



- OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

KIRJAAMISEN AUDITOINTI KUOPION ÄITIYS- NEUVOLOISSA

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Virpi Hukkanen	
Työn nimi Kirjaamisen auditointi Kuopion äitiysneuvoloissa	
Päiväys 23.8.2016	Sivumäärä/Liitteet 41/4
Ohjaaja(t) Sinikka Tuomikorpi	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion kaupunki/terveydenhuolto	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida auditoinnin avulla hoitotyön kirjaamiselle asetettujen kansallisten minimikriteerien toteutumista terveydenhoitajien kirjaamisessa valmista mittaria hyödyntäen. Arvioinnin jälkeen annettiin kehittämissuosituksia kirjaamiselle, aineistosta löytyneiden kehittämiskohteiden pohjalta.</p> <p>Kyseessä oli arviointitutkimus, jonka menetelmänä käytettiin sekä määrällistä että laadullista tutkimusta. Aineisto koostui Kuopion kaupungin äitiysneuvoloiden asiakkaiden hoitokertomuksista ajalla 23-25.3.16. Aineistoa kerättiin kuudesta äitiysneuvolasta yhteensä 60 hoitokertomusta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttämällä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena hoitotyön kirjaamisen auditointi kyseisellä ajalla analysoitiin sekä esitettiin Exel-taulukoin sekä pylväsdiagrammilla. Tutkimus tuotti sekä määrällistä että laadullista tietoa. Kuopion äitiysneuvoloiden kokonaistulokseksi saatiin 10,30 ja näin ollen kirjaaminen on arviointilomakkeen pohjalta hyvällä tasolla. Kehittämiskohteeksi kirjaamisessa nousi kirjaamiskäytänteiden yhtenäistämien ja henkilöstön koulutus.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena voisi olla kirjaamisen laadun kehittyminen esimerkiksi henkilökunnalle annetun lisäkoulutuksen jälkeen ja laajentamalla auditointia myös muihin terveydenhuollon palveluihin kuten esimerkiksi lastenneuvolaan, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon.</p>	
Avainsanat Hoitotyön kirjaaminen, hoitotyönprosessimalli, auditointi	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals			
Author(s) Virpi Hukkanen			
Title of Thesis Recording of audit antenatal clinics in Kuopio			
Date	23.8.2016	Pages/Appendices	41/4
Supervisor(s) Sinikka Tuomikorpi			
Client Organisation /Partners City of Kuopio, health care			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to evaluate by auditing the minimum criteria set out in the audit allows the implementation of public health nursing documentation recording the meter manufacturer utilizing. After the evaluation was given development recommendations listing, on the basis of found material development needs.</p> <p>This was the evaluation, the method was used in both quantitative and qualitative research. The material consisted of customers in Kuopio, maternity clinics, medical records 23-25.3.16 time. The data was collected from six maternity clinic a total of 60 treatment report. The data were analyzed using content analysis.</p> <p>The thesis nursing documentation audit in that period were analyzed and presented in Exel-table and graph. The study resulted in both quantitative and qualitative information. Maternity clinics Kuopio overall result was 10.30 and Recognition, therefore, is based on an evaluation form at a good level. Development focus to record increased harmonization of codification and personnel training. Follow-up research could be the development of the quality of the recording, for example, after additional training of the personnel and expanding its audits of other health care services such as children's clinic, school and student health care.</p>			
Keywords Nursing documentation, nursing process model, Audit			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	HOITOTYÖN PROSESSI JA KIRJAAMINEN	6
	2.2 Hoitotyön tarpeen määrittely	7
	2.3 Hoitotyön suunnittelu	7
	2.4 Hoitotyön toteutus	8
	2.5 Hoidon arviointi	8
3.	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	9
	3.1 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen.....	10
	3.2 Suomalainen hoitotyön luokitus FinCC.....	12
	FinCC-luokitusten komponentit ja sisällöt	14
	3.3 Hoitotyön kirjaaminen kansainvälisestä näkökulmasta	15
	3.4 Kirjaamisen säännöstö	16
	3.5 Kirjaamisen minimikriteerit	18
	3.6 Hoitotyön kirjaamisen auditointi.....	18
	3.7 Sähköinen valtakunnallinen Kanta-arkisto	20
4.	ÄITIYSNEUVOLAN KIRJAAMISEN NYKYTILANNE.....	21
	4.1 Äitiyshuollon rakenteiset tiedot äidin potilasasiakirjoissa	22
5.	TUTKIMUSMENETELMÄT JA JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
	5.1 Tutkimusmenetelmä	24
	5.2 Mittarina kirjaamisen arviointilomake	24
	5.3 Aineiston keruumenetelmä ja aineistonkeruu	27
	5.4 Aineiston analysointi	27
	5.4.1 Sisällönanalyysi tutkimusmenetelmänä hoitotyön kirjaamisessa	28
6.	TUTKIMUSTULOKSET	29
	6.1 Hoitotyön kirjaamisen prosessin toteutuminen äitiysneuvoloissa	29
7.	POHDINTA	31
	7.1 Tulosten tarkastelu ja hoitotyön kirjaamisen kehittämissuosituksset	31
	7.2 Tutkimuksen eettisyys	32
	7.3 Tutkimuksen luotettavuus	33
	LÄHTEET	35

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aihe oli herännyt Kuopion perusterveydenhuollon tarpeesta arvioida hoitotyön kirjaamisen laatua ja tämänhetkistä tilannetta Kuopion äitiysneuvoloissa. Kirjaamisen auditointia Kuopion neuvoloissa ei ole tehty, joten työ oli siis työelämälähtöinen.

Tämä opinnäytetyö on arviointitutkimus, joka kohdentui perusterveydenhuollon äitiysneuvoloihin hoitotyön kirjaamiseen ja laadun arviointiin. Työn tavoitteena oli tuottaa kirjaamiskäytäntöjen kehittämiseen tarvittavaa tietoa Kuopion esimiehille sekä terveydenhoitajille. Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida kirjaamiselle asetettujen minimikriteerien toteutumista päivittäisessä kirjaamisessa valmista mittaria hyödyntäen. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Onko sähköiseen potilaskertomukseen kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaista ja toteutuuko siinä vaadittu rakenteisuus sekä millä tavoin potilaskertomuksen hoitosuunnitelmassa näkyy yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys?

Tutkimus toteutettiin auditoimalla Kuopion äitiysneuvoloiden potilastietojärjestelmän hoitokertomuksia eli hoitotyön suunnitelmia sekä päivittäisen kirjaamisen sisältöä suhteessa kansallisiin minimikriteereihin. Tutkimuksen aineistona olivat neuvoloihin ajalla 23-25.3.2016 tulevien asiakkaiden hoitotyön suunnitelmat sekä terveystarkastusten kirjaamisosiot. Kirjaamisen auditointi toteutettiin HoiData-hankkeessa määriteltyjen kansallisten hoitotyön kirjaamisen minimikriteerien pohjalta ja mittarina käytettiin valmista Kailan ja Kuivalaisen vuonna 2008 HoiData-hankkeessa kehitettyä kirjaamisen arviointilomaketta, joka on vakioitu lomake arvioitaessa hoitotyön kirjaamista.

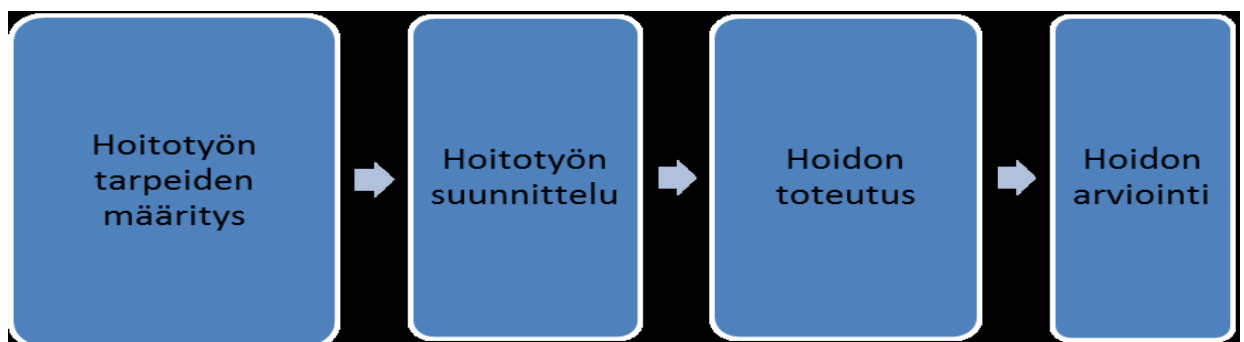
Tutkimus tuotti sekä määrällistä että laadullista tietoa. Äitiysneuvoloiden kokonaistulokseksi saatiin 10,30 ja näin ollen kirjaaminen on arviointilomakkeen perusteella laadultaan hyvällä tasolla, maksimitaso on 12,00. Hoitotyön arviointia tehdessä huomattiin kuitenkin puutteita, jotka ovat korjattavissa yhtenäistämällä kirjaamiskäytäntöjä sekä henkilöstöä kouluttamalla.

2 HOITOTYÖN PROSESSI JA KIRJAAMINEN

Hoitotyön prosessi kuuluu kiinteästi asiakkaan hoitopolkuun. Hoitotyön prosessi jakautuu neljään eri osa-alueeseen, jotka ovat tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitotyön prosessi ohjaa terveydenhoitajan ammatillista ajattelua ja auttaa toimimaan johdonmukaisesti työtehtävissä. Tarpeen määrittäminen käsittää tietojen keruun ja analysoinnin, sekä asiakkaan hoitotyön tarpeiden tunnistamisen. Tietojen keruu tapahtuu asiakkaan ja hänen läheistensä haastattelujen sekä erilaisten mittausten ja havainnoinnin avulla. Suunnitelmavaiheessa asiakkaan hoitotyö suunnitellaan yhdessä hänen kanssaan, jolloin asetetaan hoitotyön tarpeet tärkeysjärjestykseen ja laaditaan tavoitteet, jotka pyritään saavuttamaan hoitajakson aikana. Nämä kirjataan asiakkaan hoitotyön suunnitelmaan. Toteutus on asiakkaan ja terveydenhoitajan tavoitteiden mukaista toimintaa, johon asiakas aktiivisesti osallistuu. Terveydenhoitaja on vastuussa siitä, että asiakkaan hoito etenee toivottuun suuntaan. Arviointi on hoitotyön onnistumisen edellytys. Hoitotyön vaikuttavuutta ja tavoitteiden täyttymistä arvioidaan asiakkaan kanssa jatkuvasti hoidon edetessä. Arvioinnissa huomioidaan asiakkaan oma kokemus tilanteestaan ja saamastaan hoidosta. Asiakkaan hoitotyöstä kirjattu tieto auttaa arvioinnissa sekä kertoo tavoitteiden täyttymisestä ja asiakkaan hoidon etenemisestä. (Kassara ym.2005.)

Hoitotyön päätöksenteko on kognitiivista toimintaa, jossa hoitotyöntekijä tekee ratkaisun eri vaihtoehtojen välillä päästäkseen parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen asiakkaan hoidon kannalta. Päätöksenteko prosessin näkyminen hoitotyön kirjaamisessa tulee helpommaksi rakenteisen kirjaamisen tulon myötä. Vaikka hoitotyön prosessimalli jäsentää myös sähköistä potilaskertomusta, täytyy sekä ajattelu että hoitotyöntekijöiden päätöksenteko saada paremmin näkyviin. Kirjaamisessa tulee näkyä se, millaisia päätöksiä on tehty ja mihin hoitotyöntekijä päätöksensä perustaa. Kirjaamisessa on saatava näkyviin se, miten tehdyt päätökset on toteutettu ja millaisia vaikutuksia tehdyillä päätöksillä on ollut asiakkaan hoidon kannalta. (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 25 – 34.)

Suomessa yleisimmin vakiintuneet mallit ovat yleensä neljässä vaiheessa. Prosessimalli on asiakkaan/potilaan hoitoa ohjaava ajattelu- ja toimintamalli. Sen avulla hoitotapahtumien jäsentäminen ja kirjaaminen muuttuu sujuvammaksi. Tarpeen määrittämisestä hoitotyön suunnitteluun, hoidon toteutukseen ja hoidon arviointiin.



Kuvio 1: Hoitotyön prosessimallin vaiheet (mukailten Kratz 1984, 31 - 156)

Eri hoitoympäristöissä hoitotyön prosessin vaiheet painottuvat eri tavoin. Eri hoitoympäristöissä korostuvat prosessin eri vaiheet, eikä se kuitenkaan tarkoita muiden vaiheiden puuttumista. Hoidon määrittäminen pohjautuu aina potiaan yksilöllisiin ongelmiin, joihin hoitotyöllä pyritään vaikuttamaan. (Kratz 1984, 15-17)

2.2 Hoitotyön tarpeen määrittäminen

Hoidon tarve on hoitohenkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää eri hoitotoimintojen avulla. Tarpeen määrittäminen on potilaan hoitoon ja elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien kartoittamista. (Liljammo ym.2012,26.) Hoitotyön tarpeiden määrittäminen aloitetaan keräämällä esitietoja asiakkaasta. Näitä ovat mm. henkilötiedot, tiedot sairauksista ja lääkityksistä, allergioista, aiemmat hoito-dokumentit sekä muut hoitotyöhön vaikuttavat tiedot. (Saranto ym.2007, 58-59.)

Systemaattisella tietojen keruulla hoitaja pyrkii selvittämään potilasta vaivaavat hoitotyöllä ratkaistavat tarpeet ja ongelmat. Potilasta voidaan rohkaista kertomaan omista toiveistaan hoidon suhteen sekä mahdollisista ongelmista tai peloista. Hoitajan taito kuunnella luontevasti asiakasta lisää luottamusta hoitoprosessia kohtaan. Hoitotyön ongelmat kirjataan sekä potilaan sanomana että hoitajan havainnoina, mutta ei kuitenkaan hoitajan tulkintoina tai mielipiteinä.

