

KIRJAAMISEN AUDITOINTI TERVEYSPALVELUISSA



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus, Forssa

Syky 2020

Rilla Laine

Ronja Ruostela

Sairaanhoitaja

Tiivistelmä

Forssa

Tekijä Rilla Laine, Ronja Ruostela

Vuosi 2020

Työn nimi Kirjaamisen auditointi terveystalveissa

Ohjaajat Leena Lampinen

TIIVISTELMÄ

Tässä opinnäytetyössä auditointiin Forssan sairaalaan kirjaamista käyttäen Kaila & Kuivalaisen auditointimittaria. Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä rakenteiseen kirjaamiseen ja arvioida rakenteisen kirjaamisen laatua. Tavoitteena oli tuottaa kirjaamisen laadusta tietoa, jota voidaan hyödyntää rakenteisen kirjaamisen kehittämisessä jatkossa. Lisäksi tuloksia verrattiin edellisen kerran vuonna 2014 tehtyyn auditointiin. Opinnäytetyössä perehdyttiin rakenteista kirjaamista, kirjaamismallia, hoitotyön suunnitelmaa, hoitoisuusluokitusta sekä kirjaamista koskevaa lainsäädäntöä.

Opinnäytetyössä auditointiin hoitokertomuksia, jotka saatiin Forssan sairaalan eri osastoilta. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen, mutta se sisälsi kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä. Työtä helpottamassa oli valmiiksi toteutettu auditointimittari.

Kirjaaminen on kehittynyt viimeisen kuuden vuoden aikana. Parhaiten kirjaaminen toteutui hoitotyön tarpeen kirjauksessa. Eniten kehitettävää olisi hoitotyön tuloksen ja arvioinnin kirjaamisessa. Kokonaisuudessaan kirjaaminen saavutti kuitenkin hyvän tason.

Avainsanat Hoitotyön kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, kirjaamismalli, hoitotyön suunnitelma, auditointi

Sivut 29 sivua ja liitteitä 3 sivua

ABSTRACT

In this thesis was audited the recording of health services at Forssa hospital, using the Kaila & Kuivalainen audit meter. The purpose of the thesis was to get acquainted with structured recording and evaluate the quality of structured recording. The aim is to produce information on the quality of recording that can be used in the future for development. In addition, the results are compared with the previous audit made in 2014.

The research material was treatment reports received from various departments of Forssa Hospital. The research method was quantitative, but it included features of qualitative research. The work was facilitated by a pre-implemented audit meter.

Recording has developed over the last six years. The best way to materialize was assessment for the need of treatment. Most attention should be paid to recording the outcome and assessment of nursing work. Overall the recording reached a good level.

Keywords Nursing documentation, structured documentation, model of documents, plan of nursing, auditing

Pages 29 pages and appendices 3 pages

Sisälllys

1	Johdanto	1
2	Hoitotyön kirjaaminen.....	1
2.1	Rakenteinen kirjaaminen	2
2.2	Lainsäädäntö	3
2.3	Kirjaamismalli	6
2.4	Hoitotyön suunnitelma	7
2.5	Hoitaisuusluokitus.....	8
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	9
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	10
4.1	Aineistonkeruumenetelmät	10
4.2	Auditointi ja auditointimalli	11
4.3	Analysointi.....	13
5	Tulokset	14
5.1	Kirjaamisen minimilaatutason toteutuminen.....	14
5.2	Rakenteisen kirjaamisen tavoitteellinen toteutuminen	15
5.3	Rakenteisen kirjaamisen yksilöllinen toteutuminen.....	17
5.4	Auditoinnin tulokset vuodelta 2014	19
5.5	Vertailu aikaisempaan auditointiin	21
6	Pohdinta	25
6.1	Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset.....	25
6.2	Eettisyys	27
6.3	Luotettavuus	28
	Lähteet.....	30

Liitteet

- Liite 1 Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje
Liite 2 Kirjaamisen arviointilomake

1 Johdanto

Hoitotyön laadukas kirjaaminen on olennainen osa terveydenhuollon työntekijöiden työtä. Sähköiseen hoitokertomukseen kirjaaminen edistää hoidon jatkuvuutta ja tuo potilasturvallisuutta. Rakenteinen ja yhdenmukainen kirjaaminen lisää laadukkuutta ja perusteellisuutta asiakas- ja potilastiedoissa. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski, 2014)

Tässä opinnäytetyössä perehdyttiin rakenteiseen kirjaamiseen ja sen tämän hetkiseen laatuun tekemällä kirjaamisen auditointi Forssan sairaalalle. Edellinen kirjaamisen auditointi on tehty vuonna 2014. (Puurunen & Saustamo, 2014). Opinnäytetyössä verrattiin tuloksia edelliseen auditointiin.

