %:lle asiakkaista. Sitä oli käytetty viisi kertaa päivittäiskirjaamisessa eli noin 2 % toimintoluokitukseen kirjauksista.

Kaikkiaan fyysisten tarpeiden osuus hoitosuunnitelman kirjauksista oli noin 98 %, noin 1 % liittyi psyykkisiin tarpeisiin ja loput noin 1 % oli muita tarpeita. Keskimäärin tarpeita oli kirjattu hoitosuunnitelmaan 5,4 tarvetta asiakasta kohden, määrän jakautuessa 2 - 10 välillä.

Hoidon tavoitteen kirjaaminen

Kotihoidon kirjaamisessa hoitotyön tavoitteiden kirjausten määrä kokonaiskirjausten määrästä oli 11 % (taulukko 9). Tavoitteita arvioidaan Kirjaamisen arviointilomakkeessa kohdissa 2, 7 ja 9. Kohta 2 arvioi onko tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan, kohta 7 arvioi onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys ja kohta 9 arvioi onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena (liite 1). Kotihoidon kirjaamisessa kohdat 2 ja 7 saavuttivat parhaan mahdollisen tuloksen 100 % (taulukko 9). Poikkeavana tuloksena oli kohta 9, jonka tulokseksi saatiin noin 32 %, joten lähes 70 % tavoitteista puuttui asiakkaan näkökulma. Poikkeuksetta niissä osioissa, joissa hoitotyön tavoitteita oli kirjattu, oli kirjaaminen asiakkaan tarpeiden toteutamisesta tai hoitajan tekemisen kuvaamisesta. Tavoitteiden kirjaaminen oli kirjattu niin, että niissä oletettiin hoitajan tuntevan asiakkaan.

verikokeiden otto lääkärin ohjeiden mukaisesti

säännöllinen lääkitys

ihon pitäminen ehjänä

riittävä ravinnon saanti

Asiakkaan näkökulmaa oli tuotu kirjaamisessa esille vajaa kolmasosassa, mutta asiakkaan subjektiivisten tuntemusten kuvausta ei löytynyt. Tavoitteet oli kuvattu asiakkaan tilassa toivottuna muutoksena.

Tuntee olonsa puhtaaksi

Saa tarvittavat lääkkeet oikeaan aikaan

Virtsaaminen helpottuu

Ravitsemus säilyy hyvänä

pystyy suoriutumaan itsenäisesti wc-käynneistä turvallisesti

Tavoiteltava arvo puuttui INR-, verensokeri- tai verenpainetavoitteista sekä virtsarakon katetroinneista. Näistä lääketieteellisistä tavoitteista puuttui myös numeerinen, yksiselitteinen merkintä hoitotasosta tai halutun muutoksen kuvauksesta sanallisesti. Tähän Kotihoidon kirjaamisohje Pegasos-järjestelmään ohjeisti, että verensokeri-arvot merkitään hoitosuunnitelmaan ja verenpaine kirjataan mittaus- välilehdelle.

silmänpaineiden pysyminen hoitotasolla

INR-arvot pysyvät hoitotasolla

Verenpaineen pysyminen hoitotasolla

Virtsarakon tyhjeneminen

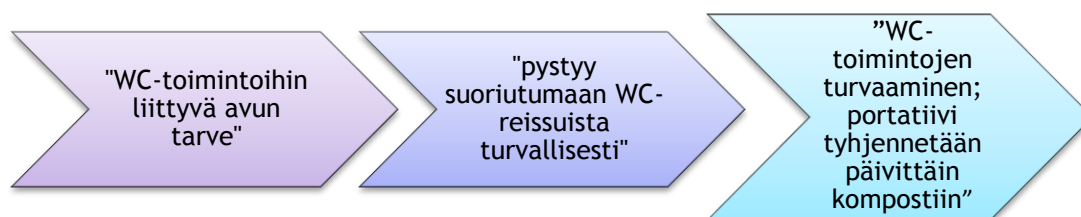
Kaikista tavoitteista puuttui päivämäärä, jolloin tavoite oli asetettu. Samoin kaikista tavoitteista puuttui määräajankohta, jolloin tavoitteen arviointia oli tarkoitus suorittaa. Kaikista merkinnöistä tavoitteiden määrä oli 11 % (taulukko 9). Jokaiselle asiakkaalle oli kirjattu keskimäärin 5 tavoitetta. Tavoitteiden määrän vaihdellessa 2 - 10 välillä.

Suunniteltujen hoitotyön toimintojen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan

Kotihoidossa suunnitellut toiminnot kirjataan hoitosuunnitelmaan kohtaan ”Keinot”. Näitä hoitotyön auttamismenetelmien kirjaamista arvioidaan Kirjaamisen arviointilomakkeessa kohdassa 3 ”Onko valitut auttamismenetelmät kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?”. Arvioinnin tulos oli 1,00 eli 100 %, joten kotihoidon yksikön kirjaamisessa suunnitellut hoitotyön toiminnot oli aina kirjattu jo hoitosuunnitelmaan (taulukko 10). Jokaiselle asiakkaalle suunniteltuja toimintoja oli täydennetty vapaalla tekstillä. Vapaan tekstin ilmaisut olivat poikkeuksetta yksilöllisiä ja lyhyitä, mutta informatiivisia.

Silmänpainetipat laitettu aamuisin molempiin silmiin. Sekä iltaisin vasempaan silmään yksi tippa.

WC-toiminnoissa avustaminen; Avustajan kanssa nosturilla suihkutuoliin nostaminen ja WC käynti, pikkupesut. Avustaminen takaisin sänkyyn ja vaipan laitto.



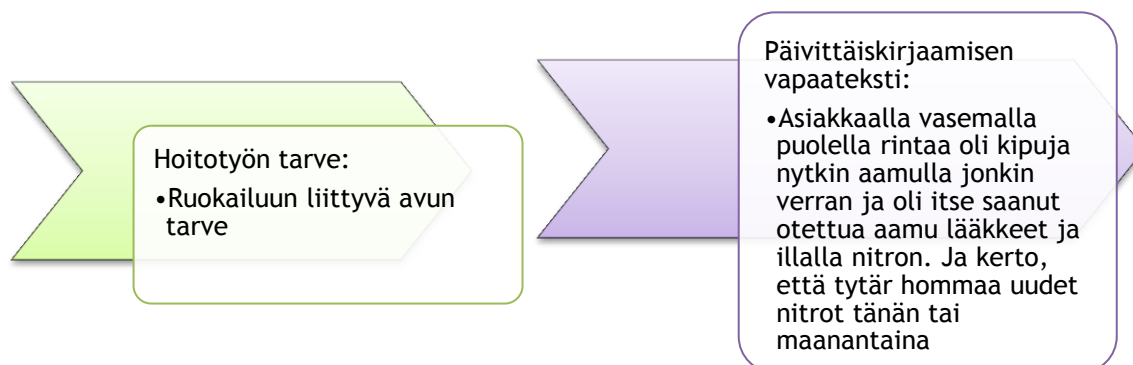
Kuvio 14: Epäjohdonmukainen hoitotyön suunniteltujen toimintojen kirjaus

Hoidon toteutus

Kotihoidossa hoidon toteutus kirjataan hoitotyön päivittäiskirjaamisen näkymään kohtaan ”Hoitotyö”. Päivittäiskirjaamisessa valitaan hoitosuunnitelman tarvetta vastaava toiminto (SHToL). Hoitotyön tarvetta voidaan täydentää lisäämällä ennalta suunnittelemaan toiminto täydentämään kirjaamista. Kohtaan ”Teksti” on tarkoitus kuvata ja selventää vapaalla tekstillä hoidon toteutusta. Tähän kohtaan ei ole tarkoitus kirjata arviointia, vaan arviointi kirjataan tavoitteiden alle. Tällä toiminnolla turvataan kirjatun tiedon säilyminen muuttumattomana. Kirjaamisen arviointilomake (liite 1) arvioi kotihoidon yksikön hoitotyön toteutuksen kirjaamista kohdissa 4 ja 10 (taulukko 10). Kummassakin kohdassa kriteeri täyttyy, kun hoitotyön päivittäiskirjaamisessa jokaisen asiakkaan kohdalla on yksikin maininta tavoitellusta ilmiöstä. Kohta 4 arvioi oliko hoitotyön kirjaamisen toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan ja 10 arvioi oliko toteutus kirjattu siten, että se oli kiinteä osa asiakkaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa. Molemmissa kohdissa kriteeri täyttyi ainakin kerran jokaisen asiakkaan kohdalla, joten hoidon toteutuksen kirjaamisen tulos oli 100 %.

Toteutuksen kirjaus liittyi poikkeuksetta asiakkaan fyysisiin toimintoihin. Selkeästi yleisin toiminto liittyi lääkehoidon kirjaamiseen, seuraavaksi yleisin liittyi ravitsemukseen ja kolmanneksi yleisin kirjaus liittyi erittämiseen. Päivittäiskirjaamisen näkymään oli kirjattu 4 hoitosuunnitelmaan kirjaamatonta hoitotyön tarvetta, toisaalta hoitotyön toteutus oli kirjattu virheellisen tarpeen alle 8 kertaa. Hoitotyön toimintojen määrä kirjausten kokonaismäärästä oli selkeästi muuta kirjaamista yleisempää eli 31 % (n = 270) ja vapaan tekstin määrä ylsi 17 % (n = 148) (taulukko 9).

Rakenteisessa kirjaamisessa vapaan tekstin kirjaaminen ei ole pakollista, mutta se luo selkeämmän kuvan siitä, mitä asiakkaan luona on tapahtunut ja tehty. Kotihoidon oma kirjaamisohje ohjeistaa kirjaamaan Pegasos-järjestelmään vapaata tekstiä vain, jos on poikkeava tapahtuma, jota ei ole hoitosuunnitelmassa. Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen puuttui 17 kertaa eli 6 % kaikista kirjaamisista. Toisaalta kun hoitotyön toteutuksen kirjaaminen puuttui, oli kirjausta tehty vapaalla tekstillä. Muutamissa tapauksissa hoitotyön tarve ja vapaa teksti eivät liittyneet toisiinsa.



Kuvio 14: Kirjaaminen, jossa asiakkaan hoitotyön tarve ja toiminto eivät kohtaa

Viikon sisällä muutaman asiakkaan päivittäiskirjaamisen näkymään oli kirjattu yksi tai kaksi toimintoa, vaikka asiakkaalla oli useampia päivittäisiä hoitotyön tarpeita. Toisaalta eräällä asiakkaalla oli kuusi hoitotyön tarvetta, joista kaksi oli päivittäisiä tarpeita. Viikon aikana toimintoja oli kirjattu kokonaisuudessaan vain kolme kertaa. Eräällä toisella asiakkaalla oli neljä tarvetta ”Avuntarve lääkkeiden jakamisessa”, ”Ihottuma”, ”Muistihäiriö” ja ”Lisääntynyt ravinnon tarve”. Päivittäiskirjaamiseen oli kirjattu viikon aikana kerran ”Ihottuma rasvattu Diprosalicilla, muuten perusvoiteella”.

Niiltä osin kun vapaata tekstiä kirjattiin, vaihteli sisältö niukasta informaatioköyhästä tekstistä monipuoliseen kuvaukseen hoitajan toiminnoista asiakkaan auttamiseksi. Seuraavissa kaksi ensimmäistä esimerkkiä kertoo niukasta kirjaamisesta ja toisaalta jälkimmäiset kirjaukset antavat selkeän kuvan asiakkaan sen hetkisestä tilasta ja asiakkaan tuntemuksista, samoin tärkeät mittaustulokset ovat näkyvillä.

Annettu lääkkeet dosetista

Katetroitu 250 ml

Kertoi tunteneensa huimausta aamulla käydessään vessassa. Huimausta ollut myös viikonvaihteessa. Mitattu RR 118/66 p. 84. Vs 5,9. Käveli keittiöön, ei tuntenut huimausta. Seurataan tilannetta. Soitetaan päivällä ja kysellään vointia

Kertoi nukkuneensa huonosti, kun ”joku” ei anna jalkojen olla sängyssä. Ei osannut kertoa kuuleko ääniä, ymmärtää ettei asunnossa ole muita, mutta joku kuitenkin ottaa jalat pois sängystä ja hän vaihtaa paikkaa sängyn ja sohvan välillä

Lounas lämmitetty, hyvin maistui. Tyytyväinen nyt oloonsa, ei kipuja. Vanhoja aikoja muisteltu.

Mittaustulokset diabetes- ja verenohennuslääkkeiden hoitotasosta olisi lisännyt informatiivisuutta, samoin kuin verenpaine- ja virtsan värin dokumentointi katetroinnin yhteydessä. Toisaalta kotihoito kirjaa tulokset mittaukset -sivulle, joten tämä olisi aiheuttanut kaksoiskirjaamista.

Erään asiakkaan syöpäkipua hoidettiin keskushermostoon vaikuttavalla vahvalla kipulääkkeellä. Hoitosuunnitelmaan oli kirjattu lääkärin määräys lääkkeestä. Päivittäiskirjaamisessa asiakas ei saanut lääkärin määräämää annosta kertaakaan viikon kirjausten perusteella, vaan jopa kymmenen kertaa pienemmän annoksen. Annoksen muutoksen syytä ei ollut kirjausta. Näissäkin kirjauksissa määräyksen muutoksen syy olisi antanut olennaista tietoa siitä, miten asiakkaan tila oli muuttunut verrattuna siihen, kun se oli määräystä annettaessa ollut.

Hoidon arvioinnin kirjaamisen tulokset kotihoidon yksikössä

Kirjaamisen arviointilomakkeessa (liite 1) hoitotyön tulosta arvioitiin kohdissa 5, 11 ja 12. Kohta 5 arvioi oliko hoidon tulos kirjattu sille varattuun kohtaan. Tulokseksi saatiin 0 % (taulukko 10). Niiltä osin kun hoitotyön arviointia oli suoritettu, oli kotihoidon yksikössä hoidon arvioinnit kirjattu päivittäiskirjaamisen näkymän vapaaseen teksti osioon. Kotihoidon kirjaamisohjeessa ohjeistettiin, että hoidon arviointi kirjataan hoitotyön tavoitteen alle. Kohta 11 arvioi, oliko tulos ilmaistu suhteessa asiakkaan yksilölliseen tavoitteeseen. Tulokseksi saatiin noin 32 % (taulukko 10). Näin ollen kuuden asiakkaan (n = 19) kohdalla oli arvioitu sellaista hoitoa, joka oli kirjattuna jo hoidon tavoitteisiin. Kohta 12 arvioi, oliko valitun auttamismenetelmän tulosta arvioitu tai oliko valitulla auttamismenetelmällä ollut vaikuttavuutta. Kohdan 12 tulos oli 10,5 % (taulukko 10). Hoidon arviointia oli kirjattu noin 2 %:ssa hoitotyön prosessin kokonaiskirjaamisen määrästä (taulukko 9). Arviointia oli suoritettu fyysisen elämänalueen kuvauksissa, joita olivat kudoseheydestä, nestetasapainosta, selviytymisestä, kivusta, virtsaamisen häiriöstä, ravitsemuksesta, yleisestä voinnista ja ulostamisen häiriöstä. Näillä alueilla arvioinnin kirjaamisissa löytyi konkreettisia tietoja sisältäviä hoidon arviointeja.