Hoitotyön tarpeet kirjataan niin, että hoitotyön ongelma tulee esille kirjauksessa. Tarpeen kirjaaminen tehdään tarkasti, niin että sen pohjalta voidaan tehdä yksilöllinen hoitosuunnitelma. Tarpeet voivat olla fyysisellä, psyykkisellä tai sosiaalisella puolella tai niillä kaikilla tai osittain. Hoitajan tehtävä on priorisoida asiakkaan tarpeet hoitosuunnitelmaan laatiessaan. (Kratz 1984, 15-51; Hallila 1999, 82-83.)

Hoitotyön tarpeet kirjataan hoitotyönsuunnitelmaan, josta kaikki hoitoon osallistuvat näkevät ne ja voivat toimia suunnitelman mukaan. Hoitotyönsuunnitelma on juuri niin hyvä, kun sen pohjana olevat hoitotyön tarpeet ovat. Hoitajalla, joka määrittää hoitotyön ongelmat, on suuri vastuu kokonaisuhoitoon onnistumisessa. Takuuna kokonaisuhoitoon onnistumiselle ovat asiakaslähtöiset hoidon tarpeet. (Hallila 1999, 74 - 75.)

2.3 Hoitotyön suunnittelu

Suunnitteluvaiheella tarkoitetaan potilaan tarpeiden asettamista tärkeysjärjestykseen. Tämän jälkeen tavoitteet määritellään ja valitaan sopivat auttamismenetelmät tavoitteiden saavuttamiseksi. Tätä voidaan kutsua toimintasuunnitelman laatimiseksi yhdessä potilaan kanssa. (Long, 1989, 18-19).

Hoitotyön tavoitteet ilmaisevat, mihin hoitotyöllä pyritään asiakkaan hoidossa. Tavoitteet asetetaan hoitotyön ongelmien ja tarpeiden pohjalta, jotka potilas ja hoitaja ovat havainneet. Hoidon tavoittei-

ta asetettaessa hoitajan on kyettävä arvioimaan , minkälaista muutosta potilaan tilanteessa odotetaan tapahtuvan ja mitä potilas itse odottaa voivansa tapahtuvan. 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. Kun hoitaja tietää mihin hoitotyöllä pyritään, hän pystyy määrittämään, miten tavoitteet saavutetaan. Hoitotyön tavoitteiden tarkoitus on osoittaa, mitä muutoksia potilaan tilassa tulevaisuudessa tapahtuu. (Ahonen ym.2007).

2.4 Hoitotyön toteutus

Hoidon toteutus tarkoittaa tehdyn hoitotyön suunnitelman käyttöön ottoa. Toteutusvaiheessa suunnitelmaan laadittuja auttamismenetelmiä toteutetaan yhdessä potilaan/asiakkaan kanssa. (Iivanainen ym.1995, 49.)

Hoitotyön toteutusosio koostuu toteutuneista toiminnoista. Kirjaamisessa on huomioitava miten suunnitellut toiminnot ovat toteutuneet ja onko muutoksia hoidossa tapahtunut. Potilaan vointi on kuvattava hoitokertomukseen yksityiskohtaisesti. Hoitotyön keskeisenä auttamismenetelmänä voidaan pitää hoitajan vuorovaikutustaitoa, jonka avulla hän pystyy muodostamaan yhteistyösuhteen asiakkaan kanssa. Potilaalle yhteistyösuhte mahdollistaa läheisyyden ja turvallisuuden tunteen sekä mahdollisuuden tulla oikeaan aikaan autetuksi. Hoitaja antaa oman ammatillisuutensa potilaan käyttöön niin, että asiakas uskaltaa kertoa toiveistaan, unelmistaan ja aroistakin asioista. Vuorovaikutus on olennaista hoitajan ja potilaan välisessä kohtaamisessa . Hoitajan taito on huomata ja poimia vuorovaikutustilanteesta oleelliset asiat hoidon etenemisen kannalta, jotka ovat suoraan yhteydessä siihen, mitä ja millaisia tietoja pystytään kenenkin tilanteesta kirjaamaan. (Ahonen ym.2007).

2.5 Hoidon arviointi

Hoitoprosessin viimeinen vaihe on hoidon arviointi. Tämän vaiheen tarkoituksena on pohtia, miten asetettu tavoite saavutettiin, millaista muutosta potilaan tilassa tapahtui, miten potilas kokee hoidon onnistuneen sekä muuttuvatko tarpeet, tavoitteet tai suunnitellut toiminnot. (Ahonen ym. 2007). Muutosten arviointi tapahtuu mittaamalla, havainnoimalla ja haastatteleamalla asiakasta sekä tutkimalla hoitokertomusta ja vertaamalla muutosta asetettuihin tavoitteisiin. (Kratz 1984, 135 - 138; Ensio ym. 2004, 43.)

Arvioinnin tarkoituksena on saada selville toiminnan tuloksellisuus ja tehokkuus ja se kohdistuu kaikkiin hoitotyön prosessin vaiheisiin. Arvioinnissa huomio kiinnittyy esimerkiksi siihen onko esitietoja kerätty riittävästi, miten tarpeet on huomioitu ja ovatko käytetyt auttamiskeinot olleet oikeita. Hoitotyön arviointia on tehtävä koko hoitoprosessin ajan ja siihen on otettava mukaan potilas itse sekä mahdollisesti hänen puolisonsa tai muu läheinen. (Hallila, 1998, 98; Iivanainen ym. 1995, 52-53)

3. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotyön yksi tärkeimmistä peruselementeistä on korkealaatuinen tieto. Ensisijaiset tietolähteet, joihin hoitaja nojaa tehdessään potilaan hoitoa koskevia päätöksiä ovat potilaan hoitosuunnitelma ja hoitokertomus. Ne toimivat myös hoitajien keskeisinä tiedonsiirtovälineinä. (Saranto & Kinnunen 2009, 465.)

Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus merkitä asiakirjoihin niiden käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot. Lisäksi asianmukaisesti laadituilla hoitokertomuksella on keskeinen rooli potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan näkökulmasta sekä vastaavasti henkilökunnan oikeusturvan toteuttamisessa. Näillä asiakirjoilla on merkitystä myös terveydenhuollon tutkimuksessa, hallinnossa, suunnittelussa ja opetuksessa (STM, 2001).

Hoitokertomukseen kirjataan tietoa kolmesta syystä: hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, terveydenhuollon ammattilaisen oikeusturvan varmistamiseksi ja tiedonkulun mahdollistamiseksi eri hoitoyksiköiden välillä. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja myös muiden ammattiryhmien laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin (Hoitotyön vaatimusmäärittely, 2008; Saranto ja Sonninen, 2008).

Terveydenhuollon tulee pitää jokaisesta potilaasta jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja myös muiden ammattiryhmien laatima potilaskertomuksen osa, jossa dokumentoidaan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi. Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kokonaissuunnitelma, jota hoitotyön suunnitelmaosaltaan toteuttaa. Lisäksi hoitokertomukseen kirjataan hoitoa ja potilaan vointia kuvaavat päivittäiset merkinnät. Hoitokertomus on tarkoitettu moniammatilliseksi työvälineeksi. Hoitotyön kirjaaminen on tehtävä, jota hoitohenkilökunta suorittaa jatkuvasti. Käytössä olevan kirjaamismallin toimivuus ja hoitokertomusten tietojärjestelmätoteutusten käytettävyys ovat tärkeitä tehokkaan ja sujuvan kirjaamisen kannalta. Terveydenhuollon moniammatillisen toiminnan kannalta on tärkeää, että hoitotyön kirjaaminen tukee hoitohenkilökunnan ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskinäistä tiedonvaihtoa ja päätöksentekoa ja että kirjattu tieto on ajantasaisena hyödynnettävissä siellä, missä sitä tarvitaan.

Laadullisesti hyvään kirjaamiseen kuuluu keskeisesti kirjaamisen selkeys ja loogisuus, potilaan hoidon kannalta vaikuttavien asioiden esiin nostaminen sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta. Kokonaisuutena kirjaamisen tulee olla systemaattista, ei kuitenkaan kaavamaista. Kirjattaessa hoitotyötä tulee potilaan tarpeet määrittää siten, että niihin on mahdollista vastata hoitotyön keinoilla. Hoitotyön kirjaamisen tulee selkeästi erota lääketieteessä käytössä olevista käsitteistä ja diagnooseista. (Lauri & Lehti 2000, 19 – 22) Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirja-asetuksessa kirjaamista ohjaavilla kriteereillä tarkoitetaan, että potilaasta kirjataan vain hoitotyön ja hoidon kannalta oleelliset, välttämättömät ja tarpeelliset tiedot. Hoitajan tulee huomioida potilaan yksityisyys ja salassapitovelvollisuus. Kirjaamisen tulee olla kieleltään ja sisällöltään selkeää, lyhenteitä kirjaamisessa ei saa

käyttää. Kirjatussa tekstissä tulee ilmetä onko asia potilaan, omaisen vai hoitajan huomio tai päätelmä. Myös suullisesti annettujen potilasohjeiden sisältö tulee olla kirjattuna. Päivittäisten toimintojen kirjaamisen tulee olla arvioivaa, ei toteavaa. Hyvä kirjaaminen antaa selkeän kuvan potilaan tarpeista, tavoitteista ja tuloksista. Hoitajaksoista tulee tehdä yhteenveto ja asiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä tulee ilmetä merkintöjen tekijän ammattinimike sekä nimi. (Finlex 2009.)

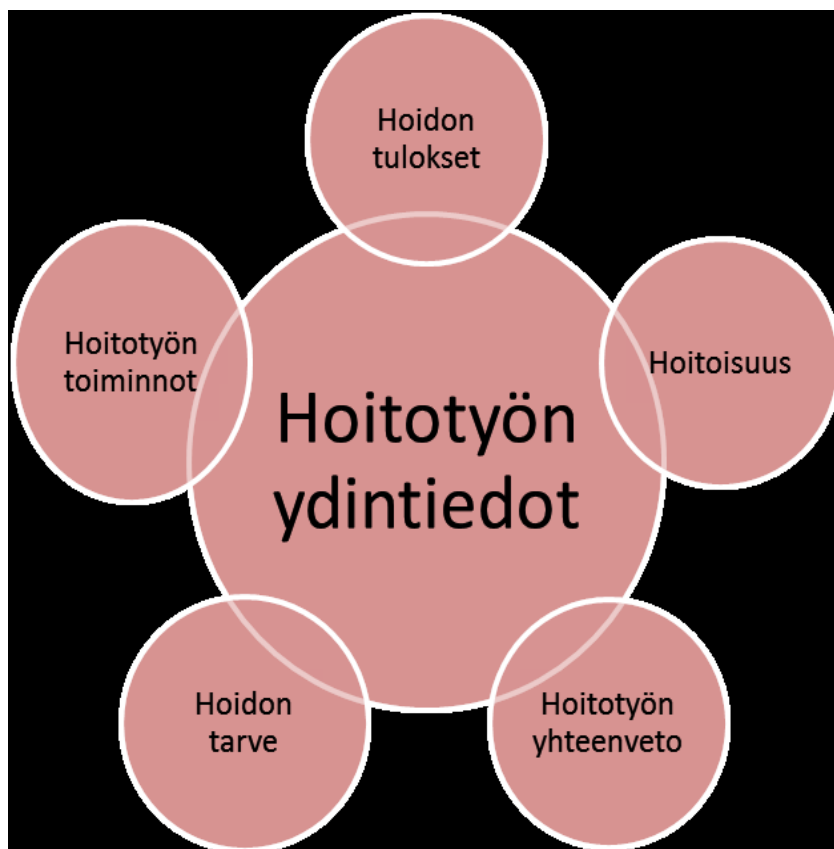
3.1 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Sähköinen potilaskertomus perustuu suurimmaksi osaksi rakenteiseen tietoon. Tämä edesauttaa tiedon käsittelemistä ja mahdollistaa uudelleen käytön. Potilaskertomuksien tiedon rakenteisuus toteutetaan valtakunnallisesti määritetyillä ydintiedoilla. Sähköiseen potilaskertomukseen tietoa kirjaetaan näkymien kautta vaiheittain erilaisia otsikoita apuna käyttäen. Näkymien mahdollistavat tuottaa moniammatillisen hoitotyön tarvitsemia tietoja. (Saranto, Ensio & ym.2008, 96.)

Rakenteisen kirjaamisen avulla yhtenäistään hoitotyössä käytettäviä käsitteitä. Näin parannetaan hoidon ja kirjaamisen laatua sekä tuetaan hoitotyön kirjaamisen opetusta ja perehdytystä. Hoitotiedoista pystytään kokoamaan erilaisia tiedon kokonaisuuksia ja näitä voidaan käyttää muun muassa hoitotyön yhteenvedoissa, hoitopalautteissa sekä lähteissä ja tiivistelmissä. Hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseksi voidaan myös liittää rakenteisiin hoitotyön tietoihin.(Tanntu & Rusi 2007, 116.)

Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa asiakkaan hoidon kuvaamista sähköisissä hoitokertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. (Saranto & Sonninen 2008). Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen on asiakkaan hoidon kuvaamista sähköisissä hoitotietojärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti.

Sähköisen hoitokertomuksen tulee sisältää tietyt ydintiedot alkaen asiakkaan hoidon antajan sekä hoitajakson ja – tapahtuman tunnistetiedoista. Hoitokertomuksesta tulee käydä ilmi ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, hoitotyön ydintiedot, fysiologiset mittaukset, tutkimukset, toimenpiteet sekä asiakkaan saama mahdollinen lääkehoito. Hoitajakson päätteeksi asiakastiedoista tehdään yhteenveto sekä kirjataan jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot. Eri erikoisalojen lausunnot tulee sisällyttää sähköiseen potilaskertomukseen. (Ensio & Saranto 2004, 38.) Hoitotyön ydintietoja rakenteisessa hoitokertomuksessa ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto (Tanntu & Rusi 2007,114.)