Auditoinnilla tarkoitetaan hoitotyön kirjaamisen arviointia hoitotyön näkökulmasta. Siinä saadaan tilastollista tietoa kirjaamisen ja hoidon laadusta. Sen avulla arvioidaan organisaatioiden resurssien riittävyyttä sekä koulutuksen tarvetta ja määrää.

(Laaksonen, Niskanen & Ollila, 2012, s. 50) Opinnäytetyössä hyödynnettiin Arja Kailan ja Leena Kuivalaisen tekemää auditointimittaria (liite 1), jota on käytetty myös aiemmassa auditoinnissa. Kirjaamisen auditointi oli tarpeellista Forssan sairaalalle, koska sen avulla voidaan kehittää kirjaamista laadukkaaksi, näyttöön perustuvaksi ja yhdenmukaiseksi.

Opinnäytetyössä keskeisiä käsitteitä ovat hoitotyön kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, kirjaamismalli, hoitotyön suunnitelma ja auditointi. Teoriatieto rakentuu edellä mainituista käsitteistä, joiden lisäksi perehdytään myös lainsäädäntöön hoitotyön kirjaamisen kannalta.

2 Hoitotyön kirjaaminen

Kirjaaminen on olennainen osa sairaanhoitajan ja moniammatillisen tiimin työtä. Kirjaaminen aloitetaan potilaan hoidon tarpeesta ja tiedon keruusta, ja se etenee johdonmukaisesti suunnittelun ja toteutuksen avulla arviointiin. Potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot. Oleellisten tietojen kirjaaminen on jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski, 2014)

Kirjaaminen sähköiseen hoitokertomukseen tuo potilasturvallisuutta ja edistää hoidon jatkuvuutta. Työvuoron vaihto helpottuu, kun hoitokertomus on kirjattu selkeästi.

(Hämäläinen, 2016) Kirjaaminen mahdollistaa laadun valvomisen, arvioinnin ja päätöksenteon. Se perustuu aina kansallisiin ohjeistuksiin sekä lakiin. Potilaan hoidon jatkuvuuden lisäksi kirjaaminen tuo oikeusturvaa ammattilaisille. Kirjaaminen mahdollistaa tiedon kulun paremmin eri ammattitoimijoiden välillä. (Peltonen, 2017)

Hoitokertomukseen kirjataan hoidon tarve, tavoite, suunnitellut toiminnot, toteutuneet toiminnot ja hoidon arviointi ja yhteenveto. Sähköinen kirjaaminen ja Suomalainen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitus muodostavat rungon rakenteiselle kirjaamiselle. (Ahonen ym., 2014)

2.1 Rakenteinen kirjaaminen

Yhteisten ja etukäteen sovittujen rakenteiden avulla kirjaaminen ja tallentaminen potilas- ja asiakastietojärjestelmissä sekä valtakunnallisissa sähköisissä tietojärjestelmäpalveluissa on rakenteista ja määrämuotoista tietoa. Tiedon rakenteisuus tehostaa sen käsittelyä koneellisesti, sekä tiedon sujuvaa kulkua eri organisaatioiden ja järjestelmien välillä. (THL, 2018) Rakenteinen tieto on potilaskeskeistä, täsmällistä ja laadukasta ja sillä kuvataan potilaan hoitoa hoitotyön prosessimallin mukaisena. (Mykkänen, Miettinen & Saranto, 2018, s. 204).

Laineen (2009) tutkimuksessa hoitajien mukaan elektroninen rakenteinen kirjaaminen on tuonut sekä hyviä että huonoja puolia. Hyviä puolia hoitajien mukaan on se, että kirjaaminen on selkeää, eikä jätä tulkinnan varaa käsialan suhteen, tietojärjestelmään jää merkintä kirjaajasta sekä tiedot ovat reaaliaikaisia, joten tämä on tuonut kirjaamiseen selkeästi enemmän turvallisuutta. Erilaiset kirjaamistilanteet mahdollistivat myös hoidollisen päätöksenteon ja se näkyi itsenäisissä ratkaisuisissa, niiden perustelemissa. (Laine, 2008)

Kirjaamisen myötä ajattelukyky on lisääntynyt. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa tarkkuuden. Alussa on ollut ongelmia esimerkiksi ajan käytön kanssa, työmäärän ja vastuun katsottiin lisääntyneen. Kirjaamiskäytäntöjä on kehitetty ja näitä kehitetään jatkuvasti.