Soitti päivystys puhelimeen ja kertoi että (avanne) pussi vuotaa. Menty paikalle ja todettu että pohjalevy vuotaa ”kerrosten” välistä, sekä ihoa vasten. Vaihdettu pohja sekä pussi, suolen pään ympäriltä vuosi verta johon laitettu pebanthen-voidetta

Kipuja ei ollut päivä käynnillä. Väsynyt, nukkui ruokailun ajan.

Parhaimmillaan hoitotyön arviointi antoi hyvän kuvan ongelman sijainnista, itse ongelmasta ja siitä onko kyse akuutista vai mahdollisesta tulevasta ongelmasta. Osa arvioinneista oli sisällöltään melko laihaa tilanteen toteamista, joista puuttui yksiselitteinen tilan kuvaaminen.

ihon kunto ok

kipulääke auttanut

Vointi oli parempi kun lähdin pois

Kaikista arvioinneista puuttui määrääjankohhta, jolloin arviointia oli tarkoitus tehdä, arviointia helpottavien mittareiden tai luokitusten käyttö (NRS/VAS -kipumittari, verenpaineen- ja verenokerin mittausta, haavaluokitus) ja ongelman syvällisempi kuvaus. Niistä puuttui myös kirjaamisissa tilassa tapahtuneen muutoksen vertaaminen aiempaan.

Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen

Viimeisenä arvioinnin kohteena oli hoitotyön yhteenvedo. Kirjaamisen arviointilomakkeen kohta 13 arvioi oliko hoitojaksosta, pitkäaikaispotilasta tai sarjakäynnistä tehty hoitotyön yhteenvedo. Kirjaamisen arviointilomake ohjeisti auditointi hoitotyön yhteenvedon osalta siten, että yksittäiset poliklinikkakäynnit olivat ainoat, joista yhteenvedoa ei kirjoiteta. Tämä tarkoitti, että kotihoidon asiakkaista pitäisi hoitotyön yhteenvedo kirjata säännöllisin väliajoin. Kotihoidon kirjaamisen tulos oli 0 % (taulukko 10). Kotihoidon asiakkaista ei tehdä hoitotyön yhteenvedoa säännöllisin väliajoin, vaan ainoastaan tarvittaessa. Kotihoidon kirjaamisohje määrittelee, että hoitotyön yhteenvedo kirjataan hoitokertomukseen vain poikkeavissa tilanteissa, jolloin esimerkiksi asiakas on lähetetty sairaalaan tai hän on siirtynyt muun palvelun piiriin.

Kirjaamisen minimilaatutaso ja arvioinnin kokonaistulos

Kirjaamisen arviointilomakkeessa (liite 1) oli määritelty kirjaamisen minimilaatutaso. Kirjaamisen minimilaatutaso täyttyi, kun arviointilomakkeen kohdat 1, 2, 4, 5 ja 13 oli kirjattu. Minimilaatutaso saavutettiin, kun hoitotyön prosessi oli kirjattuna jokaisella asiakkaalla sille varattuihin kohtiin. Kotihoidon yksikön tuloksissa kohdat 1,2 ja 4 oli kirjattu kaikissa lomakkeissa oikeaan kohtaan, joten näiden osalta arvioinnin tulos oli 100 %. Kuitenkin kohtien 5 ja 13 tulos oli 0 %, joten kotihoidon yksikön kirjaamisen minimilaatutaso ei yltänyt hyväksytylle tasolle. Kotihoidon yksikön kirjaamisen arvioinnin kokonaistulos saatiin täyttämällä Kirjaamisen arviointilomakkeen toinen osio (liite 2). Kirjaamisen arvioinnin tulos ilmaistaan sekä keskiarvona (taulukko 11) että sanallisella yhteenvedolla suositelluista toimenpiteistä (taulukko 12). Kotihoidon yksikön hoitotyön kirjaamisen keskiarvoksi saatiin 8,53, joten tulos ylsi tyydyttävälle tasolle.

Kokonaistulos keskiarvona	
tuloksen arviointi	keskiarvo
ei hyväksyttävä taso	0,00-5,99
heikko taso	6,00-7,99
tydyttävä taso	8,00-9,99
hyvä taso	10,00-11,99
kiitettävä taso	12,00-13,00

Taulukko 11: Kokonaistulos keskiarvona (Kaila & Kuivalainen 2008)

Sanallinen arvio (taulukko 12) osoitti, että kotihoidon kirjaaminen oli tasolla, jossa tiettyjen hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisen osaaminen olisi varmistettava. Näitä vaiheita ovat hoitotyön tavoitteiden, hoitotyön arvioinnin sekä hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen. Parhaiten nämä saavutetaan tekemällä yksikön sisäinen kehittämissuunnitelma.

Kokonaistuloksen sanallinen arviointi
huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle
tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisosaaminen ja tee kehittämissuunnitelma
varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla

Taulukko 12: Kokonaistuloksen arviointi sanallisessa muodossa (Kaila & Kuivalainen 2008)

6.2 Hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten kirjaaminen sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa

Tässä opinnäytetyössä auditoinnin toisena kohteena oli kotihoidon yksikön sähköinen rakenteinen kirjaaminen suomalaisen hoitotyön luokituksen (FinCC) mukaan. Kirjaamisessa arviointiin sekä hoitotyön tarve (SHTaL) että toiminto (SHToL) luokitusten käyttöä yksikön hoitotyön kirjaamisessa. Opinnäytetyön tulokset koottiin taulukkoon (taulukko 13), jossa vertailtiin tarve- ja toimintoluokitusten esiintymistä sekä hoitosuunnitelmassa että päivittäiskirjaamisessa. Taulukossa 13 värillisinä näkyvät komponentit, joissa oli eniten merkintöjä tai vaihtoehtoisesti ei merkintöjä lainkaan. Värikoodeissa vihreä väri tarkoitti tarveluokituksen (SHTaL) yle-

simmin käytettyjä komponentteja. Oranssi väri kuvasi toimintoluokituksen (SHToL) käytetyimpiä komponentteja. Punainen väri merkitsi, että komponentti oli sekä tarve- että toimintoluokituksessa kaikkein yleisimmin käytetty. Keltainen väri kuvasi komponentteja, joita ei löytynyt lainkaan tässä tutkimuksessa (= 0-arvo).

Hoitotyön suunnitelma sisälsi 106 hoitotyön tarpeen (SHTaL) merkintää (taulukko 13). Tarveluokituksen (SHTaL) selkeästi käytetyimmäksi komponentiksi nousi lääkehoito lähes 34 %. Lääkehoidon tarpeet liittyivät useimmiten lääkehoidon toteuttamiseen liittyviin tekijöihin. Yleisimmin käytetyt alaluokat olivat avun tarve lääkkeiden ottamisessa, lääkkeiden antamisessa tai jakamisessa. Toiseksi yleisin komponentti tarveluokituksessa oli päivittäiset toiminnot lähes 21 %. Eniten käytetyt pää- tai alaluokat olivat peseytymiseen ja hygieniaan, ruokailuun sekä WC-toimintoihin liittyvä avun tarve. Kolmanneksi käytetyin komponentti tarveluokituksessa oli erittäminen noin 12 %. Erittämisen tarve liittyi useimmiten ruoansulatuksen tai virtsateiden toiminnan ongelmiin. Vain kolmelle asiakkaalle oli avattu selviytymisen komponentti, vaikka kotihoidon Pegasos-ohjeen mukaan jokaiselle asiakkaalle se pitää avata. 0-arvoja eli käyttämättömiä komponentteja tarveluokituksessa olivat nestetasapaino, terveyspalvelujen käyttö, hengitys, kanssakäyminen, jatkohoito sekä elämäankaari.

Päivittäiskirjaamisessa toimintoon (SHToL) liittyviä merkintöjä löytyi 31 % (taulukko 13). Toimintoluokituksessa nousi esille selkeimmin lääkehoidon komponentti lähes 55 %. Yleisimmin kirjaamisessa käytetty pääluokka oli lääkkeen antaminen ja kirjatuihin alaluokoihin liittyivät lääkkeen antamiseen eri antoreittejä käyttäen. Kirjatuihin alaluokoihin olivat lääke suun kautta tai tippojen antaminen. Seuraavaksi yleisimmät komponentit olivat ravitseminen lähes 13 % ja erittäminen lähes 12 %. 0-arvoja oli kotihoidon yksikön päivittäiskirjaamisissa seitsemän kappaletta. Nämä komponentit olivat terveyspalvelujen käyttö, hengitys, kanssakäyminen, psyykinen tasapaino, jatkohoito, elämäankaari ja aineenvaihdunta.

Komponenttien käyttö kotihoidon yksikön kirjaamisessa						
FinCC-luokituksen KOMPONENTIT				SHTaL	SHToL	Värikoodit
				%	%	
1. Aktiviteetti				2,8	1,1	
2. Erittäminen				12,2	11,8	
3. Selviytyminen				2,8	1,1	
4. Nestetasapaino				0	1,5	
5. Terveyskäyttäytyminen				0,9	0,4	Suurimmat arvot
6. Terveyspalvelujen käyttö				0	0	SHToL SHTaL
7. Lääkehoito				33,9	54,8	SHTaL + SHToL
8. Ravitsemus				9,4	12,6	
9. Hengitys				0	0	
10. Kanssakäyminen				0	0	0-arvo
11. Turvallisuus				3,8	1,5	
12. Päivittäiset toiminnot				20,8	7,4	
13. Psyykinen tasapaino				0,9	0	
14. Aistitoiminta				1,9	0,7	
15. Kudoseheys				6,6	3,7	
16. Jatkohoito				0	0	
17. Elämänkaari				0	0	
18. Verenkierto				2,8	3,3	
19. Aineenvaihdunta				0,9	0	
				99,7	99,9	
Yhteensä kirjausmerkintöjä				106 kpl	270 kpl	

Taulukko 13: Kotihoidon yksikön FinCC-luokituksen mukaisten tarpeiden (SHTaL) ja toimintojen (SHToL) käyttö kirjaamisessa

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Alkuun tarkastellaan kotihoidon yksikön hoitotyön prosessimallin vaiheiden kirjaamista. Tarkoituksena oli selvittää, miten hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen toteutuu kotihoidon kirjaamisessa sekä arvioida kirjaamisen sisällön laatua. Toisessa osiossa tarkastellaan, miten kotihoidon yksikkö kirjaa FinCC:n tarve- (SHTaL) ja toimintoluokituksia (SHToL). Tässä osiossa tarkastellaan FinCC-luokitusten käytön yleisyyttä komponentteittain.

7.1.1 Hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen tulosten tarkastelu

Hoitotyön prosessin vaiheet ovat tarpeen määrittely (tulotilanne ja priorisointi), **hoitotyön suunnittelu** (tavoitteiden asettaminen, suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi), **suunnitelman toteuttaminen** (hoidon toteutus) ja **hoitotyön arviointi** (hoidon tulokset). Hoitotyön prosessimalli vaatii jokaisen osion kirjaamisen, jotta kirjaaminen on systemaattista ja hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaista kirjaamista (Tanttu 2009c). Potilaan tarkka ja kokonaisvaltainen sen hetkisten tarpeiden määrittely luo pohjan yksilölliselle hoidolle, systemaattiselle kirjaamiselle sekä hoidon vaikuttavuuden arvioinnille (Ikonen 2009, 53 - 54).

Jokaisella terveydenhuollon asiakkaalla on oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon. Se vaatii ammattitaitoista henkilökuntaa, oikea-aikaista hoitoa sekä hoidon jatkuvuuden turvaamista. Hoidon jatkuvuus turvataan parhaiten näyttöön perustuvalla ja systemaattisella kirjaamisella. Hoitotyössä tämä alkaa hoitotyön suunnitelman laatimisella, jossa tietoa potilaasta kerätään laaja-alaisesti sekä varmistamalla, että suunnitelma on ajantasainen. (Saranto ym. 2007, 48 - 113.) Kotihoidolla on käytössä Pegasos-potilastietojärjestelmä sekä rakenteisena kirjaamismallina Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC), jossa kirjaaminen etenee hoitotyön prosessin vaiheiden mukaan. Lisäksi kotihoidolla on hoitotyön kirjaamista ohjaava ohje Pegasos-potilastietojärjestelmää varten. Koska Pegasokseen kirjaamisohje on saattanut vaikuttaa dokumentointiin ohjaamalla kirjaamista, viitataan tulosten tarkastelussa niiltä osin kotihoidon kirjaamisohjeen sisältöön.

Tässä opinnäytetyössä jokaiselle kotihoidon yksikön asiakkaalle (n = 19) oli tehty **hoitotyön suunnitelma**. Tantun ym. (2007, 119) valtakunnallisessa tutkimushankkeessa hoitosuunnitelma tehtiin 72 %:ssa tutkituista yksiköistä (n = 90). Näistä 16 yksikössä hoitosuunnitelma kirjattiin päivittäiskirjaamisesta erillään. Useimmiten näitä suunnitelmia käytettiin kuitenkin hoidon arviointiin päivittäiskirjaamisessa. Vain viisi yksikköä oli sellaisia, joissa kirjallista hoitosuunnitelmaa ei tutkimuksen mukaan tehty lainkaan. Niin ikään samansuuntaisia tutkimustuloksia Tantun ym. tulosten kanssa sai Muurinen ja Soini (2009, 12 - 13) tutkimuksessaan, joka

käsitteli Riistavuoren monipuolisen vanhustenkeskuksen potilasasiakirjoja (n = 61). Monipuolinen vanhustenkeskus koostui palvelutalosta ja vanhainkodista. Kokonaisuudessaan Riistavuoren vanhustenkeskuksen asukkaista 57 %:lla oli kolmen kuukauden sisällä laadittu tai päivitetty hoitotyön suunnitelma, neljänneksellä suunnitelma oli vanhentunut tai laatimispäivä puuttui ja lähes viidenneksellä suunnitelma puuttui kokonaan. Palvelutalossa asuvilla 39 %:lla ja vanhainkodissa asuvilla 71 %:lla oli ajantasainen hoitotyön suunnitelma. Monipuolisessa vanhustenkeskus Riistavuoressa kävi asiakkaita myös arviointijaksolla ja useimmin ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma oli juuri näillä kotiin lähteneillä (78 %).