Kuvio 2: Hoitotyön ydintiedot (mukaillen STM 2007)

Rakenteisen kirjaamisen avulla pystytään vaikuttamaan potilaan hoitoa koskevaan kirjaamiseen järjestelmällisemmin. Kirjaaminen tapahtuu ja tallennetaan sovitun rakenteen mukaisesti. Vapaamuotoisella tekstillä voidaan tarkentaa rakenteista tietoa. Kirjaaminen tapahtuu otsikoiden, näkymien ja hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Kirjaamisessa käytetään siihen tarkoitettuja koodistoja ja luokituksia. Rakenteinen kirjaaminen yksinkertaistaa tiedon käsittelemistä ja edesauttaa sen uudelleenkäytön mahdollisuutta. sähköinen potilaskertomus ilmenee erilaisina näkyminä, joille tietoa kirjataan vaiheittain erilaisia otsikoita käyttäen. Rakenteisen kirjaamisen hyötyinä ovat hoitotyön jatkuvuuden, yhteistyön ja tiedon välityksen lisääntyminen. Positiivisina vaikutuksina rakenteisessa kirjaamisessa on myös parempi potilasturvallisuus ja lisääntynyt hoidon tulosten arviointi (Saranto ym.2013, 637-642.)

Sähköisen, rakenteisen kirjaamisen avulla sairaanhoitajan on mahdollisuus tehdä päätöksentekoa yhä yhdenmukaisemmaksi ja näkyvämmäksi. Tämä mahdollistaa tiedon hyödyntämisen eri tarkoituksiin hoitotyön dokumentoinnin näkökulmasta, koska kirjaamista ohjataan kansallisesti hyväksytyjen ydintietojen mukaisella rakenteella. Hoitotyön keskeiset rakenteiset tiedot ovat hoitotyön tarve, toiminnot ja tulokset, jotka sisältävät arvioinnin. Sähköisen hoitotyön tarkoituksena on yhtenäistää kirjaamisen sisältöä. (Häyrinen & Ensio 2007, 147-148; Lehtovirta & Vuokko 2014, 29-30.)

Rakenteisen kirjaamisen käyttäjillä tulee olla selvä ja yhtenäinen toimintamalli tietojen kirjaamisessa siten, että tarvittavat tiedot ovat kaikkien käyttäjien käytettävissä ja löydettävissä joka tilanteessa. Hoitajan rakenteisesti hoitokertomukseen kirjaamat hoitotiedot tuottavat tietoa hoitotyön tarpeesta

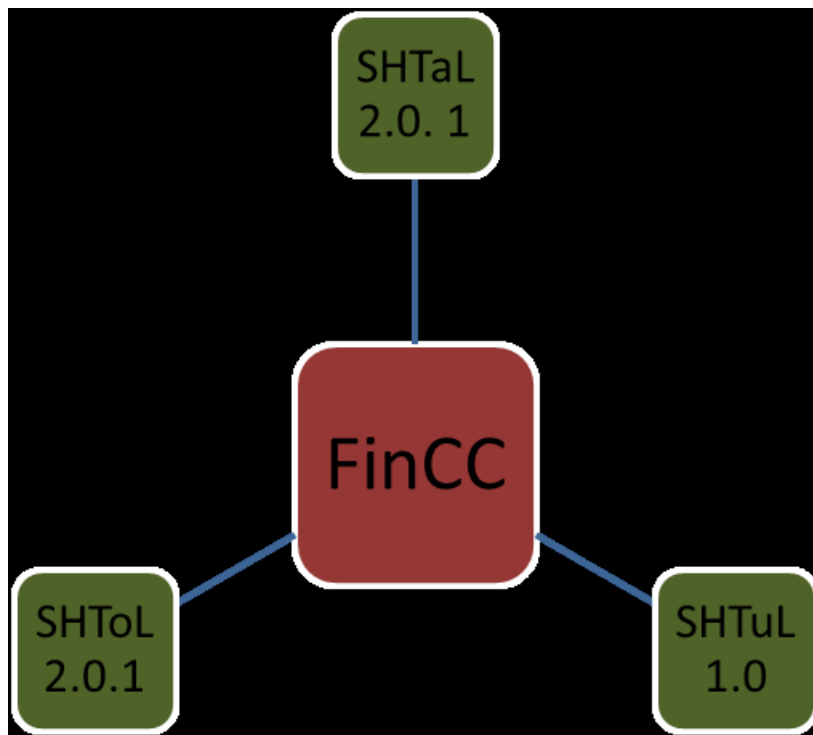
ja toteutuksesta (Saranto & Ensio 2007, 136). Hoitotyön kirjaamiselle onkin laadittu toimipistekoh-
taisia minimikriteereitä vähimmäisvaatimusten määrittämiseksi ja kirjaamisen yhtenäistämiseksi. Ra-
kenteinen hoitotyön kirjaaminen perustuu Suomessa kehitettyyn kansalliseen kirjaamismalliin, joka
sisältää hoitotyön prosessimallin ja suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (Finnish Care Clas-
sification, FinCC). (Saranto ja Sonninen, 2008; Ensio, 2009a ja b).

Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC) muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluoki-
tuksesta (SHTaL), suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja suomalaisesta hoidon
tulosluokituksesta (SHTuL). SHTaL:lla ja SHToL:lla on yhteneväinen hierarkkinen rakenne (kompo-
nenti, pääluokka- ja alaluokka). Kansallista terveysarkisto-hanketta on edeltänyt useita sitä valmiste-
levia hankkeita. Toukokuussa 2005 käynnistyi osana kansallista terveyshanketta valtakunnallinen
sähköisten potilaskertomusten kehittämishanke (HoiDok-hanke). Hankkeen tavoitteena oli kehittää
kansallisesti yhtenäinen, rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä. Kirjaaminen perustui kansallisesti mää-
riteltyihin ydintietoihin, jotka ovat potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joiden on
oltava kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla merkittyinä. Kirjattaessa käytetään rakenteisia
ydintietoja sekä niitä täydentäviä kuvailevia tekstejä.

Hankkeen tavoitteena oli myös yhdistää hoitotyön tiedot moniammatilliseen potilaskertomukseen ja
määritellä hoitotyön johtamisen perustiedosto. HoiDok hankkeen jälkeen alkanut Kansallisesti yhte-
näiset hoitotyön tiedot -hankkeen (HoiData 2007 - 2009) tarkoituksena oli esittää HoiDok-
hankkeessa kehitettyä hoitotyön systemaattista kirjaamismallia standardoitavaksi ja juurruttaa se
käyttöön. (Tanttu & Rusi 2007, 113 - 122; Tanttu 2008b.)

3.2 Suomalainen hoitotyön luokitus FinCC

Luokituksia voidaan laatia hoitoprosessin eri vaiheista kuten esim. tarpeista, toiminnoista, tuloksista
ja hoitoisuudesta. Luokituksen tarkoituksena on yhtenäistää ammatillinen kieli, jossa käsitteet ovat
määriteltyjä ja selkeitä. Suomessa hoitotyön rakenteinen kirjaaminen perustuu Finnish Care Classi-
fication eli FinCC-luokituksiin. Alkuperäinen Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus perustui yhdys-
valtalaiseen Home Health Care-luokitukseen (HCC-luokitus), joka nykyään tunnetaan CCC-
luokituksena eli Clinical Care Classification-luokituksena (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 47).
Luokituksia ovat suomalainen hoidontarveluokitus (SHTaL 2.0.1), toimintoluokitus (SHToL 2.0.1) se-
kä tulosluokitus (SHTuL 1.0), jotka on kehitetty 2000-luvun lopulla HoiDok- ja HoiData-hankkeissa.



Kuvio 3: Finnish Care Classification (FinCC) (mukaillen Stakes 2008)

Toimintoluokitus (SHToL) perustuu terveystieteiden tohtori Anneli Ension Kuopion yliopistossa julkaistuun väitöskirjaan (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 47). FinCC-luokitukset perustuvat hoitotyön prosessimalliin ja hoitotyön ydintietoihin (Liljamo ym. 2008). Luokitusten myötä potilaskeskeinen kirjaaminen vahvistuu. Luokitukset luovat kirjaamiselle rungon, jonka avulla asiakokokonaisuudet on helpompi hahmottaa. Hoitotyön prosessin vaiheita kuvataan hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokituksilla ja tietoja täydennetään vapaalla tekstillä (STM 2007).

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

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 eri-koisan samankaltainen tieto ryhmitellään sovitulla tavalla. (Tanttu 2009; Mykkänen, Huovinen, Miettinen & Saranto 2011, 62.) Yhtenäisillä koodeilla ja fraaseilla saadaan asiakastiedot arkistoitua kansalliseen Kanta-potilastiedonarkistoon. Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitos THL on julkaissut luokituskokonaisuuden

käyttöoppaan FinnCC:n . Oppaan tarkoitus on auttaa hoitajia kirjaamaan hoitotyön päätöksen prosessimallin mukaisesti käyttämällä FinnCC-luokitusta. (Liljamo ym.2012.)

Hoitotyön luokituksen avulla on mahdollista tuoda esille hoitajien työn osuus potilaan kokonaisuudesta. 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.

FinCC-luokitusten komponentit ja sisällöt

Rakenteisessa kirjaamisessa hoidollisen päätöksenteon vaiheet, hoitotyön ydintiedot ja FinCC -luokitukset nivoutuvat yhteen. Komponentit (n = 19) kuvaavat potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita sekä käyttäytymistä ja terveystalvelujen käyttöä. (Ensio, Kaakinen & Liljamo 2008.)

Suomalaisen hoitotyön tarve-(SHTaL) ja toimintoluokitukset (SHToL)

Aistitoiminta	Nesteytys
Aktiviteetti	Psyykinen tasapaino
Erittäminen	Ravitsemus
Fyysinen tasapaino	Selviytyminen
Hengitys	Terveyskäyttäytyminen
Itsehoito	Terveystalvelujen käyttö
Kanssakäyminen	Turvallisuus
Kudoseheys	Jatkohoito
Lääkehoito	Elämäankaari*

Taulukko 1: FinnCC-luokituksen komponentit . Suomalaisen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokituksen ylätasoon otsakkeet eli komponentit. (lähde: Anneli Ensio 2001)

Komponentti toimii pääotsikkona halutulle tarpeelle, mutta komponenttitasolle ei kirjata. Tämän jälkeen valitaan komponentin alta pää- tai alaluokka, joka parhaiten vastaa kuvastaa potilaan tilaa ja tämä täydennetään vapaalla tekstillä. Hoitotyön suunnitelmassa täytyy näkyä, mikä ongelma tai tarve potilaalla on, miten ongelma tulee esille sekä yksityiskohtainen kuvaus potilaan senhetkisestä tai odottavissa olevasta tarpeesta tai vajeesta. Kun hoidon tarpeet ovat kirjattu, kirjataan tavoitteet, joilla on mahdollista saavuttaa haluttu tila. Valitun tarpeen komponentti siirtyy automaattisesti tavoiteosion kirjaamisalutalle. (Liljamo ym. 2008, 13.)

Hoidon toteusvaiheen jälkeen hoitoa arvioidaan suomalaisen hoidon tulosluokitusten avulla. (SHTuL) Hoidon tulosta arvioidaan kolmella eri vaihtoehdolla: tilanne ennallaan-tilanne parantunut-tilanne huonontunut. näiden lisäksi hoitoa arvioidaan vapaalle tekstillä. (Liljamo ym. 2008, 14.)

FinCC-luokitus tuo esiin hoitotyön toteutumiseen liittyneen päätöksenteon ja hoidon tulokset, joka mahdollistaa hoitotyön systemaattisen , prosessimallin mukaisen kirjaamisen sekä hoitotyön

luokitusten lisäksi tarvitaan myös vapaata tekstiä, joka täsmentää potilaan saaman yksilöllisen hoidon.

3.3 Hoitotyön kirjaaminen kansainvälisestä näkökulmasta

Kansainvälisesti hoitotyön kirjaaminen potilasasiakiroihin on suuren muutosprosessin alla. Rakenteinen kirjaaminen ja sen terminologia ovat kehitystyön alla maailmalla. Erilaiset luokituksia ja nimikkeistöjä työstetään. Tietotekniikan kehityksestä riippumatta terminologian painottuminen rakenteisessa kirjaamisessa nähdään jatkuvana ajatellen tulevaisuutta.

Sähköiselle rakenteiselle kirjaamiselle kansainvälisellä yhteistyöllä on tärkeä merkitys. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen malli on kehitetty sähköisen käyttöönoton yhteydessä ja sen edellytyksenä on ollut koota yhteen kirjaamisen kehittämistyön tulokset muodostaa niistä kansainvälinen luokitusyhteisö. (Saranto ym. 2008, 244-245.)

Yhdysvalloissa hoitotyön kirjaaminen on ollut pitkäjänteistä jo lähes 30 vuotta. Hoitotyön diagnooseja ja niiden pohjalta syntyneitä luokituksia kehitellään jatkuvasti. Teoreetikot eri puolilla Yhdysvaltoja ovat organisoituneet ja keränneet yhteen teoriaa ja käytännöstä nostamaan diagnooseja. Atk-pohjaisia luokituksia varten yhdistelty diagnostisia luokitusjärjestelmiä. Luokitusoppaita luokitusjärjestelmien pohjalta on laadittu , vaikkakin diagnoosit ovat niissä pohjautuneet vähäiseen teoreettiseen ja kielelliseen pohdintaan.