Hoitajat vaativat tukea, rauhallisen ympäristön kirjaamiseen, ohjelmien kehittämistarpeet ja perusteluja rakenteisen kirjaamisen merkitykseen. (Laine, 2008)

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että kirjaaminen ja hoitotyön prosessi vaativat kehittämistä. Potilaan turvallisuuden kannalta on tärkeää arvioida jatkuvasti hoitotyön toteutusta. Yksinkertainen tapa varmistaa ja parantaa hoitotyön laatua, on huolellinen kirjaaminen. (Gunhardsson, Svensson & Berterö, 2007)

Asiakastietojen rakenteistaminen perustuu asiakas asiakirjojen määrittelyyn. Lisäksi käytetään asiakirjojen käytössä tarvittavia luokituksia. Keskeiset tiedot, joita tarvitaan potilaan hoidossa, on määritelty kokonaisuudessaan rakenteisina tietosisältöinä. Tällä tarkoitetaan sitä, että jokainen potilaasta kirjattava tieto kirjataan erikseen tätä varten määritettyyn tietokenttään. (THL, 2018)

Yhdenmukainen kirjaaminen varmistaa sen, että asiakas- ja potilastiedot ovat laadukkaita ja kattavia. Rakenteisesta tiedosta saatu hyöty perustuu tiedon tunnistettavuuteen. Tällöin sitä voidaan myös käsitellä koneellisesti. Sähköiseen potilaskertomukseen voidaan liittää tietoja hoitosuosituksista tai potilaan riskitiedoista. (THL, 2018)

Prosessin vaiheet hoitotyössä sisältävät tiedon keruun ja analysoinnin potilaan voinnista, hoidon tarpeen määrittämisen, tavoitteen asettamisen, suunnittelun sekä toteutuksen ja arvioinnin. Hoito-työn suunnittelu sisältää tiedon hoidon tarpeesta ja tavoitteista, sekä hoitotoimien määrittämisen. Ennen rakenteista kirjaamista on tutkimuksissa raportoitu kirjaamisen noudattavan hoitotyön prosessia. Samanaikaisesti on raportoitu myös puutteista koskien hoitotyön prosessin eri vaiheiden kirjaamista. (Mykkänen ym., 2018, s. 205)

2.2 Lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamista määritellään ja käsitellään lainsäädännössä. Näitä ovat esimerkiksi laki yleisten asiakirjojen julkisuudesta, henkilökisterilaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, asetus potilasasiakirjoista ja terveydenhuoltolaki

sekä potilasvahinkolaki. Lait eivät sulje toisiaan pois, vaan täydentävät toisiaan. (Niiranen, 2015, s. 6)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että toteutettaessa terveyden- ja sairaanhoitoa on tarvittaessa laadittava suunnitelma koskien tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta tai muuta vastaavaa toimintaa. Suunnitelma tulee laatia yhteisymmärryksessä potilaan, tämän omaisen, läheisen tai hänen laillisen edustajansa kanssa, ja siitä tulee käydä ilmi potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992)

Hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen sekä tarvittava seuranta hoidon turvaamiseksi kuuluu terveydenhuollon ammattilaisille ja ne kaikki merkitään potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjoja, tutkimuksia, elinmalleja sekä biologista materiaalia, mitä voi hoidossa syntyä, tulee säilyttää tietty aika, jotta mahdolliset tieteelliset tutkimukset sekä korvausvaatimukset, hoidon toteuttaminen ja järjestäminen ovat mahdollisia. Tämä pätee kaikkiin terveydenhuollon toimintayksiköihin sekä itsenäisesti harjoittavaan ammattihenkilöön. Kun potilasasiakirjoille, malleille ja näytteille ei ole enää perusteita, ne tulee välittömästi hävittää. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007)