Hoitotyön tarpeiden määrittäminen kotihoidon kirjaamisessa

Vaikka tässä opinnäytetyössä hoitotyön tarpeet oli kirjattu jokaiseen hoitotyön suunnitelmaan, merkittävä huomio oli, että suurin osa kirjatuista **hoitotyön tarpeista** oli fyysisiä tarpeita 98 %. Vastaavanlaisiin tuloksiin oli päästy Gunhardssonin ym. (2008, 47 - 49) tutkimuksessa, jossa tutkittiin palliatiivista hoitoa saaneiden (n = 15) potilaiden kaikki hoitotyöhön liittyvät dokumentit 14 viimeiseltä vuorokaudelta ennen kuolemaa. Hoidon kirjaamisessa korostui fyysinen huolenpito, johon liittyi kivun hoito sekä hengityksestä sekä verenkierrosta huolehtiminen. Kirjaaminen liittyi hoitajien tekemiin toimenpiteisiin. Tulosten perusteella arviointia hoidon vaikuttavuudesta ei ollut kirjattu lainkaan.

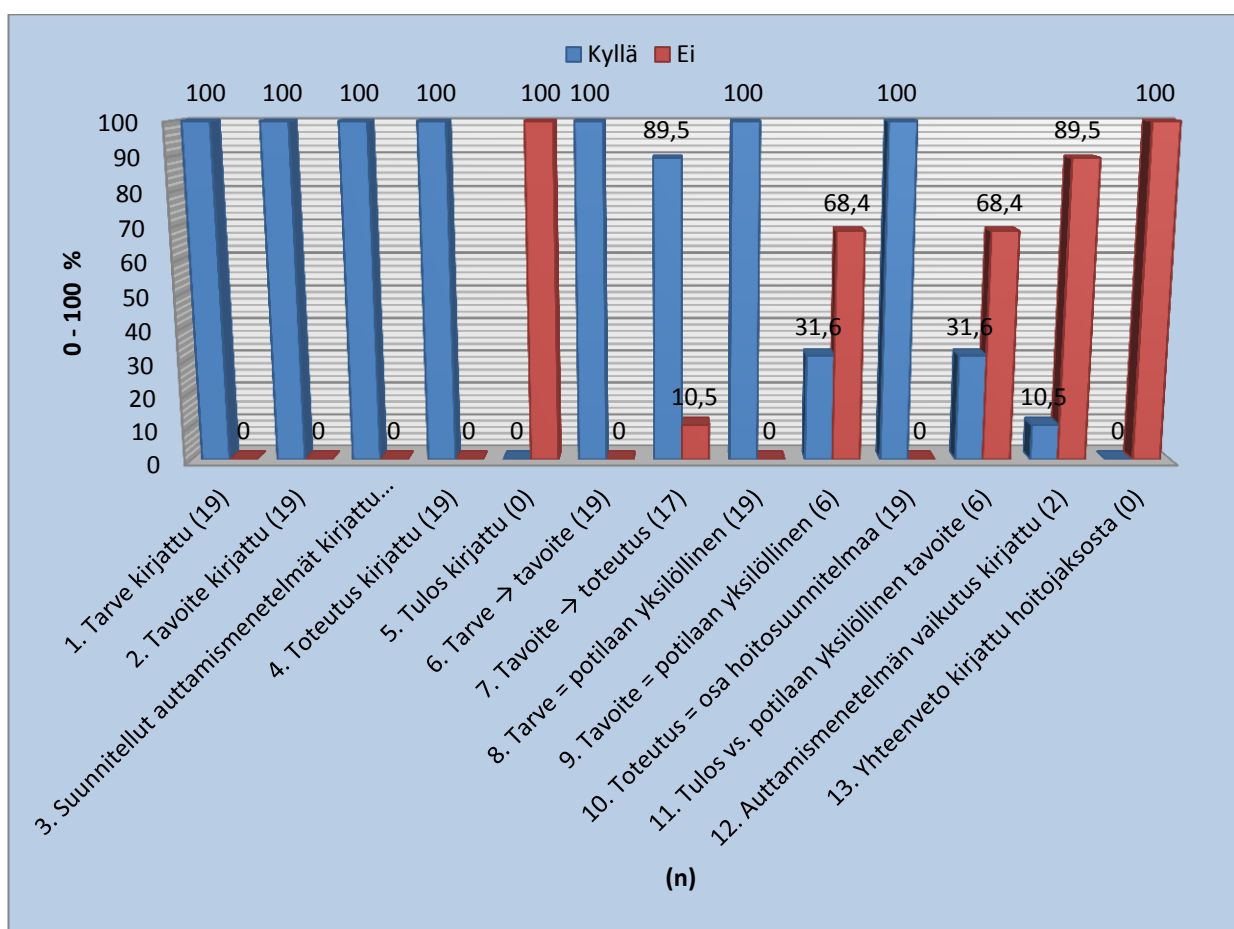
Opinnäytetyössä noin 98 % kirjatuista tarpeista oli fyysisiä tarpeita, noin 1 % liittyi psyykkisiin tarpeisiin ja loput noin 1 % oli sosiaalisii tarpeisiin. Hengellisiä tai henkisiä tarpeita ei ollut kirjattu lainkaan. Myös Gunhardssonin ym. (2008, 47 - 48) tulokset olivat vastaavan suuntaiset. Pilottitutkimuksessa tutkittiin ruotsalaisen palliatiivisen hoito-osaston hoitotyön kirjaamista. Tuloksia arvioitiin Ruotsissa kehitetyn VIPS (Well-being Integrity Prevention and Safety) luokitusmallin mukaan. Tuloksissa fyysisten tarpeiden kirjaaminen oli kuusi kertaa yleisempää kuin psyykkisten-, sosiaalisten- sekä henkisten- ja hengellisten tarpeiden kirjaaminen yhteensä. Muurisen (2009, 14 - 15) tutkimuksessa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita oli huomioitu kokonaisuudessaan 49 %:ssa asiakirjoja (n = 35).

Osin vastaaviin tuloksiin tuli Kuusisto ym. (2005, 19 - 20) tutkimuksessaan, joka käsitti Satakunnan sairaanhoitopiirin neljän tulosalueen kaikki vuodeosastot ja osa poliklinikoista ja toimenpideyksiköistä. Tuloksissa hoitotyön ongelmien ja tarpeiden määrittäminen jakautui neljässä tulosyksikössä 50 - 94 %. Joten joissain yksikössä vain puolelle potilaista oli määritelty hoitotyön tarpeet ja joissain lähes kaikille.

Opinnäytetyössä kaikille asiakkaille hoitotyön tarve oli kirjattu oikeaan kohtaan (kuvio 16). Mykkäsen ym. (2011, 63) tutkimus kirjaamisen auditoinnista suoritettiin vastaavalla Kailan ja Kuivalaisen (2008) kehittämällä mittarilla. Tuloksissa hoitotyön tarve oli kirjattu oikeaan koh-

taan tuloksella 0,65. Mukana Mykkäsen ym. tutkimuksessa olivat vain ne yksiköt, jotka olivat kirjanneet FinCC-luokituksen mukaan vähintään puolen vuoden ajan. Auditointiin osallistui Kuopion yliopiston kaikki 67 yksikköä ja otos oli 20 potilaan hoitopäivien- ja käyntien kirjaukset.

Sitä vastoin Lehtokarin (2007, 46) tutkimuksessa Turun yliopistollisen keskussairaalan naisten-klinikalla arvioitiin hoitotyön kirjaamista. Äitiyshuollon tutkimusaineistona oli 186 hoitoker-tomusta. Tutkimuksen hoidon tarpeita ei ollut kirjattu lainkaan hoitokokonaisuuden tietoihin, vaan pääasiallinen kirjaamispaikka oli päivittäisten kirjaamisten osioon hoitotyön toimintoi-hin. Tämän lisäksi tarpeita oli kirjattu hieman myös päivittäiskirjaamisen näkymään. Vastaa-viin tuloksiin Lehtokarin kanssa päätyi Sainola-Rodriguez ja Ikonen (2007, 51) pilottitutkimuk-sessaan, jossa oli mukana Pohjois-Karjalasta Paiholan sairaalan viisi aikuispsykiatrista osastoa sekä kolme avohoidon työryhmää. Tuloksissa ilmeni, että monesti kaikki teksti oli tyydytty kirjaamaan tietyn hoitotyön prosessin vaiheen alle, useimmiten hoitotyön toteutukseen. Tämä tapahtui varsinkin pilottihankkeen alkuvaiheessa. Tutkimuksen tuloksissa selvisi myös, että hoidon tarpeiden kuvaaminen koettiin vaikeimmaksi hoitotyön prosessin vaiheiden dokumen-toinnissa. Tähän tulokseen ei vaikuttanut edes pitkä kokemus ja ammattitaito.



Kuvio 15: Kotihoidon yksikön kirjaamisen arvioinnin tulokset (%)

Tässä opinnäytetyössä hoitotyön diagnoosia oli käytetty kokonaisuudessaan neljällä asiakkaalla täydentämään hoitotyön tarpeiden. Norjalaisessa Gjevjon ym. (2009, 104) tutkimuksessa kuvattiin, miten kotihoidon sairaanhoitajat kirjasivat potilaan (n = 91) hoitoa sähköisessä potilastietojärjestelmässä hoitotyön prosessin mukaan ja arvioivat kirjaamisen kattavuutta. Tuloksissa hoitotyön diagnooseja kirjattiin lähes 96 %:lle asiakkaista, joista eniten hoitotyön diagnooseja kirjattiin ihon kunnosta 22 %:lle ja vähiten kirjattiin kommunikaatio kyvystä eli 0,7 %:lle. Myös niissä tapauksissa opinnäytetyössä, joissa hoitotyön diagnoosi oli vain maininta eikä ollut auki kirjoitettu, diagnoosin käyttö tuotti vaikeuksia ymmärtää sisältöä.

Tantun (2009,6 - 8) mukaan potilasasiakirjoihin täytyy merkitä riittävän laajat tiedot potilaasta, jotta hyvä ja turvallinen hoito voidaan taata. Myös luokituksen mukainen rakenteinen kirjaaminen vaatii Tantun mielestä vapaan tekstin, jolla mahdollistetaan asiakkaan yksilölliset tarpeet.

Merkittävää opinnäytetyössä oli, ettei yhdessäkään hoitotyön tarpeen kirjaamisessa tullut esille asiakkaan omaa kuvausta ongelmista tai tarpeista. Sitä vastoin Gjevjon ym. (2009, 104) tutkimuksen tuloksissa kotihoidon sähköisessä kirjaamisessa huomioitiin asiakkaan subjektiivinen status lähes 75 % kirjaamisista. Potilas sitoutuu paremmin hoitonsa toteuttamiseen, jos hoitotyön tavoitteet ja suunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan ja henkilökunnan kanssa (Ikonen, Rajalahti & Ahonen 2009).

Opinnäytetyössä ilmeni myös, että päivittäiskirjaamisessa löytyi neljä uutta tarvetta, joita ei ollut kirjattu hoitotyön suunnitelmaan (taulukko 9). Kyse oli mitä ilmeisimmin asiakkaan äkillisesti ilmenneistä uusista tarpeista, kuten hoitajan epäily sairauskohtauksesta ja yhdessä tapauksessa vaimon ilmoituksesta, että asiakas oli saanut wc:ssä jonkinlaisen kohtauksen. Toisaalta päivittäiskirjaamisissa puutui merkintöjä haavanhoidoista, kipulääkityksistä tai aterioinnista huolehtimisesta, jotka olivat asiakkailla päivittäin huolehdittavia tarpeita.

Hoitotyön suunnittelu kotihoidon yksikön kirjaamisessa

Kotihoidon yksikössä **hoitotyön tavoite** oli kirjattu kaikilla asiakkailla hoitotyön suunnitelmaan (kuvio 15). Mykkäsen ym. (2011, 63) tutkimuksen tuloksissa hoitotyön tavoite oli kirjattu keskiarvolla 0,65. Useimmista tämän opinnäytetyön kirjatuihin tavoitteista tulikin asian sisältö ilmi ja kirjaus saattoi tuntua riittävältä kirjaajasta, mutta lopulta kyse on asiakkaan oikeudesta toimia oman terveytensä puolesta. Asiakkaan näkökulma tuli esille noin 30 % tavoitteista. Asiat oli ilmaistu lyhyesti muutamalla sanalla ja ne olivat realistisia toteuttaa, mutta täsmällisempi kirjaaminen ja yksilöllisemmin ilmaistu tavoite olisi antanut lisää kaivattua informaatiota juuri tämän asiakkaan toivotuista muutoksista. Jos hoitotyön tavoite asetetaan hoitajan tekemisenä, muuttuu asiakkaan hoitosuunnitelma hoitajan toimintasuunnitelmaksi (Kratz 1984, 69).

Jotta tavoitteesta tulee asiakkaan tavoite, aloitetaan kirjaaminen asiakkaan toimintaa kuvaavalla verbillä. Tekeminen jo itsessään osoittaa sen, mitä on tarkoitus saada aikaan asiakkaassa hoitotyön avulla. Tavoitteiden tulee olla mitattavia, arvioitavia, aikaan sidottuja ja realistisia. (Kratz 1984, 68 - 69.) Ruotsalaisessa Gershaterin ym. (2011, 222 - 223) tutkimuksessa arvioitiin kotihoidon diabetesta sairastavien potilaiden sähköisiä ja manuaalisia hoitotyön dokumentteja (n = 172). Tuloksissa selvisi, että viitearvot puuttuivat kirjaamisesta, joten tavoitteiden kirjaus oli tutkimuksessa puutteellista.

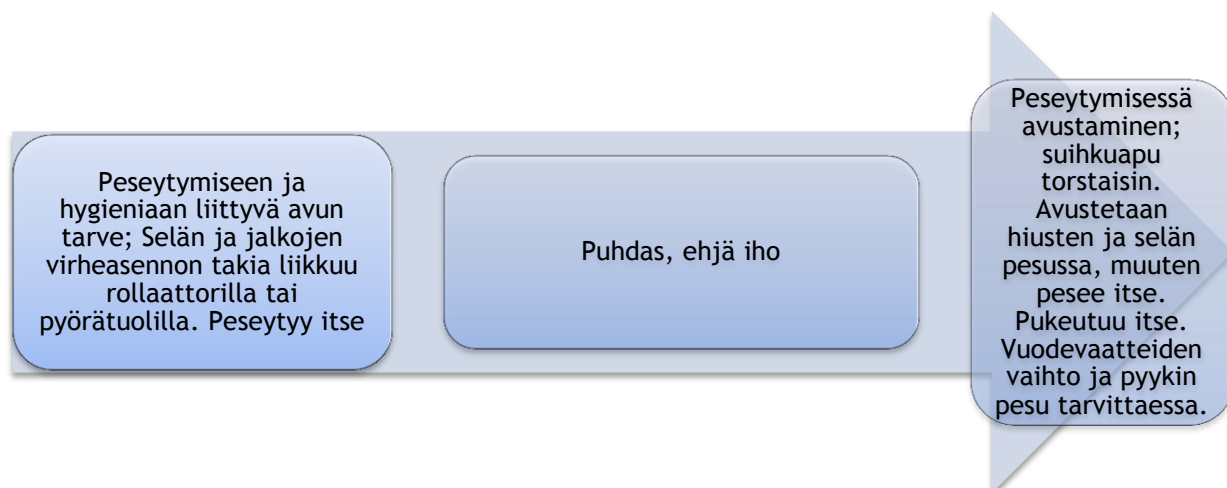
Tavoitearvojen näkyminen opinnäytetyön kirjaamisessa olisi antanut selkeän kuvan siitä, mihin olisi pyrittävä. Kirjaamisen ohje ohjaa kirjaamaan verenpainearvot ja painon mittaustuloksia välilehdelle, joten tältä osin arviointia ei pystytty suorittamaan. Toisaalta verensokeriarvo ohjeistetaan kirjaamaan vain hoitosuunnitelmaan. Verensokerin mittaustuloksia ei ollut kir-

jattu hoitosuunnitelmaan eikä päivittäiskirjaamisen näkymään. Tällainen mittausarvojen kirjaus eri paikkoihin saattaa vaikuttaa kirjaamiseen tai kirjaamatta jättämiseen esimerkiksi kiiretilanteessa.