Meillä kansallisesti kätetyt hoitotyön luokitukset on johdatte Yhdysvalloissa 1990-luvun alussa kehitteystä Home Health Care-luokituksesta (HHC). Tämä tunnetaan Clinical Care Classification (CCC)nimellä. Tähän sisältyy tarve-toiminto- ja tulosluokitukset. Alkuperäinen luokitus on raportoitu yhteensopivaksi ICD10- ja SNOMED-luokitusten kanssa. Luokitus kuuluu 11 terminologian joukkoon, jota American Nurses Association suosittlee käytettäväksi sähköisessä potilaskertomuksessa.

Euroopassa hoitotyön kirjaamista kehitetään ja yhtenäistetään jatkuvasti. Vuonna 1993 järjestettiin Kööpenhaminassa konferenssi, jonka pohjalta luotiin hoitotyön diagnooseille keskustelu- ja kehittämisfoorumi. Myöhemmin Brysselissä foorumista muodostui yhdistys v.1995, jonka nimeksi tuli ACENDIO (The Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes.)

Acendion tarkoituksena on edistää ja parantaa hoitotyön ammatillista kieltä. Sairaanhoitajat voivat näin jakaa ja vertailla tietoa tutkimuksen ja ja hoidon parantamiseksi käytännön hoitotyössä koko Euroopan alueella. Acendion tarkoituksena on viedä eteenpäin alan tutkimusta ja kehittää yleinen eurooppalainen verkosto hoitotyön kielen ja tietojärjestelmän avulla. (Acendio, 2013.)

Yhdistyksen tavoitteena on myös hoitotyön luokitusten, tietojärjestelmien ja tietokantojen kehitys ja käyttöönotto ympäri Eurooppaa. Yhdistys järjestää konferensseja , julkaisee uutislehteä ja muita julkaisuja sekä toimii tietolähteenä ja verkostona jäsenilleen sekä tukee alan koulutusta. (Kinnunen, 2011.)

3.4 Kirjaamisen säännöstö

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat useat lainsäädännöt ja asetukset. Lainsäädännön tarkoituksena on valvoa tietojen tarpeellisuutta sekä virheettömyyttä hoitotyön toiminnassa. Lainmukainen tieto käsittää tietojen jakamisen oikeille henkilöille, tiedon riittävän laajuuden ja ajantasaisuuden. (Saranto 2007.)

Potilasasiakirjojen laatiminen on jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön ja toimintayksikön laissa säädetty velvollisuus. Keskeisimpiä hoitotyön kirjaamista säättäviä lakeja ovat: Laki yleisten asiakirjojen julkisuudesta, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, henkilörekisterilaki-ja asetus, terveydenhuoltolaki sekä asetus potilasasiakirjoista.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee muun muassa hyvän terveyden-ja sairaanhoidon, potilaan itsemäärämisoikeuden , potilaan omaisen tiedonsaantioikeuden sekä alaikäisen potilaan aseman. Laissa on myös määräyksiä koskien koskien salassapitovelvollisuutta potilasasiakirjoihin liittyen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992)

Henkilötietolain tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietojen käsittelyssä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan noudattamista ja kehittämistä. Lisäksi henkilötietolaki käsittelee arkaluontoisten tietojen keräämiseen liittyviä ohjeita. (Henkilötietolaki 523/1999)

Asetusta potilasasiakirjoista sovelletaan potilaan hoidon toteuttamisessa ja järjestämisessä käytettävien asiakirjojen laatimiseen sekä potilaan hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämiseen. Potilastieto- ja koskevaa salassapitovelvollisuutta ja niiden käsittelyä säädetään useissa laeissa. Nämä eivät sulje pois toisiaan vaan niitä sovelletaan tilanteen mukaan. (Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001; Sosiaali-ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4, 9-11.)

Terveydenhuololaissa korostetaan potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. Laissa määritellään myös muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettiset velvollisuudet. Velvollisuuksissa tärkein päämäärä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen sekä heidän kärsimysten lievittäminen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Terveydenhuoltolain tarkoitus on myös kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja edistämällä terveyspalvelujen saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Tavoitteena on luoda asiakaslähtöistä ja saumatonta palvelua perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon välille. (THL 2012; Silvennoinen-Nuora 2010, 103.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskeva laki Suomessa toteutettiin vuonna 2014 yhtenäisestä potilastietojen sähköisestä käsittely- ja arkistointijärjestelmästä (Finlex 2010). Järjestelmän avulla pyritään edistämään terveydenhuollon potilasturvallisuutta ja tehokkuutta sekä helpottamaan potilaan tiedonsaantia mahdollisuuksia. Kaikkia julkisia terveydenhuollon palvelujen tarjoajia koskeva laki velvoittaa siirtymään valtakunnallisten tietojärjestelmien käyttäjiksi. Laki koskee yksityisiä terveydenhuollon palvelujen tarjoajia, jos potilasasiakirjojen pitkäaikais säilytys tapahtuu sähköisesti. Kansaeläkelaitos huolehtii sähköisten potilasasiakirjojen arkistoinnista. (Finlex 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista tuli voimaan maaliskuussa 2009. Asetus sisältää tietoja potilasasiakirjojen laatimisesta sekä yleisiä potilasasiakirjoja koskevia vaatimuksia ja periaatteita potilasasiakirjaan merkittävistä tiedoista, potilasasiakirjojen säilyttämisestä ja hävittämisestä. (Finlex 2009.)

Eduskunta on säätänyt lain sosiaali- ja terveydenhuollon 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. 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.) 15

Sähköisessä potilastietojärjestelmässä on oltava käyttöoikeuksien hallintajärjestelmä, jonka avulla kullekin käyttäjälle voidaan määritellä tämän tehtävien mukaiset käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin ja potilastietojärjestelmän eri toimintoihin. Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttäjä tulee yksilöidä ja tunnistaa siten, että käyttäjä todennetaan yksiselitteisesti. Potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. (STM 2009 4§).

Laki määrittelee myös tarkkaan kenelle potilaan tietoja saa luovuttaa. Luovutus koskee vain sosiaali- ja terveydenhuollon yksikön ammattihenkilöä, jolla on hoitosuhde potilaaseen. Kun potilaan tietoja haetaan valtakunnallisesta tietojärjestelmästä, saa terveyden- tai sosiaalihuollon 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.)

3.5 Kirjaamisen minimikriteerit

Hoitotietojen sähköinen dokumentoiminen ei onnistu ilman systemaattista kirjaamista yhdessä sovitusten pelisääntöjen mukaisesti. On sovittava kirjaamisen sisällöstä ja rakenteesta eli määriteltävä mitä kirjataan ja miten. (Tanttu 2008.) Myös Ensio ja Saranto (2004, 45) painottavat, että rakenteisen kirjaamisen käyttäjillä tulee olla selvä ja yhtenäinen toimintamalli tietojen kirjaamisessa siten, että tarvittavat tiedot ovat kaikkien käyttäjien käytettävissä ja löydettävissä joka tilanteessa. Hoitajan rakenteisesti potilaskertomukseen kirjaamat hoitotiedot tuottavat tietoa hoitotyön tarpeesta ja toteutuksesta (Saranto & Ensio 2007, 136). Hoitotyön kirjaamiselle onkin päädytty laatimaan toimipistekohtaisia minimikriteereitä vähimmäisvaatimusten määrittämiseksi ja kirjaamisen yhtenäistämiseksi. Yhtenäisillä vähimmäisvaatimuksilla, niiden muokkaamisella yksikön toimintaa parhaiten palveleviksi sekä systemaattisella kirjaamisen arvioinnilla koettiin olevan positiivinen vaikutus sekä hoitotyön prosessin jäsentymiseen että yksilöiden taitojen kehittymiseen. Projektilla myös edesautettiin yhtenäisen kirjaamiskielen ja terminologian kehittymistä. (Ahonen, Koivukoski, Savola & Renholm 2005.)

Sosiaali- ja terveysministeriön antama asetus potilasasiakirjoista (298/2009) osaltaan määrittelee minimikriteerit potilasasiakirjojen sisällölle. Niistä tulee käydä ilmi muun muassa potilaan hyvänhoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot.

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

3.6 Hoitotyön kirjaamisen auditointi

Auditointi tarkoittaa määrämuotoista ja objektiivista arviointia sen havaitsemiseksi, täyttyvätkö auditoinnin kohteelle asetetut vaatimukset. Auditointi toteutetaan yleensä yhden tai useamman auditoinnin kohteen kannalta riippumattoman henkilön toimesta. Auditointi eli laadun arviointi on systemaattinen lähestymistapa yhteisön tai osa-alueen kehittämisen mahdollisuuksien ja työkalujen löytämiseksi sekä laadun parantamiseksi. Sen tulosten avulla voidaan arvioida täyttyvätkö tutkimuskohteen laatuvaatimukset ja antaa ehdotuksia laatutason kehittämisen ylläpitämiseksi tai parantamiseksi. Auditoinnin prosessin tulee olla puolueeton, ajankohtainen, rajattu ja toistettavissa. Auditoinnin tuloksen tulisi olisi hyvä olla vaikuttamassa toimintaan asianmukaisena muutoksena. (Shaw & Costain 1989; Huovinen ym. 2011.)

Saranto ja Ensio (2007, 123) toteavat, ettei kirjaamisen arviointi ole itsetarkoitus, vaan sen tavoitteena on tuottaa monipuolista tietoa hoidosta ja sen laadusta, hoidon sujuvuudesta, resursoinnista sekä saaduista tuloksista. Kirjaamisen arviointi voidaan siis heidän mukaansa nähdä niin hoitoprosessin kuin potilaan ja hoitohenkilöstönkin välisenä vuorovaikutuksen arviointina. Se voidaan osaltaan mieltää myös toiminnan arvioinniksi pyrittäessä määrittämään onko saavutettu hoidolle asetetut tavoitteet ja miten niillä on vaikutettu asiakkaan vointiin.

Saranto ja Ensio (2007, 124) toteavat sähköisten hoitotietojärjestelmien toimivan uudenaikaisena mahdollisuutena kirjata, käyttää ja säilyttää tietoja. Sähköiset järjestelmät tekevät heidän mukaansa hoitotietojen tilastoimisesta helpompaa, jolloin kirjaamisen arviointiin saadaan lisäksi uusia apuvälineitä.

Laadun arviointi on on hyvin merkittävä tehokkuuden osa ja mahdollistaa terveydenhuollossa tarkoituksenmukaisten tavoitteiden syntymisen. Laatukriteerit antavat kuvan siitä, minkälaisista tulosta ja laatutasoa arvioitaessa tavoitellaan. Kirjaamisen arviointilomakkeen avulla voidaan saada selkeä määritelty tulos välillä ei hyväksyttävä - kiitettävä. (Huovinen ym. 2011.) Kirjaamisen arviointi tuottaa aina tietoa siitä, kuinka hoitotyötä voidaan mahdollisesti kehittää ja antaa siten myös perusteita toiminnan muuttamiselle. (Ensio & Saranto 2007). Arvioinnin toteuttajan tehtävänä olisi saavuttaa hyvätasoinen arviointi, jota voitaisiin hyödyntää tulevaisuudessakin (Robson 2000). Arvioijan haasteena onkin kehittävien käytäntöjen rohkaiseva esittäminen kohdeyksikölle, sillä muutokset saattavat aiheuttaa vastahakoisuutta henkilökunnassa totuttujen työtapojen muuttumisen vuoksi (Grainger 2010).

Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen arviointimalli on kehitetty osana HoiData-hanketta (9/2007-10/2009). Sen avulla pystyttiin tarjoamaan terveydenhuollon toimijoille työkalu systemaattiseen kirjaamisen arviointiin ja yhteisen kirjaamiskäytännön juurruttamiseen. Arviointitapoja on useita erilaisia ja niitä voidaan suorittaa prosessien eri vaiheissa. Hoitotyön kirjaamisen auditoinnin avulla voidaan tuottaa monipuolista tietoa käytännön toiminnasta. Näiden tulosten pohjalta voidaan tehdä tilastoja ja raportteja, joita on mahdollista käyttää hyödyksi sekä operatiivisessa että hallinnollisessa päätöksenteossa.

Saranto ja Ensio (2007, 123) toteavat, ettei kirjaamisen arviointi ole itsetarkoitus, vaan sen tavoitteena on tuottaa monipuolista tietoa hoidosta ja sen laadusta, hoidon sujuvuudesta, resursoinnista sekä saaduista tuloksista. Kirjaamisen arviointi voidaan siis heidän mukaansa nähdä niin hoitoprosessin kuin potilaan ja hoitohenkilöstönkin välisenä vuorovaikutuksen arviointina. Se voidaan osaltaan mieltää myös toiminnan arvioinniksi pyrittäessä määrittämään onko saavutettu hoidolle asetetut tavoitteet ja miten niillä on vaikutettu asiakkaan vointiin.

Saranto ja Ensio (2007, 124) toteavat sähköisten hoitotietojärjestelmien toimivan uudenaikaisena mahdollisuutena kirjata, käyttää ja säilyttää tietoja. Sähköiset järjestelmät tekevät heidän mukaansa hoitotietojen tilastoimisesta helpompaa, jolloin kirjaamisen arviointiin saadaan lisäksi uusia apuvälineitä.

Laadun arviointi on on hyvin merkittävä tehokkuuden osa ja mahdollistaa terveydenhuollossa tarkoituksenmukaisten tavoitteiden syntymisen. Laatukriteerit antavat kuvan siitä, minkälaista tulosta ja laatutasoa arvioitaessa tavoitellaan. Kirjaamisen arviointilomakkeen avulla voidaan saada selkeä määritelty tulos välillä ei hyväksyttävä - kiitettävä. (Huovinen ym. 2011.) Kirjaamisen arviointi tuottaa aina tietoa siitä, kuinka hoitotyötä voidaan mahdollisesti kehittää ja antaa siten myös perusteita toiminnan muuttamiselle. (Ensio & Saranto 2007). Arvioinnin toteuttajan tehtävänä olisi saavuttaa hyvätasoinen arviointi, jota voitaisiin hyödyntää tulevaisuudessakin (Robson 2000). Arvioijan haasteena onkin kehittävien käytäntöjen rohkaiseva esittäminen kohdeyksikölle, sillä muutokset saattavat aiheuttaa vastahakoisuutta henkilökunnassa totuttujen työtapojen muuttumisen vuoksi (Grainger 2010).