Tiedot, jotka sisältyvät potilasasiakirjoihin, ovat aina salassa pidettäviä. Ilman potilaan kirjallista suostumusta ei terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä henkilö saa antaa potilasasiakirjoihin sisältyvää tietoa sivulliselle. Tietoja saa antaa potilaan laillinen edustaja kirjallisella suostumuksella, jos potilaalla ei ole edellytystä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä. Tässä laissa sivullisella tarkoitetaan muita henkilöitä, kuin toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. On myös hyvä muistaa, että salassapitovelvollisuus säilyy myös palvelusuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä edistää asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan terveydenhuollon palveluiden tuottamiseksi yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja

arkistointijärjestelmä. Näin edistetään potilasturvallisuutta, tehokkuutta sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007)

Asiakastietojen tulee säilyä koko niiden säilytysajan eheinä ja muuttumattomina. Sähköisessä käsittelystä tulee turvata niiden tietojen saatavuus ja käytettävyys. Lisäksi sähköisestä asiakasasiakirjasta tulee olla vain yksi alkuperäinen kappale, joka on yksilöity tunnisteella. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen antajan tulee pitää rekisteriä omien asiakastietojärjestelmiensä ja asiakasrekisteriensä käyttäjistä. Seurantaan varten lokitiedot lokirekisteriin tulee kerätä kaikesta asiakastietojen käytöstä ja jokaisesta asiakastietojen luovutuksesta. Kun käyttöoikeustiedot ja lokitiedot eivät ole enää tarpeen asiakastietojen käytön ja luovutuksen lainmukaisuuden seuraamiseksi, tulee ne hävittää asianmukaisesti. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007)

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat. Lisäksi potilasasiakirjoja ovat lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat, sekä muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Tallennettavaan potilasasiakirjaan voi sisältyä potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvien henkilöiden tekemiä merkintöjä. Sähköisistä potilasasiakirjoista tulee muodostua ehyt asiakirjakokonaisuus käyttäen yksilöityjä palvelutapahtuma- ja palvelukokonaisuustunnuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009)

Potilasasiakirjoja saavat käsitellä potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt vain siinä laajuudessa, kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Merkintöjä potilasasiakirjoihin saavat tehdä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaan myös muut potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt. Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Niihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteutus ja seurannan

turvaaminen ja näiden tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009)

2.3 Kirjaamismalli

Suomalainen hoitotyön kirjaamismalli on kehitetty vuosina 2005–2009 valtakunnallisissa hoitotyön kirjaamisen hankkeissa, joita ovat HoiDok- ja HoiData -hankkeet. Mallin sisältöön kuuluu hoitotyön päätöksenteon prosessimalli, hoitotyön keskeiset rakenteiset tiedot eli hoidon tarve, hoitotoimet, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Lisäksi malliin kuuluu suomalainen hoitotyön luokitusko-naisuus FinCC, eli Finnish Care Classification. (Mykkänen ym., 2018, s. 205)

Potilaan hoitoa kuvataan kirjaamismallin avulla hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. Kirjaus tapahtuu käyttämällä suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta, joka sisältää Suomalaisen hoidon tarveluokituksen, Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen sekä Suomalaisen hoidon tulosluokituksen. Tarveluokitukseen sisältyy 17 komponenttia, 88 pääluokkaa ja 150 alaluokkaa. Toimintoluokitukseen sisältyy 17 komponenttia, 127 pääluokkaa ja 180 alaluokkaa. Tulosluokitukseen sisältyy 17 komponenttia ja sen avulla kirjataan potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Arviointiasteikolla tulos on joko parantunut, pysynyt ennallaan tai huonontunut. (Mykkänen ym., 2018, s. 206)

Tarveluokitus kertoo potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, joita voidaan lievittää tai poistaa hoitotoimintojen avulla. Potilaan hoitoon ja elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia kartoitetaan hoitotyön tarpeen määrittämisessä. Hoitaja voi tehdä erilaisia mittauksia sekä havainnoi potilasta ja potilas kertoo omista oireistaan itse. Hoitotyön tarve määritellään saatujen tietojen perusteella yhdessä potilaan kanssa. Tästä alkaa hoitotyön kirjaamisen prosessin vaihe, jolla tuetaan tavoitteiden asettamista ja pyritään hoidon onnistumiseen. Seuraava hoitotyön kirjaamisen prosessin vaihe on tavoiteluokitus. Tavoiteluokituksessa käytetään hoidon tarpeita. Tavoitteiden tulee olla mahdollisia, realistisia, suhteessa hoitoaikaan, potilaslähtöisiä, arvioitavissa ja resursseihin käytettävissä olevia. (Niiranen, 2015, ss. 10–11)