Tässä opinnäytetyössä kotihoidon yksikössä **suunnitellut hoitotyön toiminnot** oli jokaisella asiakkaalla kirjattu jo ennakkoon hoitotyön suunnitelmaan, tulos oli siis 1,00 eli 100 % (kuvio 16). Mykkäsen ym. (2011, 63) vastaavan tutkimuksen tulos oli 0,54 Kuopion yliopistollisen sairaalan tasolla ja klinikatasolla 0,39. Häyrisen (2011, 49) väitöstutkimuksen tulokset olivat osin täysin päinvastaiset verrattuna tämän tutkimuksen tuloksiin. Tutkimuksen yhtenä osana tutkittiin hoitajien hoitoprosessin vaiheiden kirjaamista Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Tuloksissa todettiin, että hoitajat eivät kirjanneet joka potilaan kohdalla kaikkia hoitotyön prosessin vaiheita. Hoitotyön suunniteltuja toimintoja oli kirjattu vähemmän kuin esimerkiksi hoitotyön toimintoja. Selvisi myös, että hoitokertomukset jotka käsittivät kirurgian erikois-alaa, ei suunniteltuja toimintoja kirjattu lainkaan erikseen. Samaten Muurisen (2009, 15) tutkimuksen tuloksissa auttamismenetelmien kirjaus oli vaillinaista eli 63 % asiakkaista oli suunnitellut toiminnot kirjattu hoitosuunnitelmaan. Kirjaus oli usein yleisellä tasolla ja sekä konkreettiset että yksilölliset menetelmät puuttuivat.

Kotihoidon yksikön suunniteltuja hoitotyön toimintoja oli lähes aina täydennetty myös vapaalla tekstillä opinnäytetyössä. Dokumentointi olikin informatiivista niissä tapauksissa, kun hoitotyön prosessin kirjaaminen eteni loogisesti. Joissain opinnäytetyön merkinnöissä luokitusten käyttö oli epäjohdonmukaista. Hoidon tavoitteet ja hoitotyön suunnitellut toiminnot eivät kohdistuneet määriteltyyn hoidon tarpeeseen tai suunnitellut toiminnot oli kirjattu niin, että asiayhteys kirjausten välillä katosi.

Kotihoidon yksikön hoitosuunnitelmissa oli poikkeuksetta kirjauksia, jotka kertoivat asiakkaan luona suunnitelluista toiminnoista. Toiminnot olivat asiakasta kunnioittavia ja pyrkimyksenä on selkeästi ylläpitää asiakkaan toimintakykyä. Toiminnot myös liittyivät kiinteästi tavoitteisiin (kuvio 17).



Kuvio 16: Esimerkki selkeästi kirjatusta hoitotyön prosessista

Hoitotyön toteutuksen dokumentointi kotihoidon yksikön kirjaamisessa

Kotihoidon yksikön kirjaamisessa hoidon toteutuksen dokumentointi onnistui sekä oikeaan kohtaan että se oli yhtenäinen osa asiakkaan hoitotyön suunnitelmaa. Tulos oli siis 1,00 eli 100 % (kuvio 15). Samanlaisiin tuloksiin päätyi Mykkänen ym. (2011, 63) tutkimuksessaan, jossa tulos Kuopion yliopistotasolla oli 0,99 ja klinikкатasolla 1,00. Opinnäytetyössä hoitotyön toimintoluokitusten kokonaiskirjaamismääräksi saatiin noin 31 % (taulukko 9), joka nousikin selkeästi yleisimmäksi kirjaamismerkinnäksi. Vastaaviin tuloksiin tuli Lehtokari (2007, 51) tutkimuksessaan, jossa hoitotyön toteutusten määrä oli selkeimmin kirjatuin osio hoitotyön prosessin kirjaamisen vaiheista.

Kotihoidon yksikön hoitotyön toteutusten päivittäiskirjaaminen liittyi suurimmalta osin fyysisten elämäalueiden kuvaamiseen. Yleisimmin käytetyt hoitotyön toimintoluokitukset liittyivät lääkehoitoon, ravitsemukseen ja erittämiseen, joista lääkehoitoon liittyviä kirjauksia oli yli 50 % kaikista päivittäisistä hoitotyön dokumentoinneista. Niin ikään Lehtokarin (2007, 51 - 55) tutkimuksen tuloksissa yleisin toimintoluokitus olivat fyysiset toiminnot. Samoin Häyrisen (2011, 49) väitöskirjassa neurologian erikoisalalan yleisin toteutuneiden toimintojen kirjaamisen luokitus oli aktiviteetti 26 % ja vastaavasti kirurgian erikoisalalla aktiviteetti 15 %, lääkehoito 14 % ja fyysinen tasapaino 13 %. Sitä vastoin Muurisen (2009, 16) tuloksissa etenkin vanhainkodin kirjaaminen kattoi kaikki hyvinvoinnin ulottuvuudet.

Opinnäytetyön yksikössä päivittäiskirjaamisen kirjaus puuttui toteutuneen hoitotyön osalta 6 %, mutta poikkeuksetta näissä tapauksissa oli kirjattu vapaata tekstiä. Vapaan tekstin määrä ylsi 17 %:in kaikista kirjaamismerkinnöistä (taulukko 9). Sisällöllisesti vapaa teksti kotihoidon yksikön kirjaamisessa oli monin paikoin hoitajan tekemisen niukkaa ilmaisuja jopa niin, että

heräsi kysymys kirjattavan tekstin tarpeellisuudesta, kun viikon aikana vapaa teksti saattoi pitää sisällään vain asioiden toistoa.

Paans' n ym. (2010, 2484 - 2485) tutkimuksessa tutkittiin hoitotyön kirjaamista potilaskertomuksissa (n = 341). Tutkimus käsitti 35 osastoa kymmenessä sairaalassa Alankomaissa. Tutkimusmittarina oli D-Cath mittari. Yksi tutkimuksen kohteista oli hoitotyön toimintojen kirjaamisen tarkkuus. Tuloksissa toimintojen kirjaaminen sai matalimmat pisteet, joka tarkoitti että vain 5 % kirjauksista oli tarpeellista ja asianmukaista. Lisäksi hoitotyön toimintojen kirjaamisista puuttui olennaisia tietoja ja toisaalta ne sisälsivät tarpeetonta kirjaamista. Samassa tutkimuksessa ilmeni myös, että alle 50 % hoitotyön toiminnoista liittyi hoitotyön diagnostiin.

Opinnäytetyössä kotihoidon kirjaaminen Pegasos-järjestelmään -ohje ohjeisti kirjaamaan vapaata tekstiä vain, jos oli poikkeava tapahtuma, jota ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan. Näin oli myös ilmeisimmin toimittu. Merkittävää tässä oli, että poikkeavissa tapahtumissa kirjattiin useimmiten väärän tarpeen alle. Vastaaviin tuloksiin päätyi Häyrinen (2011, 47) ja Muurinen (2009, 16) tutkimuksissaan. Toisaalta vapaan tekstin tilaan kirjattiin oikean kirjauksen lisäksi myös sinne kuulumatonta tekstiä. Tämä viittaisi siihen, että toimitaan perinteisen tavan mukaan kirjaten narratiivista tekstiä kokonaisuksina vapaan tekstin osioon. Vastaavansiin tuloksiin päätyivät myös Gunhardsson ym. (2008, 50) tutkimuksessaan, jossa osassa kirjauksista oli vaikeuksia seurata hoitotyön tarpeiden täyttymistä. Hoitotyön tarpeita oli kirjattu myös enemmän kuin niihin suunnattuja toimintoja tai arviointia. Onhan kuitenkin niin, että tieto, joka ei anna muille hoitotyöntekijöille informaatiota asiakkaan tilasta, on tarpeetonta.

Haapakorven ym. (2008, 71) tutkimuksen tulosten mukaan kotihoidon hoitotyössä tiedonkulun merkitys korostuu, koska yksin asiakkaan kotona toimiessaan hoitajan dokumentaatio toimii ainoana hoidon jatkuvuuden turvaajana. Haapakorven tuloksissa kotihoidon työntekijät arvioivat kirjaamisen tärkeydestä huolimatta, että kirjaaminen ei ollut tavoitteiden mukaista. Syitä olivat professionaalisten käytäntöjen ja kielen puutteellinen hallinta, tietokoneiden riittämättömän määrä sekä rauhattomat työskentelytilat. Ikosen (2009, 55) mukaan potilaskertomukseen on tarpeen kirjata vain hoidon kannalta merkitykselliset asiat ja Tantun (2009) mukaan hoidon ja toiminnan pätevyys on kyettävä myös selvittämään jälkeenpäin potilasasiakirjoista.

Niukan kirjaamisen vastapainona opinnäytetyöstä löytyi asiapitoista ja informatiivista kirjaamista, jossa yhdistyivät sekä vuorovaikutus että voinnissa tapahtuvien muutosten dokumentointi. Yleisesti vuorovaikutusta oli dokumentoitu 21 % kaikista kotihoidon yksikön päivittäisten toimintojen kirjauksista (taulukko 9) ja voinnin muutoksia oli kirjattu 26 % kotihoidon

yksikön asiakkaista. Kaikki kirjatut muutokset oli dokumentoitu konkreettisia määritelmiä käyttäen.

Gjevjonin ym. (2010, 105) mukaan yksi edellytys asiakkaan osallistumisesta omaan hoitoonsa ja mahdollisuuteen saada yksilöllistä hoitoa on kommunikointikyky. Norjalaisen tutkimuksen tuloksissa huomiota herätti vähäinen kommunikaatiokyvyn huomiointi kirjattaessa hoitotyön diagnooseja 0,7 %, vaikka kotihoidon asiakkaina oli aivohalvauksen saaneita, neurologisia sairauksia sairastavia sekä huonokuuloisia asiakkaita. Tuloksissa lähes 70 % kirjauksista oli hoitajien huomioita asiakkaan tilasta. Myöskään ruotsalaisen Gunhardssonin ym. (2008, 47 - 48) tutkimuksen tuloksista ei löytynyt yhtään tarkoituksenmukaista merkintää potilaan kommunikaatiokyvystä, kyvystä ilmaista omia tarpeita, tajunnan tasosta tai puutteellisesta näöstä, kuulosta tai puheesta, vaikka kyseessä olivat terminaalivaiheen potilaat.

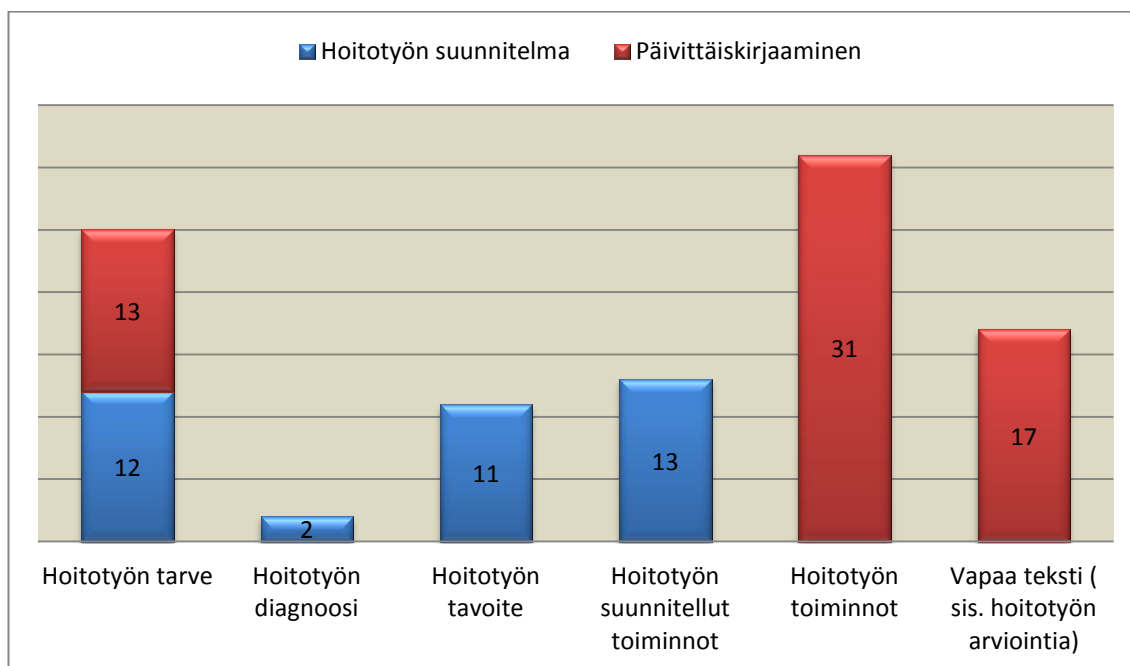
Asiakkaan mielentilaan, omatoimisuuden kuvaamiseen, kuntoutumiseen tai kuntoutumisen edistymiseen viittaavaa dokumentointia ei tämän opinnäytetyön kotihoidon yksikön päivittäiskirjaamisessa havaittu lainkaan. Kuitenkin Kotihoidon kirjaamisohje muistuttaa näiden asioiden ja toimintojen kirjaamisesta. Sarvimäki ym. (2010, 22 - 23) mukaan ikäihmisten lihaskunnosta ja tasapainon ylläpitämisessä, terveellisten elämäntapojen vahvistamisessa ja sairauksien varhaisessa toteamisessa tarvitaan sekä asiakkaan motivointia omasta terveydestään että ammattihenkilön kuntouttavaa työtettä.

Hoitotyön arvioinnin dokumentointi kotihoidon yksikön kirjaamisessa

Pegasos kirjaamisohje neuvoo kotihoidon yksiköitä kirjaamaan hoidon arvioinnin tavoitteiden alle. Kotihoidon yksikössä kirjaamisen arvioinnit oli kirjattu aina päivittäiskirjaamiseen vapaan tekstin osioon, joten tulos oli 0,00 eli 0 % (kuvio 15). Mykkäsen ym. (2011, 63) vastaavassa tutkimuksessa Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) tulos oli 0,30 ja klinikкатasolla 0,72. Tässä opinnäytetyössä hoidon arviointia oli tehty tavoitteiden pohjalta tuloksella 0,32 eli noin 32 % (kuvio 15). Mykkäsen ym. (2011, 63) tulos vastaavassa kohdassa KYS-tasolla oli 0,19 ja klinikкатasolla 0,52.