Arviointitapoja on useita erilaisia ja niitä voidaan suorittaa prosessien eri vaiheissa. Hoitotyön kirjaamisen auditoinnin avulla voidaan tuottaa monipuolista tietoa käytännön toiminnasta. Näiden tulosten pohjalta voidaan tehdä tilastoja ja raportteja, joita on mahdollista käyttää hyödyksi sekä operatiivisessa että hallinnollisessa päätöksenteossa.

3.7 Sähköinen valtakunnallinen Kanta-arkisto

Kansaneläkelaitos eli Kela ylläpitää julkisia palveluita, jotka koostuvat eReseptikeskuksesta, potilastiedonarkistosta, lääketietokannasta ja tiedonhallintopalvelusta. Näitä kutsutaan yhteisellä nimellä Kansallisen terveysarkiston palvelut eli Kanta-palvelut. Ne ovat kansalaisille tarjottavien julkisten palvelujen verkossa olevia uusia palveluita, joiden tarkoituksena on parantaa kansalaisten terveystietojen saatavuutta siellä, missä niitä tarvitaan. Näin tieto välittyy jouhevasti eri terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön kansalaisten terveyden- ja sairaanhoitoa suunniteltaessa. (Kanta 2014b.)

Hoitotyön osalta Kanta-potilastietoarkistoon liittyttäessä sinne siirtyvät yhteenvetotekstit. Kansalaiset voivat Omakanta-palvelun avulla katsella itseään Kanta-palveluihin tuotettua tietoa joko potilastiedonarkistosta tai reseptikeskuksesta. Tiedonhallintapalveluissa kansalaiset voivat tallettaa tahdonilmaisujen kautta hoitotahtonsa, elinluovutustestamenttinsa sekä ilmaista suostumuksensa ja kieltonsa heistä Kanta-arkistoon kirjattujen tietojensa katseluun. Terveydenhuollon palveluntarjoajat tuottavat ja katselevat tietoa potilastiedonarkistosta. (Kanta 2014a.)

4. ÄITIYSNEUVOLAN KIRJAAMISEN NYKYTILANNE

Äitiysneuvolatoiminta ja siihen liittyvä palvelusuunnitelma sisältöineen pohjautuu valtakunnallisiin asetuksiin, suosituksiin ja erikoissairaanhoidon kanssa sovittuihin käytänteisiin. Äitiysneuvolatyön perustana on naisen ja hänen perheensä tarpeista lähtevä yksilöllinen terveydenhoitosuunnitelma, joka tehdään ensimmäisellä vastaanottokäynnillä. Painopiste on ennaltaehkäisevässä, perheiden hyvinvointia lisäävässä työssä. Jokaisen asiakkaan kohdalla arvioidaan hoidon, tutkimusten, ohjauksen ja neuvonnan tarve yksilöllisesti. Neuvolatoiminnan tavoitteena on turvata odottavan naisen ja syntyvän lapsen hyvinvointi terveystarkastusten, seulontatutkimusten ohjauksen ja neuvonnan avulla. Toiminnassa painotetaan koko perheen hyvinvointia.

Äitiysneuvolaoppaan (2013, 310-311) mukaan terveystarkastusten tietojen yhdenmukainen kirjaaminen ja tilastointi tekevät näkyväksi koko perheeseen kohdistuvan neuvolatyön. Äitiysneuvolassa kirjataan raskaana olevan potilaskertomukseen raskauden seurantaan liittyvät tiedot ja tutkimustulokset sekä laaditaan yksilöllinen raskaudenseurantasuunnitelma. Raskauden hoidon tarve voi muuttua nopeasti ja se luo tarpeen reaaliaikaisen ja päivittyvän tiedon käyttöön eri palvelun toteuttajille asiakkaan suostumuksella. Asiakas ja häntä koskevat tiedot liikkuvat edestakaisin eri palvelun toteuttajien välillä, johon perhelähtöisesti liittyy tarvittaessa kiinteästi sosiaalityön osuus. Lapsen syntymän jälkeen lapsen terveystarkastukseen siirretään äidin raskaudenaikaiset ja synnytykseen liittyvät tiedot, joilla voi olla merkitystä lapsen kasvuun ja kehitykseen.

Äitiyshuollossa palvelukokonaisuuden muodostaa raskaus ja sen seuranta, synnytys ja jatkohoidon järjestelyt. Kuopiossa sovitun käytännön mukaisesti raskaana olevan ensikäynti on niin sanottu laaja terveystarkastus. Laajoissa terveystarkastuksissa tehtävä yhteenveto sisältää sisällään tiivistelmän perheen terveys- ja hyvinvointitilanteesta ja myös tiedon mahdollisista vanhempien pulmista. Terveystarkastajan huolen tarkempi määrittely ja kohdentaminen helpottavat yhteenvetoon laatimista, jossa näkyy johtuuko terveydenhoitajan tai lääkärin huoli asiakkaan perhetilanteesta vai jostakin muusta syystä kuten esimerkiksi äidin tai sikiön hyvinvoinnista tai terveystottumuksista.

Laajassa terveystarkastuksessa raskaana olevan naisen puolison hoitokertomus voidaan avata hänen suullisella suostumuksellaan ja merkitä siihen hänelle tehtyjen terveystarkastusten ja mittauksien tulokset kuten esimerkiksi verenpaine, paino, rokotukset, annettu terveysneuvonta ja mahdolliset jatko-ohjeet.

Potilaskertomukseen kirjaamisen lisäksi raskaana olevan äitiyskorttiin kirjataan keskeiset raskautta koskevat tiedot sekä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat. Tällaisia ovat raskauden esitiedot, veriryhmä, allergiat, käytössä olevat lääkkeet, neuvolan terveystarkastustiedot sekä kohdun kasvun seuranta-tiedot. Äitiyskortti toimii myös päivystystilanteessa tiedon siirron välineenä. Asiakkaalle äitiyskortti on tärkeä dokumentti raskauden seurannasta, synnytyksestä ja vastasyntyneestä sekä synnytyksen jälkitarkastuksesta.

Ennakoiva lastensuojeluilmoitus kirjataan raskaana olevan hoitokertomukseen. Jos ennakoiva lastensuojeluilmoitus perustuu raskaana olevan puolison esille tulleisiin ongelmiin ja hän on paikalla neuvolakäynnillä, voidaan merkintä tehdä hänen suostumuksellaan myös hänen hoitokertomukseensa.

Yhdenmukainen, kattava ja luotettava tietojen kirjaaminen on perusedellytys laadukkaan tiedon saamiselle ja seurannalle. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus AvoHilmo mahdollistaa äitiysneuvolatoiminnan seuraamisen ja vertailun kunnittain, terveyskeskuksittain ja kansallisesti. AvoHilmo on osa Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen valtakunnallista hoitoilmoitusrekisteriä. Kaikki äitiysneulan käynti- ja kontaktitiedot tilastoidaan AvoHilmoon, jonka avulla seurataan muun muassa palvelujen käytön laajuutta ja kattavuutta, asetusten mukaisten terveystarkastusten toteutumista sekä terveydenhuoltolain 51§:n mukaista perusterveydenhuollon hoidon saatavuutta. (Ydintieto-opas 2009, 125-128)

4.1 Äitiyshuollon rakenteiset tiedot äidin potilasasiakirjoissa

Asiakkaan perustiedot on määritelty ydintiedoissa ja ne käsittävät asiakkaan henkilötiedot esimerkiksi nimen sekä henkilötunnuksen sekä yhteystiedot eli osoitteen, puhelinnumeron ja äidinkielen. Näitä tietoja käytetään asiakkaan identifioimiseen ja yhteydenpitoon asiakkaan kanssa.

Hoidon antajan tunnistetiedot identifioivat palvelun toteuttajan ja terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön. Terveidenhuollon toimintayksikön lisäksi identifioidaan palveluyksikkö. Hoidon antajan tunnistetietojen avulla voidaan yksittäiset tiedot liittää tiettyyn palvelun toteuttajaan ja terveydenhuoltoa toteuttavaan henkilöön.

Palvelutapahtuman- ja kokonaisuuden tunnistetietojen avulla yksittäiset tiedot liitetään tiettyyn palvelutapahtumaan ja palvelukokonaisuuteen. Äitiyshuollon neuvolakäynnillä nämä tiedot käsittävät kaikki äidin raskaudenaikaiset käynnit.

Ongelmat ja diagnoosit on määritelty ydintiedoissa ja ne käsittävät asiakkaan riskitiedot, diagnoositiedot sekä hoidon syyn. Riskitiedot voivat olla esimerkiksi tietoja asiakkaan aikaisemmista sairauksista, jonka huomiotta jättäminen voisi aiheuttaa riskin asiakkaan terveydelle ja turvallisuudelle. Riskitietoja käytetään huomauttamaan asiakasta hoitavia henkilöitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti toteuttaa poikkeavalla tavalla. Riskitiedot kuvaavat äidin terveyteen tai aikaisempiin raskauksiin liittyviä riskitekijöitä, joihin kuuluvat esim. allergiat, lääkeyliherkkyydet, erilaiset riskitaudit kuten hepatiitti, hiv, MRSA, CMV, listeria, vesirokko, tuberkuloosi, herpes2, muut infektiot, GBS, Hal-ongelmatt, veriryhmä ja työperäiset riskit. Työperäiseen riskiin kirjataan lisätiedoksi, että kyseessä on äidin työn aiheuttama riski sikiölle, altistusaika ja raskausviikot.

Terveiden vaikuttavat tekijät kuten esimerkiksi tupakointi, päihteet, liikunta, ravitsemus sekä fysiologinen tila on määritelty ydintiedoissa. Nämä seikat ovat tärkeitä keskustelun ja terveysneuvonnan aiheita äitiysneuvoloissa. Ohjauksen ja neuvonnan osalta hyödynnetään hoitotyön luokituksia kirjaamisessa.

Sikiön terveyteen vaikuttavat perhetekijät ovat tietoja, jotka kuvaavat perheen hyvinvointiin liittyviä terveystottumuksia. Perheen hyvinvointiin vaikuttavat myös perheen yhteisen ajan riittävyys, toimeentulo, perheväkivalta, sosiaaliset tautatiedot kuten asuminen.

Perheen ja lähisuvun sairauksiin kuuluvat perinnölliset tai muut sairaudet, jotka voivat olla riskejä sikiölle tai vastasyntyneelle lapselle. Perheen lähisuvun sairauksista kirjataan familiaalinen hyperkolesterolemia, sepelvaltimotauti, diabetes, astma, atooppinen ihottuma, allergiat, liikkumiskykyä rajoittava sairaus tai vamma, periytyvät silmäsairaudet, kuulovamma, syömishäiröt, vaikea masennus, muu psyykinen sairaus sekä oppimisvaikeudet tai ylivilkkaus.

Fysiologiset mittaukset on määritelty ydintiedoissa ja ne käsittävät tietoja, jotka kuvaavat asiakkaan terveyteen tai

Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteeneveto. Äitiyshuollossa hoitotyöhön liittyviä tietoja ovat ravitsemus, virtsaamisen seuranta, suoliston toiminnan seuranta, turvotusten tarkkailu, raskausmyrkytyksen oireet, suonikohjut, äidille annettu ohjaus kuten imetysohjaus, perheen voimavarat ja niin edelleen.

Raskauden nykytila kuvaa raskauden sen hetkistä tilaa. Tietoja ovat pariteetti, aiempien raskauksien lukumäärä ja synnytysten lukumäärä, viimeisten kuukautisten alkamisajankohta, kuukautiskierron pituus ja kierron säännöllisyys, raskauden laskettu aika kuukautisten ja ultraäänen mukaan, menossa olevat raskausviikot, sikiöiden lukumäärä, tieto keinoalkuisesta raskaudesta ja sikiön liikkeet sekä sydänäänet.

Tutkimukset on määritelty ydintiedoissa ja neuvolatyön keskeisiä tutkimuksia veriryhmä ja Rh-tekijät, hiv, hepatiitti ja kuppa, virtsan bakteerit sekä tulehdusnäytteet, sokerirasitus, Papa, ultraäänitutkimukset sekä sikiöseulonnan riskilaskentatulokset.

Lääkitystiedot äitiyshuollossa ovat esimerkiksi raskauden ajan lääkitys kuten muun muassa verenpaine, insuliinihoito, mielialalääkkeet ja kortisonilääkkeet. Preventio on määritelty myös ydintiedoissa. Tämä käsittää asiakkaan saaman sairauksia ehkäisevän hoidon tai neuvonnan. Äitiysneuvolassa rokotuksia ovat anti-D-immunoglobuliini, hepatiitti-tai influenssarokote. Preventioon voidaan kirjata myös foolihappolisä tai D-vitamiini.

Palvelutapahtuman yhteenveto äitiyshuollossa on tärkeää, jonka avulla turvataan jatkohoito. Kirjallinen yhteenveto äidin, lapsen ja koko perheen tilanteesta on olennainen osa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Kuopion kaupungin terveydenhuollossa käytetään Pegasos tietojärjestelmää. Yhteisiä kirjaamisohjeita ei ole laadittu vaan tietyt kirjaamiskäytänteet on yhdessä suullisesti sovittu neuvolan kuukausikokouksessa. Tällaisten sopimusten ongelmana on, etteivät ne välttämättä tavoita kaikkia ja suulliset sopimukset voivat unohtua. (Ydintieto-opas 2009, 125-139.)

5. TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä arviointitutkimuksen menetelmänä on käytetty sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista menetelmää. Kvantitatiivisen tutkimuksen etuna on sen selkeys ja hankalia vaiheita ei välttämättä tule, koska useimmiten seuraava vaihe tiedetään. (Eskola 2001, 133)

Hoitotyössä määrällistä tutkimusta on toteutettu jo pitkään, koska sillä saadaan tuotettua tieteellistä tietoa ja näin sillä on ollut keskeinen asema näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen luomisessa. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti. Sen tarkoituksena on vastata kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Tutkija ryhmittelee tutkimusaineiston numeeriseen muotoon ja selittää olennaisen numeraalisen tiedon sanallisesti. Määrällisen aineiston ominaisuus on myös sen melko suuri otos (Vilkkä 2007, 14-17.)

Laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruun kohteena on ihminen, joten kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu hyvin hoitajien kirjaamisen laadun arviointiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää ja paljastaa tosiasioita tai odottamattomia seikkoja. Tyypillistä laadulliselle tutkimukselle on myös, että aineiston kerääminen tapahtuu luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa sekä kohdejoukko valitaan tarkoituksellisesti. Laadullinen tutkimus voidaan toteuttaa käyttämällä yhtä ainietonkeruumenetelmää tai käyttämällä useita menetelmiä rinnakkain tai yhdistelemällä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157-160).

5.2 Mittarina kirjaamisen arviointilomake

Tässä opinnäytetyössä hoitotyön kirjaamisen auditointi toteutettiin valmilla vuonna 2008 kansallisen kirjaamismallin auditointia varten laaditulla kirjaamisen arviointilomakkeella, joka valmistui osana HoiData-projektia ja on nimeltään kirjaamisen arviointilomake. (Kaila & Kuivalainen 2008).

Kirjaamisen arviointilomakkeessa (taulukko) on 13 hoitotyön kirjaamista eritavoin arvioivaa kysymystä. Ensimmäiset 5 kysymystä käsittelevät hoitotyön prosessia. Niiden tarkoituksena on selvittää onko hoidon eri vaiheet kirjattu prosessimallin mukaisesti niihin tarkoitettuihin kohtiin potilaskertomuksessa. Seuraavien kahden kysymyksen (6 ja 7) tarkoituksena on kartoittaa onko tarve ja tavoite sekä tavoite ja tulos yhteydessä toisiinsa. Kysymykset 8 ja 9 selvittävät, miten potilaslähtöisyys kirjaamisessa toteutuu. Tarkoituksena olisi saada selville myös, huomioidaanko kirjaamisessa asiakkaan yksilöllisyys sekä hoidon suunnitelmallisuus, tavoitellisuus ja vaikuttavuus (kysymykset 10-12). Lomakkeen viimeinen kysymys (13) koskee hoitotyön yhteenvetoa.

Arviointilomakkeen 13 kysymykseen saatiin vastaus seuraaviin tutkimuskysymyksiin kirjaamista analysoimalla.

Onko sähköiseen potilaskertomukseen kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaista ja toteutuuko siinä vaadittu rakenteisuus?

Millä tavoin potilaskertomuksen hoitosuunnitelmassa näkyy yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys?

Kirjaamisen arviointilomake

Nro	ARVIOITAVAOSIO Kyllä=1 Minimilaatutaso: Kohdat 1-2, 4-5 ja 13 kirjattu	Kyllä=1	Ei=0
1	Tarve: Onko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?		
2	Tavoit: 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? Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?		
7	Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?		
8	Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena?		
9	Onko tavoite ilmaistu potilaan tarpeena?		
10	Onko toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa?		
11	Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?		
12	Onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu/onko valitulla auttamismenetelmällä ollut vaikuttavuutta?		
13	Yhteenveto: Onko yhteenveto tehty hoitojaksosta?		

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 ei ole tai on Suomen kansalainen. Kun dikotomisen muuttujan ominaisuutta halutaan hyödyntää tutkimuksessa, se koodataan 0 - 1 muuttujaksi. (KvantiMOTV 2007.) Arvioinnin helpottamiseksi Kirjaamisen arviointilomake sisältää ohjeistuksen kohdille 8 - 12 (taulukko 3). Taulukon perusteella kirjaamista tulkitaan niin, että kyllä vaihtoehto kertoo potilaslähtöisestä kirjaamisesta.

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 haava-vuotoa
Kohta 10	Kyllä	Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tavoitteeseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla HUOM! tässä kirjaus kuuluu olla hoitajan tekemistä
	Ei	Hoitajan toiminta on kirjattu irrallisena, rutiinomaisena tekemisenä tai potilaan tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole edes kirjattu esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta (ilman tarkempaa sisältöä), muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään
Kohta 11	Kyllä	Tulos on vertailua suhteessa potilaan tavoitteen saavuttamiseen (kts. kohta 9)
	Ei	Tulos on kuvausta hoitajan tekemisestä esim. ohjaus suoritettu, jat-kohoito 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. keskusteltu ravitsemuksesta, mutta ei mainintaa, mikä oli keskustelun tulos

Taulukko 3: Tutkimusmittarin ohje (Kaila&Kuivalainen 2008)

TASO	TULOS	SUOSITUS
Ei-hyväksyttävä	0,00 - 4,99	Huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle
Heikko	5,00 - 6,99	Tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisosaaminen ja tee kehittämissuunnitelma
Tyydyttävä	7,00 - 8,99	Varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
Hyvä	9,00 - 10,99	Varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma
Kiitettävä	11,00 - 12,00	Varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla

Taulukko 4. Kirjaamisen tasot Kailan ja Kuivalaisen(2008)lomakkeen mukaan

Taulukossa on kirjaamisen arviointilomakkeessa näkyvät saatujen tulosten suositukset.

5.3 Aineiston keruumenetelmä ja aineistonkeruu

Tehty tutkimus on arviointitutkimus. Arviointi on tutkittavan ansion ja arvon määritelmää. Tutkittavasta tehdään arvottavia johtopäätöksiä ja kerrotaan totuudenmukaista tietoa. Arviointi perustuu mahdollisimman luotettavasti ja järjestelmällisesti kerättyyn aineistoon, jonka tarkoituksena on määritellä tutkittavan toiminnan arvoa. Saatu tieto on enimmäkseen määrällistä. (Robson, 2001, 25).

Arviointitutkimus on järjestelmällistä tutkimuksen menettelytapojen soveltamista arvioitaessa erilaisen toimenpiteiden ja päätösten toteuttamista, hyödyllisyyttä ja vaikutuksia. Arviointitutkimuksessa voidaan käyttää ja soveltaa erilaisia sosiaalitieteen tutkimusmenetelmiä kuten esimerkiksi haastatteluja, havainnointia ja kirjallisia materiaaleja, jotka yhdistetään arviointituloksen saamiseksi. (Sosiaaliportti, 2014, Miten tutkia käytäntöä)

Tutkimuksen toteutusyksiköt olivat Kuopion äitiysneuvolat. Tutkimuksesta jäivät pois Nilsiän, Maaningan ja Karttulan äitiysneuvolat. Kirjaaminen neuvoloissa tapahtuu sähköisesti Pegasos-potilastietojärjestelmään. Kirjaamisen menetelmänä käytetään systemaattista, rakenteista kirjaamista. Kirjaaminen tapahtuu asiakkaan tietoihin hoitosuunnitelman kautta hoitoprosessia mukaillen. Neuvoloissa koettiin tarvetta kirjatun tiedon sisällöllisen arvioinnin tekemiseen.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineiston muodostaa kuuden äitiysneuvolan asiakkaana olevien hoitotyön suunnitelmat sekä raskauden seurannan kirjaamisen osiot ajalla 23-25.3.2016. Kahdesta suurimmasta neuvolasta (Keskustan ja Pyörön neuvolat) hoitosuunnitelmia kerättiin yht. 40 kpl ja neljästä pienemmästä neuvolasta jokaisesta 5kpl eli yhteensä 20 kpl.

Tätä niin sanottua toisen käden aineistoa kutsutaan myös sekundaariaineistoksi, jolla tarkoitetaan, että aineisto on jonkun muun kuin tutkijan itse keräämää aineistoa. Valmis aineisto on harvoin käytettävissä tutkimuskäyttöön sellaisenaan ja siksi sitä voidaan joutua muokkaamaan esimerkiksi numeraaliseen muotoon. (Hirsjärvi ym.2007, 181-185; Vilka 2007, 30-35.)

5.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin käyttäen apuna Kaila&Kuivalainen (2008) strukturoitua systemaattisen hoitotyön kirjaamiseen kehitettyä arviointimittaria. Materiaalin saatuaan tutkija numeroi jokaiselle 60:lle hoitokertomukselle oman kirjaamisen arviointilomakkeen, jonka tarkoituksena oli lomakkeiden identifiointi. Näin jokaisen arviointilomakkeen pystyi myöhemmin kohdistamaan tiettyyn hoitokertomukseen. Numeroinnin jälkeen alkoi aineiston lähempi tarkastelu. Lomakkeilla saatu tieto analysoitiin sisällön analyysin avulla. Tulokset vietiin Excel-taulukoon, jonka avulla saatiin laskettua tulosten keskiarvo sekä tulokset havainnollistettiin vielä pylväsdiagrammeihin.

Jokainen hoitosuunnitelma käytiin läpi tarkasti kohta kohdalta. Vapaamuotoisia kirjauksia tarkasteltiin suhteessa käytettyyn luokkaan. Käytettyä luokkaa tarkasteltiin suhteessa hoitotyön prosessiin. Arvioitavaa osiota ei hyväksytty, jos vapaamuotoinen kirjaus oli tehty väärään luokkaan tai väärään

hoitoprosessin vaiheeseen. Arviointilomakkeen mukaan kyllä-vastaus täyttyy kun arvioitavasta kohdasta löytyy maininta auditoitavasta kohdasta hoitosuunnitelmista kyseisenä ajanjaksona. Arvioitavien kohtien kyllä-tulokset vietiin neuvoloittain (Keskusta, Pyörö, muut; Päiväranta, Neulamäki, Saarijärvi, Puijo) Exel-taulukkoon. Näin saatiin keskiarvot ja sitä kautta auditointitulokset. Lopuksi kaikki arvioitavat 12 kohtaa havainnollistettiin pylväsdiagrammin avulla.

5.4.1 Sisällönanalyysi tutkimusmenetelmänä hoitotyön kirjaamisessa

Tämä tutkimus on luonteeltaan määrällistä ja laadullista tutkimusta, jossa aineistoa tarkastellaan sisällönanalyysin mukaisesti, yhtäläisyyksiä ja eroja etsitään ja tiivistetään. Laadullisessa tutkimuksessa on vaatimuksena ymmärtää, luoda ja tulkita kuvaava malli tutkittavalle kohteelle. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään moninaisuuteen aineiston keruun myötä. Laadullisessa tutkimuksessa voi olla havainnointia, haastatteluja, asiakirjoja sekä tutkijan omia asiakirjoja. Tässä tutkimuksessa aineistona ovat asiakirjat eli äitiysneuvolan asiakkaiden hoitokertomukset. (Pitkäranta, 2010, 21-22.)

Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa tarkastellaan valmiita tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tekstit voi olla esimerkiksi kirjoja, haastatteluja, keskusteluja tai puheita. Sisällönanalyysin avulla tavoitteena on muodostaa tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä muodossa, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan yhteyteen ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan laadullista sekä sisällön määrällistä erittelyä ja näitä molempia voidaan käyttää ja hyödyntää samaa aineistoa analysoitaessa. Aineisto jaetaan pienempiin osiin, käsitteellistetään ja vielä järjestetään uudelleen uudenlaiseksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. (Tuomi&Sarajärvi2002, 105-116)

Sisällönanalyysi on suunniteltu tekstissä olevien sanojen järjestämiseksi erilaisiin luokkiin. Kysymys on aineistossa ilmenevistä tarkoituksista, merkityksistä ja aikomuksista sekä seurauksista ja yhteyksistä. Burnsis ja Groven (2001) mukaan sisällönanalyysi voi olla määrällistä ja laadullista. Se on systemaattinen menetelmä, jolla kerätään tietoa joidenkin sanojen, lauseiden tai teemojen ilmaisemisesta, järjestyksestä tai itensiteetistä. Sisällönanalyysissä pyritään tekemään päätelmiä systemaattisesti ja objektiivisesti. Objektiivisuudella tarkoitetaan analyysiä, joka tuotetaan selvästi määriteltyjen sääntöjen mukaan. Hoitotyön kirjallisia suunnitelmia tarkasteltaessa onkin ensin laadittava kirjaamisen minimikriteerit, joiden esiintyvyyttä totetutuneen hoitotyön kirjauksista tarkastellaan. Sisällönanalyysiä käytetään yleisesti menetelmänä hoitotieteessä.

Arviointilomakkeen, joka on johdettu määriteltyjen kriteerien pohjalta, on oltava yksinkertainen ja selkeä, jolla varmistetaan, että toisella tutkijalla on mahdollisuus päästä samaan lopputulokseen samoin toimimalla. Sisällönanalyysi on luotettavaa ja systemaattista silloin, kun sisältö on valittu pysyvien kriteerien mukaan ja kaikki hoitotyön suunnitelmat ja kirjaukset arvioidaan samalla menetelmällä. (Hallila, 2005, 114-115)

Hallilan (2005) mukaan sisällönanalyysissä on kaksi sisäkkäin olevaa prosessia. Sisällön ominaisuuksien tunnistaminen luokittelurungon avulla, joka on ennalta johdettu laadituista kirjaamisen kriteereistä. Etukäteen ei voida tietää, millaista tietoa asiakirjat tuottavat, koska hoitotyön tekijät kirjaavat

saman asian eri tavalla. Säännöt on sovittavissa, mutta niitä on noudatettava samalla tavalla jokaisen asiakirjan kohdalla.