Toimintoluokitukseen kirjataan hoidon suunnittelu ja toteutus. Tarpeisiin nähden tärkeimmät auttamiskeinot tulevat tähän. Näillä toiminnoilla pyritään vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen. Potilaan tilan ja oireiden seuranta ja tarkkailu, auttaminen, hoitaminen, avustaminen ja tukeminen, toteuttaminen, suorittaminen, ohjaaminen ja erilaisten asioiden ja välineiden järjestäminen ja niistä huolehtiminen ovat keskeisiä hoitotyön toimintoja. (Niiranen, 2015, s. 11)

Tulosluokituksessa kuvataan potilaan vointia ja hoidon aikana tapahtuneita muutoksia. Vointia ja muutoksia verrataan hoidon tarpeeseen, asetettuihin tavoitteisiin, toteutuneeseen hoitoon ja käytettyihin hoitotyön auttamiskeinoin. Lisäksi sillä arvioidaan hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla: tulos ennallaan, parantunut tai heikentynyt. (Niiranen, 2015, s. 11)

Mykkäsen, Miettisen ja Sarannon (2018) tutkimuksessa hoitokertomuksien yhteenvedojen rakenteita käytettiin hyvin pääosin ja kaikissa oli henkilötiedot ja hoitoyksikkö. Useimmin kirjattiin hoidon tarve ja hoitotoimet hoitoprosessin vaiheista. Harvemmin kirjattiin hoidon tulos. Jos potilaassa on tapahtunut muutosta, käytettiin tuloksen arviointimittaria (parantunut, ennallaan, huonontunut). Kolmanneksessa yhteenvedoissa kirjattiin potilaan hoitoisuustieto. Potilaan hoitoaika ja asiakirjan laatija sen sijaan kirjattiin alle viidesosassa yhteenvedoista. Tietorakennetta ei käytetä automaattisesti. Kaikkia rakenteisia tietoja käytettiin yhteenvedossa vain 41 prosentissa koko aineistosta, jotka ovat hoidon tarve, hoitotoimet, hoidon tulos ja hoitoisuus, otsikot loppu- tai väliarviointi yhteenvedossa. Hoidon prosessin vaiheita käytettiin 66 prosentissa aineistossa, joita ovat hoidon tarve, hoitotoimet ja hoidon tulos. Yhteenvedossa hoito prosessi vaiheiden lisäksi käytettiin myös hoitoisuustietoa. (Mykkänen, Miettinen & Saranto, 2018b, ss. 255–256)

2.4 Hoitotyön suunnitelma

Yksilöllinen, laadukas ja kokonaisvaltainen hoitotyö toteutuu, kun potilaalle tehdään asianmukainen hoitosuunnitelma. Potilaan hoitoa koskevat linjaukset, seuranta ja hoidon järjestäminen kirjataan hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelma tulisi tehdä yhteistyössä potilaan kanssa niin, että potilas ymmärtää tilanteen. (Valvira, 2015) Hoitosuunnitelman on oltava yhtenäinen ja selkeä suunnitelma siitä, miten potilasta hoidetaan ja mitä sillä hoidolla

halutaan tavoittaa. Sen lisäksi, että potilas ymmärtäisi tilanteensa, hoitosuunnitelma on hyvä tapa lisätä omahoitoa, sekä tukea elämäntapamuutoksia. Vaikka hoitosuunnitelmien teko on todettu hyväksi pohjaksi hoidolle, on sen tekemisessä silti puutteita. Potilaslähtöisyys jää vieläkin vähemmälle sijalle ja sen sijaan keskitytään vain johonkin tiettyyn sairauteen. Hoitosuunnitelmien kehittämistä ei tulisi jatkaa hallinnollisista syistä vaan potilaiden ja kliinikoiden kokemusten pohjalta. (Winell, Mikkola, Kuronen & Liira, 2019, ss. 41–45)

Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hoidon tarve, tavoitteet, hoitomenetelmät, toteutus, arviointi ja tulokset. Tällöin koko hoitoprosessi on selkeästi näkyvässä. (Nykänen & Junntila, 2012, s. 20) Rakenteisesti luotu hoitosuunnitelma on lisännyt hoitosuunnitelmien tekoa potilaille. (Hyppönen, Vuokko, Doupi & Mäkelä-Bengs, 2014, s. 112). Kaikkien potilasta hoitavien tahojen tulisi osallistua hoitosuunnitelman tekemiseen. Hoitosuunnitelmasta saadaan silloin potilasta parhaiten palveleva ja hänen tilanteeseensa sopiva. (Valvira, 2015)