Eräs merkityksellisistä huomioista tässä opinnäytetyössä oli, että auttamismenetelmän vaikutusta kotihoidon yksikössä oli kirjattu vain kahden asiakkaan kohdalla tuloksella noin 11 %. Mykkäsen ym. (2011, 63) tutkimuksen vastaava tulos oli yliopistollisen sairaalan tasolla 0,56 ja klinikкатasolla 0,41. Opinnäytetyössä kriteeri täyttyi, kun asiakkaan päivittäiskirjaamisista löytyi viikon ajalta yksi mittarin mukainen vastaus. Vapaan tekstiosuuden ja hoitotyön arvioinnin vähyys nousi myös selkeänä puutteena opinnäytetyössä. Vapaan tekstin osuus hoitotyön prosessin kirjaamisessa oli kokonaisuudessaan 17 % (kuvio 18), josta hoitotyön arviointia oli 2 %. Arvioinnin kirjaaminen kohdistui poikkeuksetta asiakkaan fyysisiin elämäntilanteisiin, mikä on

ymmärrettävää, koska toimintojen kirjaamisista 98 % painottui tähän osa-alueeseen. Osin vastaaviin tuloksiin pääsi Lehtokari (2007, 57 - 60) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin hoitotyön arvioinnin kirjaamisen yleisyyttä. Yleisin dokumentoinnin perusteella arvioitu elämisen alue liittyi fyysisiin toimintoihin. Arvioinnin osuus kirjaamisesta jakautui neljässä äitiyshuollon yksikössä 5 - 70 %. Gunhardssonin ym. (2008, 47 - 49) tutkimuksen tulosten perusteella arviointia hoidon vaikuttavuudesta ei ollut kirjattu lainkaan.



Kuvio 17: Hoitotyön prosessin vaiheiden kokonaiskirjausmäärien kirjaamisen vertailu (%)

Kotihoidon kirjaamisohjeen perusteella asiakkaiden toimintakykyä oli tarkoitus arvioida vähintään kolmen kuukauden välein. Kotihoidon yksikön kirjaamisen sisällön perusteella oli kuitenkin mahdoton päätellä, milloin toimintakyvyn arviointia oli suoritettu. Hoitosuunnitelmissa ei ollut päivämäärämerkintöjä tai ilmaisuja toimintakyvyn arvioinnista. Ei myöskään asiakkaan tilaa tai tilassa tapahtuneita muutoksia ollut arvioitu. Vaarama ym. (2006, 60) tutkimuksen tuloksissa noin 20 % oli tehty hoitosuunnitelmaan päivitys, kun asiakkaan tilassa oli tapahtunut muutos. Vaaraman ym. mukaan hoitosuunnitelman päivittäminen vähintään 6 kuukauden välein on suositus. Päinvastaisiin tuloksiin pääsi Mykkänen (2009, 17) tutkimuksessaan, jossa 94 %:ssa asiakkaista oli tehty kolmen kuukauden sisällä arviointia heidän tilastaan.

Tässä opinnäytetyössä arviointia hoitokertomuksiin ei ollut kirjattu verenpaine- tai verensokeri arvosta, kivusta, ihorikon väristä, koosta tai eritteistä, virtsan väristä, ulostamisesta tai ummetuksesta. Kotihoidon yksikön kirjaamisen tuloksista ilmeni ainoastaan mitattujen virtsamäärien tulos. Pesosen (2012, 157 - 160) tutkimustulos kipumittarien käytöstä puolsivat VRS

-mittarin (Verbal Rating Scale/ sanallinen kivun mittaus) käyttöä potilailla (n = 46), jotka olivat keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneita iäkkäitä potilaita ja joilla oli akuutti- tai krooninen kipu. Tulosten mukaan potilaat osasivat ilmaista kipua VRS -mittarin sanallisella asteikolla (1 - 4). Tutkimuksen mukaan tehokas kivunhoito vaatii luotettavaa ja helppokäyttöistä mittausten menetelmää, mittausten riittävää toistoa sekä tulosten kirjaamista.

Jäniksen (2009, 35) tutkimus käsitteli puhumattoman kehitysvammaisen ihmisen kivunhoitoa hoitotyöntekijän näkökulmasta N = 222 (n = 182). Tuloksissa ilmeni, että hoitotyöntekijät eivät käyttäneet kivun arviointiin mittareita, vaan seurasivat kehitysvammaisen ihmisen käyttäytymisen muutoksia, kuten kasvojen ilmeitä, mielialan muutoksia tai oletetun kipeän paikan hankaamista. Kuudesosa vastaajista ei uskonut, että kehitysvammaisen ihminen pystyisi kokemaan tai ilmaisemaan kipua, 64 % uskoi, että kehitysvammaisella ihmisellä on korkeampi kipukynnys. 70 % vastaajista koki tiedot kivusta ja kivunhoidosta riittäviksi.

Gershaterin ym. (2011, 222 - 223) tutkimuksessa arvioitiin kotihoidon diabetesta sairastavien potilaiden sähköisiä ja manuaalisia hoitotyön dokumentteja (n = 172). Tuloksissa selvisi, että diabeteksen kirjaamisessa puuttui jatkuva seuranta. Mittaustulosten arviointia oli verensokerin tasosta ja metabolisesta kontrollista 61 %, painosta 4 % ja verenpaineesta 10 %. Jalan haavaumista oli kirjattu 21 %, mutta asiakkaiden ohjausta ongelman ehkäisystä ei ollut kirjattu. Verensokerin mittauksia tai määräyksiä ei ollut kirjattu eikä verensokerin pitkäaikaisseurannoista (HbA1c) löytynyt merkintää.

Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen kotihoidon yksikössä

Kirjaamisen arviointilomakkeen (liite 1) mukaan hoitotyön yhteenvedo tehdään kaikille potilaille 3 kuukauden välein paitsi niille, jotka käyvät yksittäisellä poliklinikalla käynnillä. Kotihoidon kirjaamishjeessa lukee, että hoitotyön yhteenvedo kirjoitetaan vain asiakkaille, jotka joutuvat sairaalahoitoon tai siirtyvät muiden palveluiden piiriin. Kotihoidon yksikön yhteenvedon kirjaaminen ei täytä siis kriteeriä. Kotihoidon yksikön hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen tulos oli 0 %. Tässä opinnäytetyössä hoitotyön yhteenvedon sisällön arviointi ei kuulunut arviointiin ilmiöihin. Hoitotyön yhteenvedo on osa kansallisesti määriteltyjä ydintietoja. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (165/2012) mukaan hoitotyön päivittäiskirjauksia ei tarvitse vielä tallentaa valtakunnalliseen arkistointipalveluun, mutta hoitotyön yhteenvedo kuuluu lain mukaan tallennettaviin tietoihin (Finlex 2012).

Lehtokarin (2007, 59 - 63) tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että päättyneen hoitajakson tietoja kirjattiin eri äitiyshuollon yksiköissä hyvin vaihtelevasti 68 - 94 % välillä. Poikkeuksetta kirjaamisen sisältö keskittyi fyysisiin toimintoihin ja sisällön informaatio oli niin niukkaa, ettei

annetusta hoidosta tai hoitajaksosta saanut riittäviä tietoja pelkän hoitotyön yhteenvedon perusteella.

Kotihoidon yksikön kirjaamisen kokonaisarvioksi saatiin keskiarvo 8,53. Tulos tarkoittaa, että kirjaaminen on tyydyttävällä tasolla. Kirjaamisen minimilaatutaso ei kuitenkaan täyty, koska kirjaamisen tuloksen arviointi sekä hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen eivät toteutu. Vastaavanlaiseen tulokseen tulivat Gvevjon ym. (2010, 100 - 106) norjalaisessa tutkimuksessa arvioitiin kotihoidon sähköisen kirjaamisen hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista VIPS-mittarilla (asteikko 1 - 5). Mittarissa hoitotyön prosessin vaiheita oli yhdeksän, joista eniten käytettyjä vaiheita olivat hoitotyön suunnitellut toiminnot noin 97 % ja hoitotyön diagnoosi lähes 96 %. Lopullinen tulos saavutettiin VIPS-asteikolla 2 (53 %) ja kirjaamisen minimivaatimustaso oli 3 ja tuloksista 34 % saavutti tason 4. Toisaalta mikään dokumenteista ei ollut 0 tai 5 arvoinen.

Paans' n ym. (2010, 2484 - 2485) tutkimuksen tuloksissa tarkimmin hoitotyön kirjaaminen onnistui potilaan tulohaastattelussa, jossa verrattiin kirjatun sisällön informatiivisuutta, tuloksella yli 5 (asteikko 2-8), jolloin 80 % tulohaastattelun kirjauksista oli riittävän tarkkaa. Samoin hoitotyön kulun ja tulosten arviointi saavutti 64 % tuloksen, joka D-Catch mittarilla sai arvion > 5 asteikolla 2-8. Samassa tutkimuksessa vähiten pisteitä sai hoitotyön toimintojen kirjaamisen laatu, jossa vain 5 % toiminnoista oli kirjattu asteikolla > 5 (2-8). Yli 50 % toiminnoista oli kirjattu asteikolla vähemmän tai yhtä suuri kuin 3.

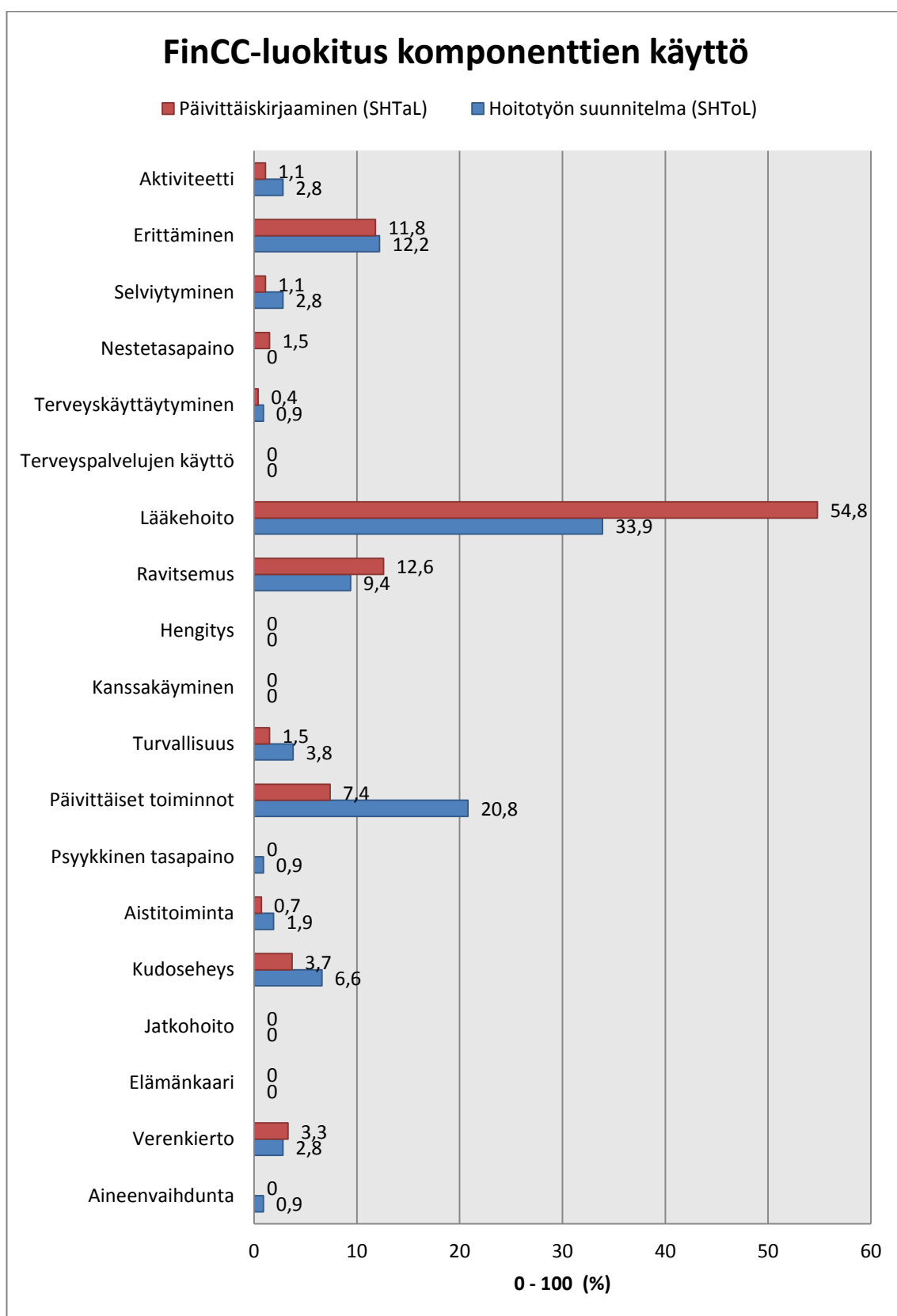
7.1.2 FinCC-luokitusten mukainen tarpeiden (SHTaL) ja toimintojen (SHToL) kirjamistulosten tarkastelu

Tässä osiossa tarkastellaan, kuinka kotihoidon yksikkö oli kirjannut tarve- ja toimintoluokituksia hoitokertomuksiin. Kotihoidon Pegasos-ohjelmaa varten tehtyyn kirjaamisohjeeseen on kerätty yleisimmin käytetyt luokitukset, joita ohjeessa kutsutaan poluiksi. Vaikka ohje on tarkoitettu avuksi, saattaa se johtaa myös siihen, että muiden luokitusten käyttö vähenee.

Tarveluokituksen (SHTaL) käytetyimmiksi komponenteiksi (kuvio 19) nousivat lääkehoito lähes 34 %, päivittäiset toiminnot lähes 21 % sekä erittäminen noin 12 %. Kotihoidon Pegasos-ohjelman kirjaamisohjeeseen on kirjattu, että kaikille potilaille avataan selviytymisen komponentti, johon kirjataan asiakkaan selviytymiseen ja vointiin liittyvät asiat. Tuloksissa selviytyminen komponenttia oli käytetty tarveluokituksessa lähes 3 %. Vähiten tarveluokituksen kirjaamisessa käytettiin terveystietämisen, psyykkisen tasapainon ja aineenvaihdunnan komponentteja, kaikkia tuloksella 0,9 % (kuvio 19).

0-arvoja eli käyttämättömiä komponentteja (kuvio 19) tarveluokituksessa olivat nestetasa-paino, terveystalvelujen käyttö, hengitys, kanssakäyminen, jatkohoito sekä elämänkaari. Sarvimäen ym. (2010, 19 - 23) mukaan terveyden ja toiminta toimintakyvyn heikkeneminen lisää ikääntyneen ihmisen haavoittuvuutta. Ikääntynyt tarvitsee ulkopuolista apua ja tukea selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista, pitääkseen yllä itselleen tärkeitä ihmissuhteita ja toimiakseen itseään tyydyttävällä tavalla omassa kodissaan. Toimintakyky muodostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä, jotka ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Yhden toimintakyvyn vajuus vaikuttaa muihin toimintakykyihin.