6.TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Hoitotyön kirjaamisen prosessin toteutuminen äitiysneuvoloissa

Kuopion äitiysneuvoissa tehdään jokaiselle asiakkaalle hoitosuunnitelma, johon kirjataan hoitotyön tarpeet, tavoitteet ja suunnitellut menetelmät tavoitteisiin pääsemiseksi. Arvioitavana menetelmänä käytettiin hoitotyön prosessin eri vaiheiden toteutumista sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa suomalaisen hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksen (FinCC)mukaisesti. Tutkimuksen mittarina käytettiin Kailan ja Kuivalaisen 2008 kehittämää arviointilomaketta. Arvioinnin kriteerinä mittarin ohjeiden mukaisesti oli se, että yksikin maininta tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä tutkimusainiöstossa täytti hyväksyttävän kriteerin.

Jokaiselle äitiysneuvola-asiakkaalle oli tehty hoitosuunnitelma ja jokaiseen niistä oli kirjattu kiitettävästi hoitotyön tarpeet, suunnitellut toiminnot (auttamismenetelmät), toteutukset sekä tuloksen arviointia. Valmiiden komponenttien ansiosta tarpeet, tavoitteet, toteus ja arviointi oli kirjattu hoitosuunnitelmassa aina nille varattuihin kohtiin asiakkaan näkökulmasta. Hoidon tavoitteet oli kirjattu 97 prosenttia ja hoidon tulokset oli kirjattu 100 prosenttia eli hoidon arviointi oli kirjattu aina sille varattuun kohtaan. Hoitotyön yhteenvetoa ei oltu kirjattu yhteenkään hoitosuunnitelmaan, koska hoitosuunnitelmat pyydettiin arviointia varten sen hetkisistä asiakassuhteista tietynä ajanjaksona ja hoitosuhteet olivat siis meneillään olevia.

Arviointilomake edellyttää, että kohdat 1-5 on kirjattu jokaiseen hoitosuunnitelmaan. Minimilaatu taso ei aivan täyty kohdissa 1-3, koska ne jäivät pieniltä osin puuttelliseksi. Tarve ja tavoite ei kaikilta osin tullut kaikissa hoitosuunnitelmissa selkeästi esille eikä auttamismenetelmää (kohta 3) oltu kaikkiin hoitosuunnitelmiin kirjattu sille kuuluvaan paikkaan.

Asiakkaan tarpeet ja tavoitteet olivat selvästi yhteydessä toisiinsa (kohta 6) ja nämä oli määritelty hoitosuunnitelman komponentteja käyttäen. Tavoitteen ja toteuksen välillä löytyi yhteys kaikissa hoitosuunnitelmissa (kohta 7, 100 prosenttia)

Kohta 9 eli onko tavoite ilmaistu asiakkaan tavoitteena toteutui vain hiukan alle puolessa hoitosuunnitelmassa eli 35 prosenttia. Tämä vaikutti myös suoraan kohtaan 11, jossa tulos ei ole ilmaistu suhteessa asiakkaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tuloksena tästä oli siten vain 28 prosenttia. Hoitosuunnitelmissa tulos näyttäytyi kuvausta hoitajan tekemisenä kuten esim. sai sikiön liikelaskentaohjeet, sai raskaustodistuksen, sai synnytysvalmennusikataulun jne.

Toteutuksen kirjaaminen oli kiinteä osa asiakkaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa (kohta 10: 100 prosenttia). Tämä kohta edellyttää, että toteutus on yhteydessä asiakkaan yksilölliseen tavoitteeseen ja kirjaus kuuluu olla hoitajan tekemisenä. Kohdassa 12 tuloksena saatiin 85 prosenttia eli valitun auttamismenetelmän vaikuttavuutta oli arvioitu hyvin kuten esim. ravitsemusasioista ja liikunnan lisäämisestä on keskusteltu, puhuu synnytyspelostaan jne.

Yhteenvetona voidaan todeta, että hoitosuunnitelmat olivat hyvin laadittuja ja pohjautuivat asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaan tarpeisiin (kohdat 4, 5 ja 7 :100 prosenttia) Asiakkaan tarpeet oli jokaisessa suunnitelmassa ilmaistu asiakkaan tarpeena ja toteutuksen kirjaaminen oli kiinteä osa asiakkaan hoitosuunnitelmaa (kohta 10:100 prosenttia.)

Äitiysneuvoloiden kirjaamisen auditoinnin kokonaistulokseksi saatiin 10.30 ja näin voidaan todeta, että kirjaaminen on arviointilomakkeen perusteella laadultaan hyvällä tasolla (maksimitaso 12,00) Arviointilomake suosittelee varmistamaan osaamisen ja tekemään sen mukaisen kehittämissuunnitelma

Äitiysneuvoloiden auditointi tulokset, yhteenveto

	Keskustan neuvola	Keskustan neuvola	Muut(4 neuvola)	%
Tarve kirjattu	20	19	20	98%
Tavoite kirjattu	19	20	19	97%
Suunnitellut auttamismenetelmät kirjattu	20	19	19	97%
Toteutus kirjattu	20	20	20	100%
Tulos kirjattu	20	20	20	100%
Tarve->tavoite	19	19	20	97%
Tavoite->toteutus	20	20	20	100%
Tarve=Asiakkaan yksilöllinen	19	19	18	93%
Tavoite= Asiakaan yksilöllinen	8	6	7	35%
Toteus=Osa hoitosuunnitelmaa	20	20	20	100%
Tulos vs.asiakkaan yksilöllinen tavoite	6	5	6	28%
Auttamismenetelmän vaikutus kirjattu	16	18	17	85%
Yhteenveto hoitojaksosta	0	0	0	
Keskiarvo, auditoinnin pisteet	10,35	10,25	10.30	10,30

Taulukko 4. Äitiysneuvoloiden auditointi tulosten yhteenveto

Ei hyväksyttävä	0,00-4,99	Huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle
Heikko	5,00-6,99	Tarkista asenne kirjaamiseen, tee kirjaamisen kehittämissuunnitelma
Tyydyttävä	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	11,00-12,00	Varmista, että osaaminen jatkuu tällä tasolla

7. POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja hoitotyön kirjaamisen kehittämissuosituksat

Auditoinnin kokonaistulokseksi saatiin 10.30 eli hoitotyön kirjaaminen oli Kuopion äitiysneuvoloissa tehdyn auditoinnin perusteella hyvällä tasolla. Selkeäksi kehittämiskohteeksi nousi kuitenkin asiakkaan hoidon tavoite yksilöllisestä näkökulmasta katsottuna sekä tuloksen ilmaisu suhteessa asiakkaan yksilölliseen tavoitteeseen. Tämä yksilöllinen tavoite ja tulos ovat suoraan toisiinsa verrannollisia.

Hoitotyössä yksi tärkeimpiä periaatteita on potilas/asiakaslähtöisyys. Tuloksissa tarpeet oli lähes aina ilmaistu asiakkaan tarpeena (kohta 8: 93 prosenttia) ja hoidon tavoitteet oli ilmaistu asiakkaan tavoitteena. Sähköisen potilaskertomuksen kirjaaminen toteutui hoitoprosessin mukaisesti, mutta siinä vaadittu rakenteisuus ei tule selkästi esille, koska rakenteita ei ole pilkottu pienempiin osiin. Asiakaslähtöisyys toteutui kirjaamisessa kiitettävästi. Hoitotyön kirjaamista tulee kehittää ja arvioida jatkuvasti. Tavoitteena kirjaamisessa olisi päästä hyvältä tasolta kiitettävälle tasolle ja varmistaa, että kirjaaminen pysyisi jatkossakin kiitettävällä tasolla.

Nykyisin tiedonsiirto on reaaliaikaista. Kirjaaminen on mennyt eteenpäin, mutta puutteet ovat samankaltaisin kuin ennen sähköisiä potilastietojärjestelmiä. Rakenteista kirjaamista on kehitetty, jotta potilaan/asiakkaan koko hoitopolku näkyisivät selkeästi kaikille häntä hoitaville terveydenhuollon asiantuntijoille. Kirjaamisen merkittävä tavoite on arvioida asiakkaan hoidon vaikuttavuutta ja aikaansaatuja tuloksia. Tarkka, huolellinen kirjaaminen edistää neuvola-asiakkaan hoitoa ja minimoi virheitä tai viiveitä asiakkaan hoidon suunnittelussa.

Äitiysneuvoloista puuttuvat yhtenäiset, sovitut kirjaamiskäytännöt. Suullisesti sovitut käytännöt unohtuvat ajanoloon tai muuttavat muotoaan. Uusille työntekijöille ei ole kirjaamisohjeita vaan käytännöt opitaan ajan oloon vanhoilta työntekijöiltä. Työyksikössä olisi hyvä korostaa kirjaamisen merkitystä sekä tehdä tasaisin aikavälein kirjaamista arvioivaa tutkimusta. Johdon tehtävänä on tuoda julki perusteltua tietoa kirjaamisen merkityksestä henkilöstölle. Näin asiaa kohtaan syntyy kannustava ilmapiiri ja kehittämisenhalu.

Pegasos potilastietojärjestelmään äitiysneuvolaan olisi mahdollista sopia yhteiset kirjaamisen fraasit eli rakenteet. Tämä nopeuttaisi kirjaamista sekä varmistaisi kirjaamisen laatua sekä yhdenmukais-
taisi sitä. Vapaamuotoisena tekstinä kirjatun tiedon hyödynnettävyys on rajallisempaa, jos tietoa halutaan hakea nopeasti ja tarkasti. Sähköisen hoitosuunnitelman rakenteisuus sovittujen fraasien kautta pakottaa samalla noudattamaan hoitoprosessia ja hoitosuosituksia ja siten asiat olisi helpommin löydettävissä jokaiselle äitiysneuvolaa työtä tekeväälle ja parantaa tätä kautta myös potilas-
turvallisuutta.

Tutkimustulosten perusteella voidaan seuraavia suosituksia esittää hoitotyön suunnitelman kirjaami-
seen: Asiakkaan kanssa yhdessä laaditaan hoitosuunnitelma, joka edesauttaa , että asiakkaan tar-
peet, voimavarat ja oikeudet toteutuvat. Lisäksi asiakas on tietoinen hoidon tavoitteista ja lisäksi hän
voi kokea, että voi vaikuttaa hoitonsa suunnitteluun. Suunnitelma näkyy hoidon tarpeet, tavoitteet ja
suunnitellut toiminnot tärkeysjärjestyksessä. Hoidon suunnitelma on myös realistinen suhteessa hoi-
toaikaan ja käytettyihin resursseihin.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tämä tutkimus on arviointitutkimus. Audittoija ei tiedottanut neuvoloiden terveydenhoitajille tutki-
muksen ajankohdasta eivätkä terveydenhoitajat tienneet kiinnittää huomiota kirjaamisen laatuun ky-
seisellä ajankohdalla. Arvioinnin tekemisestä sovittiin sovittiin Terveydenhoitoyksikön palvelupääl-
likkö Kristiina Mäen ja palveluesimies Kirsi Könösen kanssa. Tutkimukseen liittyvän otannan ajan-
jaksona suorittaja ei ottanut tutkimukseen omien asiakkaiden hoitosuunnitelmia. Tutkimuslupa saa-
tiin Keskustan terveyskeskuksen ylihoitaja Päivi Tikkaselta ja se sisälsi luvan kerätä tietoa Kuopion
äitiysneuvoloiden asiakkaiden hoitosuunnitelmat, joita yhteensä keräätettiin 60 kpl. Tutkimuksesta ra-
jattiin pois Kuopion ympäristökuntien neuvolat, kuten Karttula, Maaninka ja Nilsiä.

Tutkimuksessa käytettyjen hoitosuunnitelmien käytöstä opinnäytetyössä ei pyydetty erikseen lupaa
äitiysneuvoloiden asiakkailta, koska tutkimuksessa tarkasteltiin ainoastaan hoitohenkilökunnan kir-
jaamista.

Opinnäytetyötä varten Keskustan ja Pyörön neuvoloista pyydettiin molemmista 20 hoitosuunnitel-
maa. Neulamäen, Saarijärven, Päivärannan ja Puijon neuvoloista pyydettiin 5 hoitosuunnitelmaa eli
neljästä pienemmästä neuvolasta yhteensä 20 hoitosuunnitelmaa , koska nämä neuvolat ovat Kes-
kustan ja Pyörön neuvolaa pienempiä. Hoitosuunnitelmista oli poistettu asiakkaan henkilötiedot se-
kä kirjaajan tiedot, ennenkuin ne saapuivat tutkijalle. Näin tutkittavat tiedot olivat anonyymejä. Tut-
kimuksen materiaali oli kerätty 23-25.3.16 neuvoloiden terveydenhoitajien toimesta. Opinnäytetyön
tekijällä on täysi vaitiolovelvollisuus ja tutkija sitoutui käsittelemään aineistoa niin, ettei tutkimukses-
ta ole mahdollista tunnistaa yksittäisten asiakkaiden hoitokertomuksia. Tutkija sitoutui myös hävit-
tämään tulostetut hoitokertomukset asianmukaisesti Keskustan neuvolassa sijaitsevaan lukittavaan
keräilysäiliöön, jonne luottamukselliset asiakirjat hävitetään.