2.5 Hoitoisuusluokitus

Hoitotyön kokonaisvaltainen toteutuminen on tärkeää hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Potilaan hoidon tarpeisiin vastaamiseen vaikuttavat henkilökunnan valmiudet, rakenne ja työnjako. (Kaustinen, 2011, s. 46) Hoitoisuudella kuvataan sitä työmäärää, vaativuutta sekä hoidon tarvetta, jota potilas tarvitsee hoidossaan. Arvioinnissa voidaan käyttää apuna hoitotyön suunnittelua ja toteutusta, joita on kirjattu hoidon tarve- ja toimintoluokitusta hyödyntäen. Hoitoisuusluokitus määrittämällä selvitetään potilaan hoitoisuuden tarvetta ja se kuvaa hoitotyön vaativuutta. Hoitoisuusluokituksella saadaan myös selvitettyä hoidon kustannuksia. Kattava ja potilaan tarpeiden mukainen hoitotyön kirjaaminen mahdollistaa hoitoisuuden määrittelyn. (Niiranen, 2015, ss. 11–12)

Hoitoisuusluokituksen luotettavuudesta hoitoisuuden mittaamiseen on tehty vain vähän tutkimuksia. Kaustisen (2011) väitöskirjassa tuodaan esille, että hoitajilla on erilaisia näkemyksiä kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä. Hoitotyötä on ajateltu kokonaisvaltaisena silloinkin, kun hoitaja tekee monia asioita yhtä aikaa. (Kaustinen, 2011, s. 112) Ongelmana hoitoisuusluokituksissa on ollut, että hoitotulosta ei ole huomioitu. Jos hoitoisuutta arvioidaan tarkastelemalla toteutunutta hoitotyötä, se ei välttämättä ole mitannut yksilöllisiä hoidon tarpeita ja niiden vaatimuksia. (Kaustinen, 2011, s. 121)

Rafaela–hoitoisuusluokitus tuottaa tietoa potilaan toteutuneesta hoidosta. Se kertoo työn määrän suhteessa hoitohenkilöstön määrään. Luokituksen avulla saadaan hoitajien työpanos vastaamaan potilaiden hoidon tarvetta. Hoitoisuusluokitusjärjestelmä vahvistaa potilaslähtöisempää hoitotyötä sekä potilasturvallisuus parantuu. (Sotetieto, n.d.)

Hoitajien kirjaama ja yhteisesti jaettava tieto luo perustan yhteisille toimintaprosesseille. Se lisää myös potilaslähtöisyyttä ja läpinäkyvyyttä. Analysoitavissa ovat niin hoitoprosessin laatu, tuottavuus kuin kustannuksetkin. Tietoa saadaan yksikötason resursointiin, organisaation strategiseen suunnitteluun sekä päivittäiseen johtamiseen, joka tukee moniammatillista työyhteisöä sekä sen arvioimista ja kehittämistä. (Sotetieto, n.d.)

Rafaela-järjestelmän säännöllinen ja pitkäjänteinen käyttö tukee hoitajien ammatillista kehitystä. Se tuo hoitajien työn näkyväksi ja on itsensä johtamisen työväline. Järjestelmä esimerkiksi vahvistaa potilaslähtöistä ajattelua, tuo hoitotyön näkyväksi, mahdollistaa oman työn analysoinnin sekä helpottaa hoitohenkilökunnan sitoutumista muutoksiin. (Sotetieto, n.d.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä rakenteiseen kirjaamiseen ja arvioida rakenteisen kirjaamisen laatua Forssan sairaalassa. Kirjaamisen auditointi kyseiselle organisaatiolle oli ajankohtaista, koska organisaation mukaan auditointia ei ole tehty virallisesti vuoden 2014 lähtökartoituksen jälkeen. Auditointi tehtiin hyödyntäen Arja Kailan ja Leena Kuivalaisen tekemää auditointimittaria.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kirjaamisen laadusta tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittämisessä jatkossa.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Miten kirjaamisen minimilaatutaso toteutuu?
2. Miten rakenteinen kirjaaminen toteutuu tavoitteellisesti?

3. Miten rakenteinen kirjaaminen toteutuu yksilöllisesti?
4. Miten rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt aiemman auditoinnin jälkeen?