Tässä opinnäytetyössä kanssakäymisestä ei ollut kirjattu yhdestäkään asiakkaasta. Kanssakäyminen liittyy sosiaaliseen toimintakykyyn eli kykyyn toimia ja olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Sarvimäen ym. (2010, 41) mukaan ikä vaikuttaa ihmisen kanssakäymiseen. Mitä sitä suuremmalla todennäköisyydellä hän on menettänyt läheisiään tai nämä ihmissuhteet ovat uhattuina. Tämä tekee vanhuksesta haavoittuvan, koska hän tulee toisaalta riippuvaiseksi ammattiauttajista ja toisaalta saattaa kohdata suurtakin yksinäisyyden tunnetta. Ihmissuhteiden muodostaminen ei ole enää helppoa heikentyneen terveyden myötä. Näissä tilanteissa kotihoito saattaa olla se ainoa turvallisuuden ja päivän sisällön tuoja.



Kuvio 18: Kotihoidon yksikön tarve- ja toimintoluokitusten kirjaaminen (%)

Aistitoimintojen komponenttia (kuvio 19) oli käytetty tarveluokituksessa vain noin 2 %:ssa ja toimintoluokituksessa noin 1 %:ssa kirjaamisista. Gjevjon ym. (2010, 104) saivat samansuuntaisia tuloksia tutkimuksessaan, joka tehtiin norjalaisten kotihoitajien sähköisen kirjaamisen laadusta. Tuloksissa vain 0,7 %:ssa hoitotyön diagnooseista oli huomioitu potilaan madaltunut kommunikointikyky, kun vastaavasti 58 %:ssa oli huomioitu ihon kunto.

Tässä opinnäytetyön tuloksissa **toimintoluokituksen (SHToL)** yleisimmäksi komponentiksi nousi lääkehoidon kirjaus lähes 55 % (kuvio 19). Selkeästi vähäisemmällä kirjausmäärillä tulivat toisena ravitsemus lähes 13 % ja erittäminen lähes 12 %. Opinnäytetyön tuloksissa vähiten käytetyimmiksi komponenteiksi nousivat terveystyöskäyttö 0,4 %, aistitoiminta 0,7 %, selviytyminen ja aktiviteetti molemmat 1,1 %. Osin samantyyppisiin tuloksiin päätyi Jokinen (2005, 47) tutkimuksensa tuloksissa, jossa käytetyimmät komponentit koko aineiston osalta olivat fyysinen tasapaino 17,4 % (nykyään tämä komponentti on poistettu), lääkehoito 13,6 % ja aktiviteetti 13,3 %. Tutkimuksessa vähiten käytetty komponentti oli aistitoiminta 0,4 %.

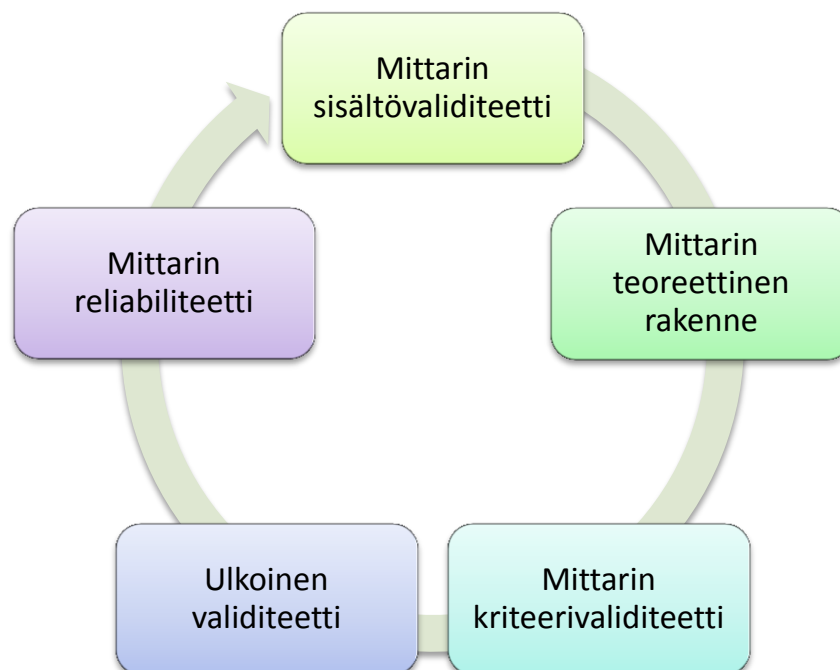
Tässä opinnäytetyössä **0-arvoja** (kuvio 19) oli kotihoiton yksikön toimintoluokituksen (SHToL) kirjaamisissa seitsemän kappaletta. Nämä komponentit olivat terveystyöskäyttö, hengitys, kanssakäyminen, psyykinen tasapaino, jatkohoito, elämäntapa ja aineenvaihdunta. 0-arvojen esiintyminen hoitotyön suunnitelmissa ja päivittäiskirjaamisissa eivät vastanneet toisiaan eli eivät olleet identtisiä. Tarveluokituksista (SHTaL) puuttui nestetasapaino-komponentti, joka oli kuitenkin kirjattu toimintoluokitukseen (SHToL) päivittäiskirjaamisissa 1,5 %. Toisaalta hoitotyön suunnitelmiin tarveluokituksista (SHTaL) oli kirjattu psyykinen tasapaino noin 1 %:n ja aineenvaihdunta noin 1 %:n esiintyvyydellä. Näitä tarpeita ei ollut huomioitu päivittäiskirjaamisissa.

Huomiota tuloksissa herätti myös päivittäisten toimintojen suuri ero kirjaamisissa. Hoitotyön suunnitelmassa (SHTaL) oli päivittäiset toiminnot -komponenttia käytetty lähes 21 %, kun taas päivittäiskirjaamisissa (SHToL) päivittäiset toiminnot -komponenttia oli käytetty vain hiukan yli 7 % (kuvio 19). Toinen samanlainen epätasapaino komponenttien kirjaamisen esiintymisessä tarve- ja toimintoluokituksissa oli lääkehoito. Hoitotyön suunnitelmassa lääkehoito esiintyi lähes 34 %, kun taas päivittäiskirjaamisissa lääkehoito komponentti esiintyi lähes 55 %.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusmittarin **luotettavuus** muodostui monesta eri asiasta. Kankkunen ym. (2009, 153) jakaa mittarin luotettavuuden eri osa-alueisiin (kuvio 20). Mittarin sisältövaliditeetti (content validity) on koko tutkimuksen perusta, sillä väärin valitulla mittarilla on mahdotonta saada luotettavia tuloksia, vaikka muut tutkimuksen osa-alueet olisivatkin luotettavuuden osalta

kunnossa. Mittarin teoreettisen rakenteen arviointi on erityisen tärkeää silloin, kun tutkimusta varten laaditaan uusi mittari. Tässä opinnäytetyössä mittarina käytettiin kirjaamisen arviointilomaketta, jonka olivat kehittäneet Arja Kaila ja Leena Kuivalainen. Mittari on ollut käytössä vuodesta 2008, jolloin se kehitettiin HoiDok-hanketta varten mittaamaan hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamista.



Kuvio 19: Tutkimusmittarin luotettavuuteen vaikuttavat osa-alueet (mukailen Kankkunen ym. 2009, 152 - 157)

Tutkimusmittarin kriteerivaliditeetti (criterion validity) eli samanaikaisvaliditeetti (kuvio 20) tarkoittaa tilannetta, jolloin tutkimusilmiötä mitataan kahdella eri mittarilla, mutta tulosten oletetaan olevan samansuuntaiset. Esimerkkinä standardoidut kipumittarit, josta on olemassa sekä kipujana että -arvio. VAS- arvio ja NRS- jana kipumittarien arvot vastaavat toisiaan. (Kankkunen ym. 2009, 154 - 155.) Opinnäytetyössä käytettiin valmista Kailan & Kuivalaisen (2008) kirjaamisen arviointiin suunnittelemaa strukturoitua mittaria. Sille ei löydy vastaavaa rinnakkaismittaria Suomesta, jolla voitaisiin todentaa mittarin kriteerivaliditeetti.

Tutkimusmittarin ulkoinen validiteetti viittaa väliin tuleviin muuttujiin, otoksen ja kadon suhteeseen ja välittäviin muuttujiin, jotka vaikuttavat tutkimustuloksiin. Näitä muuttujia voivat olla tutkittavat tai tutkittavista huolehtivat henkilöt, jotka omalla toiminnallaan vaikuttavat tutkimustuloksiin vahvistavasti tai heikentävästi. Esimerkiksi jos tutkimusilmiö on liikalihavuus ja otos tehdään ylipainoisista henkilöistä. Tutkimuskohteena ovat ylipainoisten henkilöiden syömistavat. Tutkittavat muuttavat tietoisesti tai tiedostamatta tutkimuksen

aikana syömistöpojaan, jolloin tutkimustulos vääristyy väliin tulevan muuttujan takia. (Kankkunen ym. 2009, 155.) Väliin tulevia muuttujia tässä opinnäytetyössä voivat ovat otannan suorittaja ja opinnäytetyöntekijä. Otannan suorittaja on saattanut vaikuttaa tietoisesti tai tiedostamattaan otoksen laatuun valikoimalla mahdollisimman edustavan otannan. Opinnäytetyöntekijällä on ollut mahdollisuus vaikuttaa auditoinnin tulokseen muokkaamalla tietoisesti tai tiedostamattaan tuloksia. Myös opinnäytetyöntekijän kokemattomuus tehdä tutkimusta saattoi vaikuttaa opinnäytetyön tulosten luotettavuuteen. Opinnäytetyön alkuperäinen otos oli 20 hoitokertomusta, mutta yhden asiakkaan tuloste jouduttiin jättämään pois, koska tulos-teesta puuttui päivittäiskirjaamisen osio.

Opinnäytetyön otoksen lopullinen määrä oli 19 ($n = 166$) kotihoidon vakituisen asiakkaan hoitokertomukset. Koska kyseessä oli määrällisesti pieni otanta, otos rajattiin niin, että vain sellaiset hoitokertomukset hyväksyttiin, joissa viikoittaisia asiakaskäyntejä oli vähintään kolme. Oletuksena oli, että enemmän apua tarvitsevien asiakkaiden luona käydään useammin, joten kirjaamisen määrä olisi runsaampaa ja näin tutkimusmateriaalia olisi enemmän. Opinnäytetyön otosta poimittaessa kotihoidon yksikössä oli noin 20 asiakasta, joiden luona oli käytävä useita kertoja päivässä tai päivittäin. Otokseen saatiin lähes kaikki asiakkaat, joilla odotettiin olevan suurin määrä kirjattua aineistoa. Otos kattoi siis hyvin perusjoukon. (Keskustelu kotihoidon yksikön osastonhoitoajan kanssa syyskuu 2012). Kokonaisuudessaan aineiston koko oli lähes sata sivua materiaalia. Suurella materiaalimäärällä pyrittiin löytämään toistettavuutta aineistosta, joka lisää tulosten yleistettävyyttä koskemaan koko kotihoidon yksikköä. Kankkusen (2009, 152) mukaan tutkittavan joukon pienuus voi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen, koska määrälliselle aineistolle ominaista on juuri tutkittavan aineiston suuri otos.

Opinnäytetyössä on pyritty koko prosessin ajan toimimaan läpinäkyvästi niin, että lukija pystyisi näkemään tehtyjen päätösten taakse. Näissä päätöksissä eettinen toimintatapa painoi jopa niin paljon, että sisältöä muokattiin useaan otteeseen, jotta välttyttäisi väärinymmärryksiltä niin asiakasta, henkilökuntaa kuin organisaatiota sekä koulua kohtaan. Lupa aineiston hankintaan saatiin kotihoidon hoitotyön johtavalta virkamieheltä. Tutkimusaineiston käsittely oli anonyymiyttä varjelevaa niin asiakkaan, henkilökunnan kuin organisaation suhteen. Aineistoa ei saanut viedä pois kotihoidon tiloista, joten myös tältä osin suojeltiin hoitokertomusten tietoja. Hoitokertomuksista oli jo ennakoon poistettu kaikki asiakasta koskevat tiedot, joten opinnäytetyön tekijä ei ollut koko prosessin aikana tietoinen asiakkaiden henkilöllisyydestä. Hoitohenkilökunnan nimiä tai nimikirjaimia ei kopioitu opinnäytetyöhön, vaan suorat lainaukset kirjattiin nimettöminä. Lähteiden käytössä pyrittiin tarkistamaan lähteen luotettavuus ennen hyväksymistä opinnäytetyöhön. Jos lähteestä tai lähteen tekijästä ei löytynyt riittävästi tietoa tai tieto oli ristiriitaista, ei lähdeä hyväksytty opinnäytetyöhön. Opinnäytetyöproses-

sin aikana pyrittiin noudattamaan hyviä tutkimuskäytänteitä ja eettisesti kestäviä periaatteita.

7.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Johtopäätökset

Kotihoidon yksikön hoitotyön tarpeiden kirjaus painottui asiakkaiden fyysisiin elämänalueisiin. Kanssakäymisen komponentti puuttui kokonaan kotihoidon yksikön kirjaamisesta ja selviytymistä, aktiviteettia sekä aistitoimintojen oli kirjattu satunnaisesti. Kuitenkin hoitotyön tarpeiden kirjaaminen on koko hoitotyön prosessin tärkein ja hoitoprosessin haavoittuvin alue. Hoitajan tehtävä on selvittää asiakkaan hoitotyön tarpeet niin, että asiakas tulee huomioiduksi ja autetuksi kokonaisvaltaisesti. (Kratz 1984, 18 - 19.) Eettisesti kestävä hoito tarkoittaa ikääntyneen kokonaisvaltaista huomioimista. Kokonaisvaltaisuus muodostuu yksilöllisestä kohtelusta, ikääntyneen arvokkaasta kohtelusta, arvojen kunnioittamisesta ja hänen näkemysten huomioonottamisena. (Sarvimäki ym. 2010, 23 - 24.)

Tavoitteelliset tai määrääjankohdat puuttuivat, joten päivämäärää milloin tarve oli todettu, tavoite oli tarkoitus saavuttaa tai arviointia oli suoritettu, puuttuivat kaikista lomakkeista. Samoin päivämäärä, koska hoitosuunnitelma oli tarkoitus päivittää tai milloin päivitys oli tehty, puuttui.