Auditoinnin tarkoitus ei ollut tutkia asiakkaiden saaman hoidon laatua vaan Kuopion äitiysneuvoloi-
den kirjaamisen toteutumista hoitotyön prosessin mukaisesti. Auditoinnille ominaisia eettisiä osa-

alueita ovat suostumus, yksityisyys ja luottamuksellisuus, jonka vuoksi virallista tutkimuslupaa pyydettiin ja tarvittiin. Hoitosuunnitelmien näkyminen asiaankullumattomille henkilöille ja päätyminen väärin käsiin estettiin huolellisella asiakirjojen käsittelyllä.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa arvioidaan myös tutkimuksen luotettavuutta. Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sen pätevyyttä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Mittaria on käytettävä tehokkaasti ja kattavasti sekä oikeaan kohteeseen oikeaan aikaan. Mittarin käytössä ilmeneviä ongelmia voi olla esim. mittauksen ajankohta tai otannan epäonnistuminen. Virheellinen tutkimusasetelma voi vaikuttaa merkittävästi tutkimuksen kokonaisvaliditeettiin. Tässä tutkimuksessa käytettiin valmista mittaria, jota on käytetty HoiDok ja Hoidata –hankkeissa.

Tämän tutkimuksen materiaali eli äitiysneuvola-asiakkaiden hoitokertomukset kerättiin Keskustan, Pyörön, Saarijärven, Puijon ja Neulamäen terveydenhoitajien toimesta. Koska aineistona oli potilastiedot laki velvoittaa, etteivät muut kuin asiakasta/potilasta hoitavat tahot saa käsitellä kyseisiä hoitokertomuksia.

Tutkimusaineiston otanta muodostui kattavaksi ja määrällisesti kaikki hoitosuunnitelmat saatiin. Tutkimusainiесто käsiteltiin arviointilomakkeen mukaisesti siten että jokaiseen lomakkeen kysymykseen haettiin vastausta vastaus kirjattiin arviointimittarin hyväksytyyn tai hylätyn merkinnän toteutuksena. Tämä tutkimusainiесто koodattiin neuvoloittain. Aineisto käyttöön läpi useaan kertaan ja tulokset arvioitiin jokaisen hoitosuunnitelman päälle tulostettuun arviointilomakkeeseen. Tämän jälkeen hoitosuunnitelman arvioitavat osiot laskettiin neuvoloittain, jonka jälkeen ne vietiin Exel-tilukkuun, josta saatiin tulokset neuvoloittain.

Opinnäytetyö on ollut kohdallani pitkä prosessi työn ohessa. Alkuun pääseminen oli vaikeaa, koska auditointiprosessi ei ollut minulle lainkaan tuttua. Kuitenkin valmiin kirjaamisen auditointiin tarkoitetun vakioidun mittarin löytyminen helpotti prosessia. Tapaaminen Kuopion terveyskeskuksen ylihoitaja Päivi Tikkasen kanssa antoi vahvistusta ja luottamusta opinnäytetyön eteenpäin viemiselle. Tutkimusluvan hakeminen oli helppo ja nopea prosessi. Luvan saatuaani äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat keräsivät minulle tunnollisesti tarvittavan materiaalin, vaikka ajankohta keräämiselle olikin vain muutaman päivän ajalta.

Opinnäytetyötä tehdessäni opin käyttämään Exel-tilukkoa sekä lukemaan runsaasti erilaisia hoitotyönkirjaamisesta tehtyjä tutkimuksia sekä julkaisuja. Analyysivaihe oli mielenkiintoinen ja tästä alkoi syventyminen työhön, joka tempaisi mukaansa. Erityisesti pidin itse arviointiprosessista ja sen sisältöjen pohdinnasta sekä prosenttien laskennasta. Opinnäytetyön myötä tutkimuksen tekemisen taidot kehittyivät ja ymmäryys tutkimusprosessista. Arvioiva ote työssä kirjaamisen laadusta kehittyi, mutta toisaalta myös turhautti huomata, miten äitiysneuvoloiden kirjaaminen on vapaamuotoista ja syventymistä asian ympärillä ei tällä hetkellä ole, jossa pohdittaisiin kirjaamisen sisältöjä ja rakenteita. Myös mielipide-eroja oli huomattavissa työpaikallani kirjaamisen suhteen. Esim. lääkäri saattoi olla sitä mieltä, että jokin tietty asia olisi hyvä kirjata tiettyyn rakenteeseen, mutta niin

pitkään kuin yhteisiä sovittuja sääntöjä ei sovita, kirjaaminen jää suhteellisen vapaaksi. Kirjaamista kyllä ohjaa tietyt käytännöt, mutta valmiiden rakenteiden, fraasien sopiminen helpottaisi ja nopeuttaisi kirjaamista. Olisi myös muistettava, että kirjaaminen on ammatillisen toiminnan olennainen osa ja sillä on myös juridinen perusta.

Jatkoprosessina haluaisin olla pohtimassa kirjaamiskäytäntöjä syvällisemmin organisaatiossani. Työryhmän perustaminen asian tiimoilta olisi kannattavaa. Myös säännöllinen kirjaamiskoulutus olisi hyvä toteuttaa. Näin voitaisiin yhtenäistää kirjaamista ja varmistua siitä, että kirjaaminen tapahtuu sovittujen käytäntöjen mukaan. Opinnäytetyön myötä hoitotyön kirjaamisen tutkimus antoi minulle lisää valmiuksia hyödyntää opittuja taitoja työelämässä ja esimiesosaamiseen tutkimuksen tekeminen toi runsaasti uusia näkökulmia kirjaamisen erityyppisestä siihen liittyvästä tutkimusprosessista.

LÄHTEET

ACENDIO. 2013. [viitattu 2013-09-18]. Saatavissa: <http://www.acendio.net/>

Asetus 298/2009, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.

Burns, N. & Grove, S. (2001). The practice of Nursing Research, Conduct, Critique and Utilization. Fifth Edition. Philadelphia: Saunders.

Cavanagh, S. Content analysis: concepts, methods and applications. Nurse Researchers 4, 5-16.

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

Ensio, A. Tutkimusjohtaja. Kirjaamisen kehittämishanke. KIRKE-koulutus 25.2.2009. 8.10.2010

Ensio, A. Rakenteisuus kirjaamisen kehittämisen työvälteenä. eNNI-hankkeen päätösseminaari 11.10.2010. Saatavissa:

http://www.amk.fi/material/attachments/5uw9m9qTD/Ensio_eNNI_seminaari11.10.10.pdf

Finlex. 2009a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Potilasasia-kirjoihin merkittävät tiedot. Viitattu 14.2.2016. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Finlex 2009b. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäilyistä vahingoista tehtävät merkinnät. Viitattu 24.2.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

Finlex.1992.Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Viitattu 14.2.2016.

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

Finlex,1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä Viitattu 14.2.2016

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Finlex.1999. Henkilötietolaki (1999/523). Viitattu 14.2.2016.

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

Finlex 2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159). Viitattu 24.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

- Finlex 2010a. Sosiaali-ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta(L1227/2010).Viitattu 28.3.2016.<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227?search%5Btype%5D=pika?search%5Bpika%5D=1227%2F2010>
- Finlex. 2010b.Terveys- ja hoito- ja sosiaalilaki (L1326/2010). Viitattu 26.2.2016.
<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 2.3.2016.
- Hakala, M., Vainio, M., Vuorinen, O. 2006. Tietoturvallisuuden käsikirja. Jyväskylä: Docendo Finland Oy.
- Hallila, L. (toim.) 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Hallila L. (1999). Hoitotyön prosessi ja päätöksentekoprosessi hoitotyön kirjallisessa suunnittelussa. Teoksessa: Hallila L. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.
- Hallila L. 2005. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Hallila L. (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- HoiData-hanke 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (Hoidata-hanke) 9/2007 - 10/2009. Loppuraportti. Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Hallintokeskus. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/4519>. 18.4.2010
- Hoitotyön kirjaamisen kriteerit 2007. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. "Kirjaamalla näkyväks". Hoitotyön sähköisen kirjaamisen koulutus. Saatavissa: http://www.salpahanke.fi/hoitotyön_kirjaaminen (28.2.2008).

Hopia H. & Koponen L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto.

Häyrinen, K., Ensio, A. 2008. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A, Tanttu, K, Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Ikonen, H., Rajalahti, E. & Ahonen, O. 2009. Potilasturvallisuus – osaamisen kehittäminen eN-NI-hankkeessa. Osaaja.net, no. 1 (2009). Viitattu 31.3.2016. Saatavissa:

<http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/view/446/513>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korkiakoski, L. 1995 Hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. 2009. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. Viitattu 15.6.2016.

https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206

http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot_otsikot_nakymat_opas_uusi.pdf

Kassara, K., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. WSOY.

KINNUNEN, U-M. 2011. Sairaanhoidajaliitto mukana eurooppalaisessa hoitotyön tiedonhallinnan verkostossa. Viitattu 17.4.2016. Saatavissa: <http://www.sairanhoidaja-liitto.fi/?x57461386=68644929>

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

KvantiMOTV. 2003. Otos ja otantamenetelmä. Viitattu 17.4.2016. Saatavissa:

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.html>

KvantiMOTV. 2003. Otos ja otantamenetelmä. Viitattu 17.4.2016. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö www-sivut. Viitattu 24.2.2016. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2003). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa Niikkonen, Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Wsoy.

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 14.8.2011. Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf

Long, B. 1989. Nursing process: A systematic approach. Teoksessa Medical-surgical nursing – A nursing process approach. USA: The cv. Mosby Company.

Mäkilä M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko-näkyvää vai ei? Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 2007. Hopia H & Koponen L. (toim.). Sairaanhoidtajaliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nissilä A. 2005. Esimerkkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hallila L. (toim.) Helsinki: Tammi.

Nursing Management. Open acces articles on nursing management. 2012. Luettu 30.9.2015. Saatavissa: http://currentnursing.com/nursing_management/nursing_audit.html

Nykysuomen sanakirja. Lyhentämätön kansanpainos. Osat I ja II. 1990. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Parahoo, K. 2006. Nursing Research. New York: Palgrave Macmillan. Parahoo, K. 2006. Nursing Research. New York: Palgrave Macmillan.

Ptkäranta A.2010.Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Satakunnan AMK.

Robson, Colin 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.

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

Rönkkö I. & Väisänen S. 1999. Tavoitteiden määrittäminen hoitotyön kirjallista suunnitelmaa laadittaessa. Teoksessa Hallila L. (toim.). Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Toinen painos. Tampere: Kirjayhtymä.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A.-L. 2007 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sairaanhoitajaliitto, 2007. Hoitotyön kirjaaminen näkyvästi esillä kansainvälisissä konferensseissa. Viitattu 30.10.2015. Saatavissa:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2007/muut_artikkelit/hoitotyon_kirjaaminen_nakyvasti/

Saranto K, Sonninen A , Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto K, Ensio A, Tanttu K, Sonninen A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY oppimateriaalit Oy. Helsinki, 2008, 1216.

Sosiaaliportti, 2014. Miten tutkia käytäntöä. Viitattu 30.9.2015. Saatavissa:

http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/tutkimus/miten_tutkia_kaytanta/#

Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki: 2001. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, ISSN 1236-116X; 2001:3.) ISBN 952-00-0966-3.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/ 298.

Stakes & Tekniikan Sanastokeskus (TSK) (1997). Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto. Ohjeita ja luokituksia 2. Helsinki: Stakes.

Stakes. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 20.11.2015. Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf

Suhonen, P.; & Tenkama, P. 2010. Raportointiohjeet. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

Suomi-Sanakirja. Luettu 23.10.2015. Saatavissa: <http://suomisanakirja.fi/auditointi>

Synnöve, A. 2007. Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 33–47.

Tanttu, K. 2008. Sähköinen kirjaaminen tukee esimiesten päätöksentekoa. Premissi 2/2008, 27-29. Viitattu 31.3.2016. Saatavissa: <http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/premissi/2008/2/29>

THL.2012.Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Terveystietolaki ja sen toimeenpano. Viitattu 24.2.2015.

http://www.thl.fi/fi_Fi/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki

Terveystietolaki 1326/2010.

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkuper/2010/20101326>. Viitattu 24.2.2016

Tuomivaara, T. 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Ulrich, D. 2007. Henkilöstöjohtamisella huipulle. Helsinki: Talentum Media Oy.

Valvira.2011.Potilasasiakirjat. Viitattu 24.2.2016.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat

Vilka, H..2007.Tutki ja mittaa. Helsinki:Tammi.

Virtanen, V. 2010. Teoksen nimi. Julkaisija . Viitattu 20.4.2016 Saatavissa: <http://www.Internet-osoite>.

LIITTEET

Kirjaamisen auditointi tulokset, yhteenveto

Palkkidiagrammi neuvoloiden auditoinnin tuloksista arviointilomakkeen mukaan

Pylväsdiagrammi auditoinnin keskiarvoista eri neuvoloiden välillä

	Tarve kirjattu	Tavoite kirjattu	Suunnitellut auttamismenetelmät kirjattu	Toteutus kirjattu	Tulos kirjattu	Tarve->tavoite	Tavoite->toteutus	Tarve=asiakkaan yksilöllinen	Tavoite=asiakkaan yksilöllinen	Toteutus=osa hoitosuunnitelmaa	Tulos vs.asiakaan yksilöllinen tavoite	Auttamismenetelmän vaikutus kirjattu	Yhteen-eveto kirjattu hoitojak-sosta	Keskiarvo, auditoinnin pisteet
Keskustan neuvola	20	19	20	20	20	19	20	19	8	20	6	16	0	10,35
Pyörön neuvola	19	20	19	20	20	19	20	19	6	20	5	18	0	10,25
Muut (4 neuvolaa)	20	19	19	20	20	20	20	18	7	20	6	17	0	10,30
Yhteensä	59	58	58	60	60	58	60	56	21	60	17	51	0	
	98%	97%	97%	100%	100%	97%	100%	93%	35%	100%	28%	85%		10,30

Ei hyväksyttävä

0,00-4,99

Huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle

heikko

5,00-6,99

Tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisaaminen ja tee kehittämissuunnitelma

tydyttävä

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

11,00-12,00

Varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla