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, mutta se sisältää myös kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä. Tutkimusmenetelmänä toimi Arja Kailan ja Leena Kuivalaisen tekemä auditointimittari (liite 1 ja 2) ja tarkoituksena oli auditoida hoitotyön kirjaamisen tämänhetkistä laatua hoitohenkilökunnan dokumentteja arvioiden.

Kvantitatiiviset tutkimukset voidaan jakaa pitkittäis- ja poikittaistutkimuksiin.

Poikittaistutkimuksessa aineistoa kerätään vain kerran. Tarkoituksena ei ole tarkastella samaa tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen etenemiseen. Hoitotieteellisistä tutkimuksista suurin osa on poikittaistutkimuksia. Tämä opinnäytetyö toteutettiin poikittaistutkimuksena, koska siinä haluttiin tutkia kirjaamisen tämänhetkistä tilannetta. Poikittaistutkimuksessa voidaan tutkia samaa tilannetta eri ajankohtana. (Kankkunen ym., 2013, s. 56)

4.1 Aineistonkeruumenetelmät

Opinnäytetyössä tarkasteltiin dokumentteina hoitokertomuksia ja tehtiin niiden pohjalta analyysia. Sisällönanalyysissä pyrittiin saamaan tutkittavasta asiasta selville hoitotyön kirjaamisen arviointiohjeen mukainen sisältö ja vastaus. (Leinonen, 2018) Tarkoituksena oli arvioida dokumenttien sisältöä mittarien kysymysten avulla ja antaa kysymyksistä arvoiksi yksi tai nolla pistettä. Opinnäytetyössä haluttiin saada selville, toteutuuko rakenteinen ja yksilöllinen kirjaaminen hoitokertomuksissa.

Opinnäytetyöhön kerättiin aineistoa kohdeorganisaation potilaista, joiden hoitajakso oli jo päättynyt. Keskimääräinen hoitoaika potilailla on ollut noin viisi vuorokautta.

Auditointimittarissa valintakriteerinä on, että hoitajakso on kestänyt vähintään kolme vuorokautta. Organisaatiolta saatiin kotiutuneiden potilaiden hoitokertomuksia (24 kappaletta), joiden perusteella tutkimus on tehty. Hoitokertomukset olivat anonymoituja ja kohdeorganisaation osastonhoitajat valitsivat ne sattumanvaraisesti. Osastonhoitajat valitsivat loka-marraskuussa päättäneistä hoitokertomuksista joka kuudennen. Yhteyshenkilö

oli mukana varmistamassa, että valinta tapahtuu edellä mainituilla kriteereillä. Joka kuudes valinta ei kuitenkaan toteutunut, koska näissä kriteerinä ollut hoitoaika ei ole täyttynyt. Tällöin valittiin joka kuudennesta seuraava hoitokertomus.

Hoitokertomuksia saatiin käyttöön organisaation jokaiselta neljältä osastolta kuusi kappaletta. Tutkittavaa tietoa on ollut yhteensä 24 hoitokertomuksen verran. Tutkittavina osastoina olivat osaamiskeskus, sisätautien, kirurgian ja psykiatrian osastot. Kirjaamisen laatua tutkittiin käyttäen apuna Arja Kailan ja Leena Kuivalaisen tekemää hoitotyön kirjaamisen arviointiohjetta, sekä kirjaamisen arviointilomaketta (liite 1 ja 2).

4.2 Auditointi ja auditointimalli

Auditointi tarkoittaa prosessia, joka on järjestelmällinen, riippumaton ja dokumentoitu. Auditointinäyttö arvioidaan objektiivisesti. Auditoinnin tarkoitus on selvittää, onko organisaation ilmoittamat laatukriteerit täyttyneet (Laaksonen, Niskanen & Ollila, 2012, s. 50), ja onko kirjaaminen tarkoitukseen sopivaa ja tehokasta (Itä-Suomen yliopisto, n.d.). Organisaatio voi tehdä auditoinnin itse, jolloin puhutaan sisäisestä auditoinnista. Ulkoisesta auditoinnista puhutaan, kun auditoinnin tekee joku ulkopuolinen. (Laaksonen ym., 2012, s. 50)