Hoitotyön suunnitelmien tavoitteisiin ja suunniteltuihin toimenpiteisiin oli poikkeuksetta kirjattu vapaata tekstiä. Tavoitteiden kirjaaminen oli kuitenkin suurelta osin (noin 70 %) ilmaistu hoitajan tekemisenä tai asiakkaan tilan toteutumisena. Päivittäiskirjaamisen osiossa kirjaaminen oli monin paikoin niukkaa ja rutiininomaista luokitusten tai tehtyjen toimintojen toistoa. Tällainen kirjaaminen saattaa tuntua riittävältä, mutta lopulta kyse on asiakkaan oikeudesta toimia oman terveytensä puolesta. Tantun (2011) tutkimuksen mukaan kansallinen kirjaamismallia täytyy kehittää vastaamaan hoitotyön käytäntöä sekä tukemaan moniammatillista yhteistyötä. Tämän hetkisen kirjaamismallin ongelmat ovat esiintyneet käytössä ja ymmärrettävyydessä. Terminologia on todettu vieraaksi ja se osaltaan vaikeuttaa rakenteisen kirjaamisen aitoa käyttöä. Merkinnöistä tulee liian helposti rutiininomaista asioiden ja tilanteiden pelkistystä.

Tällä hetkellä FinCC-kirjaamismalli on kaikissa toimintaympäristöissä sama, vaikka eri ympäristöissä hoitotyön kirjaamisen ja luokituksen tarpeet ovat erilaiset. Esimerkiksi akuuttihoitotyön ja pitkäaikaishoitotyön tarpeet poikkeavat selkeästi toisistaan. Tässä opinnäytetyössä esiintyi kirjaamisen kohdalla vastaavanlaisia ilmiöitä, jolloin vapaan tekstin tilaan kirjattiin luokitukseen kuulumattomia asioita. FinCC-luokitus koettiin työlääksi kirjata, jolloin houkutus

kirjata saman toimintoluokituksen alle kaikki tilanteeseen liittyneet eri toiminnot oli suuri, kun erittely omiin toimintoluokkiin. (keskustelu kotihoidon yksikön kirjaamisesta vastaavan hoitajan kanssa 6.9.2012.)

Nykänen ym. (2010) ovat myös todenneet tutkimuksessaan, että Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli (FinCC) on tuottanut monenlaisia ongelmia hoitotyöntekijöille. Hoitotyön kirjaamismalli on koettu liian yksityiskohtaiseksi ja hienojakoiseksi. Malli vaatii liian paljon ulkoa muistamista ja ulkoa opettelua. Tutkimuksen mukaan hoitoprosessi pilkkoutuu liian pieniin osiin ja tästä aiheutuu ongelmia tietojen hyödynnettävyyden ja saatavuuden kanssa. Tutkimuksessa selvisi myös, että aiemmin esimerkiksi aamutyöt kirjattiin vapaalla tekstillä yhtenä kokonaisuutena, mutta nyt toiminnot kirjataan tarpeiden alle, jolloin tieto pirstoutuu. Hoitotyöntekijöille ei synny enää kokonaiskuvaa potilaiden tilanteesta. Luokituskokonaisuus koettiin liian laajaksi ja käytössä aikaa vieväksi, jolloin kirjaamatta saattoivat jäädä tärkeät asiat.

Asiakkaan mielentilaan, omatoimisuuden kuvaamiseen, kuntoutumiseen tai kuntoutumisen edistymiseen viittaavaa dokumentointia ei tämän opinnäytetyön päivittäiskirjaamisessa havaittu lainkaan. Kuitenkin kotihoidon kirjaamisohje ohjaa näiden asioiden ja toimintojen kirjaamiseen. Sarvimäen ym. (2010, 22 - 23) mukaan ikäihmisten lihaskunnosta ja tasapainon ylläpitämisessä, terveellisten elämäntapojen vahvistamisessa ja sairauksien varhaisessa toteutamisessa tarvitaan sekä asiakkaan motivointia omasta terveydestään että ammattihenkilön kuntouttavaa työtä.

Opinnäytetyössä hoidon arviointia oli kirjattu kokonaisuudessaan 16 kertaa. Näistä neljällä ei ollut mainintaa hoitotyön suunnitelmassa, joten kyseessä oli vasta havaittuja hoitotyön ongelmia. Jos näissä tilanteissa hoidon ongelmat jäävät vain vapaaseen teksti osuuteen päivittäiskirjaamisen tasolle, ei hoidon jatkuvuutta voida turvata. Tämä liittyy luultavasti Pegasos-potilastietojärjestelmän puutteisiin, sillä Pegasoksessa ei ole omaa osiota hoidon arvioinnille.

Sähköisen rakenteisen kirjaamisen kehittämisehdotukset

Kotihoidon yksikölle:

Kiireisin kehittämiskohde olisi hoitotyön arvioinnin kirjaamisen lisääminen. Tavoiteltavaa olisi myös, että hoitotyön arviointi kirjataan kirjaamisohjeessa määriteltyyn kohtaan tavoitteen alle. Uudesta merkintä tavasta kannattaisi tehdä selkeä ohje ja selvittää, kuinka vanhentuneet tavoitteet merkitään.

Koska kirjaamisohje määrittelee, että hoitosuunnitelma päivitetään tarvittaessa, saattaa suunnitelmassa olla hoitotyön tarpeita, jotka eivät ole enää ajankohtaisia. Siksi olisi hyvä päivittää hoitotyön suunnitelmat, merkitä päivämäärä tarpeen perään, jolloin tarve todettiin.

Samoin hoitotyötä arvioitaessa merkitään arviointi päivämäärä, jolloin uskotaan, että hoidon tavoite on saavutettu tai vastaavasti määritetään uusi tavoite.

Kotihoidon yksikön olisi hyvä kehittää mahdollisimman pian omalle yksikölle kirjaamisen minimikriteerit niistä asioista, jotka yksikön kirjaamisessa vaativat kehittämistä. Tämän lisäksi ovat edelleen koko kotihoitoa koskevat kriteerit.

Kotihoidon yksikkö voisi tästä eteenpäin tehdä vuosittain otannan Kaila & Kuivalaisen (2008) kehittämällä kirjaamisen arviointilomakkeilla ja verrata saatuja tuloksia yksikön omiin kirjaamisen minimikriteereihin.

Kotihoidon yksikön olisi hyvä varmistaa kirjaamisen osaaminen hoitotyön prosessin kaikissa vaiheissa. Apuna voidaan käyttää henkilökunnalle suunnattu hoitotyön systemaattisen kirjaamisen auditointi -kyselyä (kysely löytyy HoiData-hanke 2009 liitteenä). Lisäksi saman hankkeen yhteydessä kerrotaan henkilökunnalle tarkoitetusta eVerkkokoulutusympäristöstä, josta saattaisi olla apua kirjaamisen kehittämiseen.

Kotihoidon esimiehille ja organisaatiolle:

Suosittelavaa olisi ottaa avuksi hoidon arviointia helpottavia mittareita esimerkiksi kipumittari ja haavaluokitukset.

Kotihoidon on myös pikaisesti päätettävä, kuinka usein ja minne kirjataan tietyin aikavälein hoitotyön yhteenveto. Tämä lisää moniammatillista yhteistyötä lääkäreiden ja muiden asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa sekä antaa henkilökunnalle kokonaiskuvan asiakkaan tilasta ja voinnista.

Suosittelavaa olisi määritellä uudelleen selkeästi niitä asioita, joita kirjataan selviytymiskomponentin alle. Tällä hetkellä lukee ”kaikki asiakkaan selviytymiseen/vointiin liittyvä kirjataan tähän. Avataan kaikille asiakkaille!”. Toisaalla kirjaamisohjeessa lukee ”Selviytymisen alle kirjataan asioita, jotka tarpeellisia hoidon kannalta”. Onhan kuitenkin näin, että selviytymiseen ja vointiin liittyvät asiat ovat eri komponenteissa erilaiset.

Olisiko aiheellista muuttaa kirjaamisohjeen määritelmä ”Vapaata tekstiä kirjoitetaan, jos jotain poikkeavaa, mitä ei Hosussa”. Vapaan tekstin tarkoitus on kuvailla asiakkaan tuntemuksia ja tunteja hänen omin sanoin käynnin hetkellä juuri sinä päivänä tai sillä hetkellä ja toisaalta vapaassa tekstissä hoitaja kuvailee asiantuntijana, miten käynti on sujunut hänen mielestään.

Tällä hetkellä mittaustulosten kirjaus on jakautunut ainakin hoitosuunnitelman ja mittausvälilehden välille. Mittausarvojen merkitsemisessä olisi suositeltavaa kirjata kaikki mittaustulokset yhteen paikkaan. Tällä hetkellä verensokeriarvot kirjataan hoitosuunnitelmaan, asiakkaan paino, INR- ja verenpaine arvot kirjataan mittausvälilehdelle ja virtsamäärä kirjataan päivittäiselle näkymälle. Samoin jos lääkärin määräykset tai hoito muuttuvat, olisi tieto hyvä siirtyä hoitosuunnitelmaan ainakin mainintana.

Jos kirjaamisohjeessa pidetään kohtaa ”Yleisimmin käytetyt polut”, olisi suositeltava lisätä listaan aktiviteetti, kanssakäyminen, psyykkinen tasapaino ja aistitoiminta komponentit. Valmiissa toimintaa helpottamaan tehdyssä listassa on se riski, että se vähentää muiden komponenttien käyttöä.

Koska FinCC-luokitus on saanut uuden päivitetyn version tarve- ja toimintoluokitusten osalta (versio 3.0), olisi mahdollisuuksien mukaan hyvä siirtyä käyttämään niitä päivittämällä Pegasos-potilastietojärjestelmä. Uudessa versiossa on komponenttien määrä vähentynyt 17:än kappaleeseen.

Lähteet

Gershater, M., Pilhammar, E., & Alm Roijer, C. 2010. Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross-sectional study on nurses' documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25/2011. 220 - 226.

eNNI-hanke. 2008 - 2012. eNNI-hankkeen etusivu. Viitattu 30.9.2012.
<http://www.amk.fi/enni/index.html>

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

ETENE. 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. ETENE-julkaisuja 30. Helsinki: Yliopistopaino.

Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M. & Rajavaara, M. 1999. Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki: Gaudeamus.

Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteessä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Finlex, 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 21.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Finlex, 1999. Suomen perustuslaki. Viitattu 21.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Finlex. 2000. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta (L811/2000). Viitattu 30.5.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811>

Finlex. 2007a. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (L169/2007). Viitattu 25.5.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070169>

Finlex.2007b. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L159/2007 6 luku 23 §). Viitattu 29.5.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159#a19.11.2010-981>

Finlex. 2009a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Potilasasiakirjoihin merkittävät tiedot. Viitattu 9.8.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Finlex. 2009b. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäillyistä vahingoista tehtävät merkinnät. Viitattu 15.12.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

Finlex. 2010a. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta (L1227/2010). Viitattu 6.7.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=1227%2F2010>

Finlex. 2010b. Terveydenhuoltolaki (L1326/2010). Viitattu 28.5.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Finlex.2010c. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta (L1227/2010). Viitattu 9.8.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=159%2F2007>

Finlex.2010d. Terveysministeriön laki (L1326/2010). Viitattu 9.8.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Finlex. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista (L165/2012). Viitattu 22.4.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120165>

Gunhadsson, I., Svensson, A. & Berterö, C. 2008. Documentation in Palliative Care: Nursing Documentation in a Palliative Care Unit - A Pilot Study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 1/2008, 45 - 51.

Gvevjon, E. & Hellesó, R. 2010. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*. 19/2010, 100-108. Tulostettu 1.5.2012.

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - esimerkkinä vanhusten kotihoito. Viitattu 19.8.2012. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 35/2008. Pdf-tiedosto.

Hallila, L. 1999. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Kirjayhtymä.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Hankonen, R. 2011. HaiPro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 - 2009? <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2011/8-2011/tiedon-puute-usein-potilashaitan/>

Hassinen, T. & Tanttu, K. 2007. Sairaanhoidajaliitto. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Viitattu 10.8.2011.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/3_08/ajankohtaiskirjoitus/hoitotyon_yhteenvedo_turvaa_poti/

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2004. Uudenmaan aluehanke (UUMA). Toteutuksen raportti ajalle 1.9.2001-31.5.2004. STM_loppuraportti_0.4.1_Ml.doc.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

HoiData - hanke. 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot - hanke 9/2007 - 10/2009. Loppuraportti. Hoitotyön vaatimusmääräykset. Viitattu 11.9.2011.

HoiDok - hanke. 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05 -31.5.08 (HoiDok - hanke) Loppuraportti Osa 1. Viitattu 11.8.2011.
<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3727&GUID=%7BD2E8B2F2-2B7C-48A9-8230-0D8930F35C32%7D>

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus.

Hyppönen, H., Hämäläinen, P., Pajukoski, M. & Tenhunen, E. 2005. Stakes. Raportteja 6/2005. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla. Loppuraportti.

Härkönen, M. 2008. HOITOTYÖN YDINTIEDOT SÄHKÖISESSÄ POTILASKERTOMUSJÄRJESTELMÄSÄ -kehittämiprojekti Kainuussa vuosina 2006-2007. Loppuraportti D:13. Viitattu 15.7.2012. Kainuu: Kainuun maakunta -kuntayhtymä.

Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa - Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Akateeminen väitöskirja n:o 27. Itä-Suomen yliopisto: Kuopio.

Hämäläinen, P., Lehto, H., Lehtonen, J., Ojala, M. & Palojoiki, S. 2012. Koodistopalvelujen käsikirja. THL. Viitattu 4.9.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c138c656-23e2-47e0-8dd9-a5a2f26c7a9d>

Ikonen, H. 2009. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen - miten hoitotyö tulee näkyväksi. Viitattu 2.9.2012. FCG Efego -koulutus. Pdf-tiedosto.

Ikonen, H., Rajalahti, E. & Ahonen, O. 2009. Potilasturvallisuus - osaamisen kehittäminen eNNI-hankkeessa. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu. Viitattu 24.8.2012. www.osaaja.net.

Jänis, P. 2009. Puhumattoman kehitysvammaisen ihmisen kivun arviointi ja hoito. Pro-gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

KAJAK. 2009. Perusjoukko, Otanta, otos ja näyte. Viitattu 30.9.2012. <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiOtanta.aspx>

KAJAK. 2009. Luotettavuus. Viitattu 12.9.2012. <http://www.kajak.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus#top>

Kananen, J. 2008. Kvantti - Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu - sarja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. 2009. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa Versio 3.0. Viitattu 25.3.2012. https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206

KanTa. 2010. Kansallisen koodistopalvelun (CodeServer) rajapinnat ja liittymisohje. Kela ja THL. Viitattu 31.5.2011. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/C787EC37-E145-48EC-8B2C-2BB893D37984/16811/Liittyminen_kansalliseen_koodistopalveluun_ohje_v1.pdf

Karjalainen, A. 2001. Tentin teoria. Viitattu 9.3.2012. http://tievie.oulu.fi/arvioinnin_abc/liitetiedostot/tentin_teoria_vaitoskirja.pdf

Kielijelppi. 2007 - 2009. Sanasto: Deduktiivinen päättely/eteneminen. Viitattu 20.3.2012. <http://www.kielijelppi.fi/sanasto/deduktiivinen-paattely-eteneminen>

Korhonen, A., Jylhä, V. & Holopainen, A. 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? Tutkiva Hoitotyö 1/ 2012, 40 - 42.

Korpela, J. 2005. Pienehkö sivistyssanakirja. Arvioida. Viitattu 23.5.2011. <http://www.cs.tut.fi/cgi-bin/run/~jcorpela/haku.cgi?key=arvioida>

Korpela, J. 2008a. Pienehkö sivistyssanakirja. Arviointi. Viitattu 23.5.2011. <http://www.cs.tut.fi/cgi-bin/run/~jcorpela/haku.cgi?key=arviointi>

Korpela, J. 2008b. Pienehkö sivistyssanakirja. Dokumentoida. Viitattu 14.4.2012. <http://www.cs.tut.fi/~jcorpela/siv/index.html>

Kratz, C. 1984. SHKS. Hoitotyön prosessi. Juva: WSOY.

- KvantiMOTV. 2003. Otos ja otantamenetelmä. Viitattu 17.3.2012.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.html>
- KvantiMOTV. 2007. Mittaaminen: Muuttujien ominaisuudet. Viitattu 24.3.2012.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>
- KvantiMOTV. 2009. Tutkimusprosessi. Viitattu 18.3.2012.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/prosessi.html>
- Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. Porvoo: WSOY.
- Lehtokari, O. 2007. Hoitotyön tiedonhallinta äitiyshuollossa. Kuopion yliopisto. Pro gradu - tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystalouden ja -talouden laitos.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.
- Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC -luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 14.8.2011.
http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf
- Lundgrén-Laine, H & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön päätöksenteko - muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- MOT kielikone 2012b. Systemaattinen. Viitattu 8.9.2012.
<http://mot.kielikone.fi.nelli.laurea.fi/mot/laurea/netmot.exe>
- MOT kielikone.2012a. Kirjaus ja kirjata. Viitattu 7.9.2012.
<https://gate.laurea.fi/mot/laurea/,DanaInfo=mot.kielikone.fi,SSO=U+netmot.exe>
- MOT Kielitoimiston sanakirja 2.0. 2010. Arvioida. Viitattu 23.5.2011.
<http://mot.kielikone.fi.nelli.laurea.fi/mot/laurea/netmot.exe>
- MOT Kielitoimiston sanakirja 2.0. 2011. Dokumentoida. Viitattu 14.4.2012.
<http://mot.kielikone.fi.nelli.laurea.fi/mot/laurea/netmot.exe?motportal=80>
- MOT Synonyymisanakirja 1.0. 2010. Arviointi. Viitattu 23.5.2011.
<https://www.kielikone.fi/motdemo/netmot.aspx?motportal=80>
- MOT Gummerus Uusi suomen kielen sanakirja 1.0. 2010. Arviointi. Viitattu 23.5.2011.
<https://www.kielikone.fi/motdemo/netmot.aspx?motportal=80>
- MOT Gummerus Uusi suomen kielen sanakirja 1.0. 2010. Arvioida. Viitattu 23.5.2011.
<https://www.kielikone.fi/motdemo/netmot.aspx?motportal=80>
- Mykkänen, M., Huovinen, H., Miettinen, M. & Saranto, K. 2011. Dokumentointi parantaa turvallisuutta ja laatua. Sairaanhoitaja 6 - 7/2011.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Julkaisusarja D - verkkojulkaisu. Tulostettu 14.8.2011.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R & van der Schans, C. 2010. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. JAN 2010, 2481 - 2489.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. 1994. Hygieia. Hoitotyön perusteet. Helsinki: Kirjayhtymä.

- Sairaanhoitajaliitto. 2005. Kansallinen terveyshanke, Elektronisen potilaskertomuksen yhtenäistäminen. Viitattu 29.5.2011.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_2005/ajankohtaiskirjoitus/kansallinen_terveyshanke_elektro/
- Sainola-Rodriguez, K. & Ikonen, H. 2007. Hoitotyön vuosikirja 2007. Luokitusten luovuus -kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Jyväskylä: Gummerus.
- Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.
- Seppänen-Järvelä, R. 2005. Vertaisarviointimenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Hyvät käytännöt. Menetelmäkäsikirja. Viitattu 20.9.2012. Helsinki: Stakes.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Akateeminen väitöskirja. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Stakes. 2008. Koodistopalvelun toimintamalli ja hallinto. Viitattu 31.5.2011.
<http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/C0432B2A-7AB6-4D4E-AFE2-3927962AE423/16518/2Koodistopalveluntoimintamallijahallinto.pdf>
- Stakes. 2006. Stakes - Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Viitattu 9.8.2011. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4016/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_aspo.pdf
- STM. 2012a. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 30.6.2012.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut
- STM 2012b. Iäkkäiden henkilöiden sosiaalipalvelujen saantia helpotetaan ja nopeutetaan. Viitattu 15.7.2012. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1794724#fi>
- STM. 2011. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Ikäihmiset. Viitattu 29.5.2011.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset
- STM. 2011. Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras -hanke). Viitattu 30.5.2011.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/paras
- STM. 2004. Sähköisen potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Viitattu 9.8.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8920.pdf
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- SuomiSanakirja. 2012b. Kirjaaminen. Viitattu 7.9.2012. <http://suomisanakirja.fi/kirjaaminen>
- SuomiSanakirja. 2012. Dokumentti. Viitattu 14.4.2012. <http://synonymit.fi/dokumentti>
- SuomiSanakirja. 2011. Arviointi. Viitattu 12.11.2012. <http://suomisanakirja.fi/arviointi>
- Tanttu, K. 2011. Hoitotyön kirjaamisen tulevaisuuden näkymät. Tulostettu 19.3.2012. Power Point -esitys.
- Tanttu, K. 2009c. KIRKE-hanke. Hoitotyön kirjaamismallin lähtökohdat. Tulostettu 12.6.2012.

Tanttu, K. 2009b. KIRKE-hanke. Hoitotyön kirjaaminen osana laadukasta potilashoitoa - kansallinen hoitotyön kirjaamismalli ja sen käyttöönoton haasteet. Viitattu 22.4.2012. Power Point -esitys.

Tanttu, K. 2009a. KIRKE-hanke. Hoitotyön kirjaaminen osana laadukasta potilashoitoa - kansallinen hoitotyön kirjaamismalli ja sen käyttöönoton haasteet. Viitattu 15.7.2012. Power Point -esitys.

Tanttu, K. 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin hanke 2005 - 2008 (HoiDok). FinCC Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL versio 2.0.1. Tulostettu 5.4.2011.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhteinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.

TEPA. 1995. TEPA - Sanastokeskus TSK:n termipankki. Viitattu 9.8.2011.
<http://www.tsk.fi/tepa/>

TEPA. 2006. TEPA - Sanastokeskus TSK:n termipankki. Järjestelmä. Viitattu 21.10.2011.
<http://www.tsk.fi/tepa/>

THL. 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja sen toimeenpano. Viitattu 15.7.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki

Tuomivaara, T. 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Viitattu 10.9.2012. Pdf-tiedosto.

Vaarama, M., Luoma, M-L., Hertto P., Munkkila S., Muurinen S. ja Manninen O. 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu Care Keys -projektin tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:4.

Valtiovarainministeriö. 2010. Valtioneuvosto hyväksyi Paras-puitelain muutokset. Viitattu 25.5.2011.
http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/01_tiedotteet/20101125Valtio/name.jsp

Valvira. 2011. Potilasasiakirjat. Viitattu 26.5.2011.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat

Virtuaali ammattikorkeakoulu. 2007. Määrällisen tutkimuksen suunnittelu. Viitattu 20.3.2012.
<https://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464114103/1194104887231/1194105923116.html>

YSA. Yleinen suomalainen asiasanasto. Viitattu 9.8.2011.
<http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/index.html>

Taulukko

Taulukko 1: FinCC-luokituksen komponentit (mukaillen Liljamo ym. 2008, 5)	27
Taulukko 2: Kirjaamisen arviointilomake (Kaila & Kuivalainen 2008)	40
Taulukko 3: Tutkimusmittarin ohje (Kaila & Kuivalainen 2008)	41
Taulukko 4: Kirjaamisen kokonaistuloksen yhteenvetolomake (Kaila & Kuivalainen 2008)	42
Taulukko 5: Kokonaistuloksen arviointi keskiarvona (Kaila & Kuivalainen 2008)	43
Taulukko 6: Kokonaistuloksen arviointi sanallisessa muodossa (Kaila & Kuivalainen 2008)	43
Taulukko 7: Kotihoidon yksikön hoitosuunnitelman (Hosu) kirjaamisen osiot	44
Taulukko 8: Kotihoidon yksikön päivittäiskirjaamisen osiot	45
Taulukko 9: Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjausten jakautuminen (%).....	48
Taulukko 10: Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisen tulokset (ka, %, n)	49
Taulukko 11: Kokonaistulos keskiarvona (Kaila & Kuivalainen 2008)	57
Taulukko 12: Kokonaistuloksen arviointi sanallisessa muodossa (Kaila & Kuivalainen 2008)	57
Taulukko 13: Kotihoidon yksikön FinCC-luokituksen mukaisten tarpeiden (SHTaL) ja toimintojen (STHoL) käyttö kirjaamisessa.....	59

Kuviot

Kuvio 1: Sähköisen potilaskertomuksen rakenne (mukaillen Tanttu 2009, 15)	13
Kuvio 2: Näkymät sähköisessä potilaskertomuksessa (mukaillen Tanttu 2009, 16)	13
Kuvio 3: Viitekehystenä hoitotyön systemaattisen kirjaamisen arviointi.....	17
Kuvio 4: Hoidollinen päätöksenteko kirjaamisessa (mukaillen Ensio & Saranto 2004, 37) ..	18
Kuvio 5: Hoitotyön prosessimallin vaiheet (mukaillen Kratz 1984, 31 - 156).....	19
Kuvio 6: Hoitotyön tavoitteiden asettaminen (mukaillen Kratz 1984, 69).....	22
Kuvio 7: FinCC-kirjaamismallin hierarkkinen rakenne (versio 2.0.1) (mukaillen Liljamo, Kaakinen ja Ensio 2008, 6)	26
Kuvio 8: Esimerkki FinCC-tarveluokituksen (SHTaL 2.0.1) kirjaamisesta	27
Kuvio 9: Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot (mukaillen Tanttu 2009, 13).....	29
Kuvio 10: Hoitotyön ydintiedot (Liljamo ym. 2008, 8 - 12).....	30
Kuvio 11: Näyttöön perustuvan kirjaamisen arviointikriteerit (mukaillen Saranto ym. 2007, 52 - 53)	32
Kuvio 12: Esimerkkejä puutteellisesta hoitotyön prosessin dokumentoinnista	50
Kuvio 13: Hoitotyön tarvetta selventävä hoitotyön diagnoosi	50
Kuvio 14: Kirjaaminen, jossa asiakkaan hoitotyön tarve ja toiminto eivät kohta	54
Kuvio 15: Kotihoidon yksikön kirjaamisen arvioinnin tulokset (%)	63
Kuvio 16: Esimerkki selkeästi kirjatusta hoitotyön prosessista	66
Kuvio 17: Hoitotyön prosessin vaiheiden kokonaiskirjaamismäärien kirjaamisen vertailu (%)69	
Kuvio 18: Kotihoidon yksikön tarve- ja toimintoluokitusten kirjaaminen (%)	73
Kuvio 19: Tutkimusmittarin luotettavuuteen vaikuttavat osa-alueet (mukaillen Kankkunen ym. 2009, 152 - 157).....	75

Liite 1 KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE

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

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

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

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

KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE

arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma
(päättynyt hoitajakso/yhteenvedo tai pkl-käynti), otos = 20 hoitotyön suunnitelmaa

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

tuloksen arviointi

kokonaistulos

ei hyväksyttävä taso

0,00-4,99

huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle

heikko taso

5,00-6,99

tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisosaaminen ja tee kehittämissuunnitelma

tydyttävä taso

7,00-8,99

varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma

hyvä taso

9,00-10,99

varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma

kiitettävä taso

11,00-12,00

varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla

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

Liite 3 Kotihoidon asiakkaan suostumuslomake

Hyvä kotihoidon asiakas,

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

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

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

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

██████████ 20.9.2011

██████████, Anne Lintunen, ██████████
sairanhoitajaopiskelijat, Laurea Lohja

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

Allekirjoitus ja nimenselvitys

Liite 4 Tutkimuslupahakemus
Tutkimuslupahakemus

Opinnäytetyön tekijät	Anne Lintunen, [REDACTED] [REDACTED]
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Organisaatio/yksikkö	Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohja
Organisaation/yksikön yhteystiedot	Nummentie 6, 08100 Lohja (09) 8868 7800
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyön ohjaaja	[REDACTED]
Opinnäytetyön nimi	[REDACTED] kotihoidon kirjaamisen hanke
Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma	Rakenteisen kirjaamisen auditointi [REDACTED] [REDACTED] kotihoidossa
Opinnäytetyön aineisto, menetelmät ja aikataulu	Määrällinen tutkimus satunnaisotannalla valittujen kotihoidon asiakkaiden hoitosuunnitelmien (yht. n=60) kirjaamisen laadusta Kailan & Kuivalaisen (2008) luoman auditointilomakkeen kriteerien mukaisesti heinäkuun-joulukuun 2011 aikana.
Opinnäytetyön asiasanat	Hoitotyön kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, auditointi, kotihoito
Tutkimussuunnitelman tiivistelmä liitteenä	

...../..... 200.....
 Paikka ja aika

.....

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

.....

Opinnäytetyön ohjaajan/ohjaajien allekirjoitus/allekirjoitukset

Tutkimuslupa on myönnetty

...../..... 200.....

Paikka ja aika

.....
 Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuh-
 teisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden
 intimitietin ja anonyymiteetin.

Liite 5 Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli

Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen								
Hoitotyön prosessin vaiheet	Hoitotyön suunnitelma				Hoidon toteutus			
	1a	1b	1c	1d	2.Toiminta/ toteutus	3.Tulosten arviointi	4. Hoitotyön yhteenvedo	
	Tiedon keruu ja analysointi	Tarpeiden/ ongelmien määrittäminen ja priorisointi	Tavoitteen asettaminen	Suunnitellut toiminnot tavoitteen saavuttamiseksi				
SHTaL (versio 1.0)	-	SHTal ja mittari (esim. VAS, GAF)	SHTal pääkomponentit	-	-	SHTaL ja arviointi- asteikko	Prosessista siirtyvä tieto (SHTaL, SHToL ja mittareita hyödyntäen)	
SHToL (versio 1.2)	-	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS, GAF)	**		
Rakenteistaminen								
Hoitotyön ydintiedot	Osa tiedoista saadaan moni- ammattillisista ydin-tiedoista*	Hoidon tarve	Hoidon tulokset	Hoitotyön toiminnot	Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenvedo	Hoitaisuus **

*Ydintiedoista saadaan osa hoitotyön tarvitsemista tiedoista kuten henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet.

** OPC (Oulu Patient Classification)