Hoitotyön auditointimalli on kehitetty valtakunnallisissa hoitotyön kirjaamisen HoiDok- ja HoiData-hankkeissa vuosina 2005–2009. Auditoinnin tavoitteeksi asetettiin tuolloin suomalaisen hoitotyön kirjaamismallin mukainen kirjaamisen seuranta, arviointi, kehittäminen sekä ylläpito. Siinä tulee arvioida kirjaamisen rakennetta hoitotyön prosessin mukaan sekä kirjaamisen potilaslähtöisyyttä ja johdonmukaisuutta. Mallilla on tarkoitus arvioida potilaskohtaista kirjaamista ja sillä voidaan osoittaa kirjaamisen taso, laatu ja kehittämisaalueet. (Mykkänen ym., 2018, s. 207)

Auditointimalliin sisältyy 13 kirjattavaa osiota, joita ovat hoidon tarve, tavoite, suunnitellut auttamismenetelmät, toteutus ja tulos. Lisäksi tulee arvioida, vastaako hoidon tarve tavoitetta, tavoite toteutusta, ovatko tarve ja toteutus potilaslähtöisiä, onko toteutus osa hoitosuunnitelmaa ja onko hoidon tulos arvioitu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen. Kahdessa viimeisessä osiossa arvioidaan hoitotyön auttamismenetelmien

vaikutuksen kirjaamista ja sitä, onko hoitojaksolta laadittu hoitotyön yhteenveto. (Mykkänen ym., 2018, s. 207)

Arja Kaila ja Leena Kuivalainen kehittivät HoiDok- ja HoiData -hankkeissa auditoinnin mittarin. Mittari rakennettiin kolmesta eri suomalaisesta aineistosta. Siinä käytettiin hoitotyön ydintietoja, jotka ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Nämä tiedot määrittivät mittarin minimikirjaamisen. Hankkeessa käytettiin induktiivista sisällön analyysia, jonka tuloksena saatiin kuusi kategoriaa: tarve, tavoite, toteutus, tulos, vuorovaikutus ja orientaatio. Lopuksi kerättiin rakenteisen kirjaamisen tilastoja ja käytettiin tehtyjä hoitosuunnitelmia. Näistä rakennettiin mittarin ensimmäinen versio, jota on myöhemmin kehitetty. Mittari on rakennettu kolmesta aineistosta ja saatuja kriteerejä on verrattu kansainvälisten mittarien kriteereihin. Kirjaaminen parantui mittarin käytön jälkeen heikosta tasosta tyydyttävään. Mittaria on kehitetty ja siitä on tehty rinnakkaismittaus. (Kaila, 2014, ss. 113–120)

Opinnäytetyö toteutettiin käyttämällä Arja Kailan ja Leena Kuivalaisen tekemää auditointimallia. Siinä käytettiin arviointilomaketta (liite 2), jossa vastausvaihtoehdot ovat joko kyllä tai ei. Kyllä vastauksesta saa yhden pisteen ja ei vastauksesta tulee nolla pistettä. Pisteiden perusteella lasketaan vastauksien keskiarvo. (KvantiMOTV, 2007) Kyllä – ei, vastaukset saadaan lukemalla hoitokertomukset ja käyttämällä kirjaamisen arviointilomaketta. Opinnäytetyössä mittarina käytettiin hoitotyön kirjaamisen arviointiohjetta. Arviointiohjeessa on 15 osiota, jotka on jaoteltu minimilaatutasoon (1–5), tavoitteelliseen kirjaamiseen (6–10) ja yksilölliseen kirjaamiseen (11–15), jotka on esitelty liitteessä 1.

Minimilaatutason (1–5) saavuttaminen on yksiselitteinen. Vaadittavat asiat on löydyttävä niille varatuista kohdista. Minimilaatutasossa käsitellään hoitotyön tarvetta, tavoitetta, toteutusta, tuloksen arviointia ja yhteenvetoa. Tavoitteellisessa kirjaamisessa (6–10) käsitellään suunniteltuja toimintoja auttamismenetelmistä, tarpeen ja tavoitteen välistä yhteyttä, tavoitteen ja toteutuksen välistä yhteyttä sekä tavoitteen ja arvioinnin välistä yhteyttä. Yksilölliseen kirjaamiseen (11–15) kuuluvat yksilöllisen tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja arvioinnin/tuloksen kirjaaminen potilaan yksilöllisyyteen pohjaten. Jos

kaikista osioista 1–14 on saatu vastaukseksi ”kyllä”, tarkastellaan, onko olennaiset asiat kirjattu loogisesti (15. kysymys).

4.3 Analysointi

Tässä opinnäytetyössä auditointimittari edustaa kvantitatiivisen tutkimuksen näkökulmaa. Opinnäytetyö ei ole puhtaasti kvantitatiivinen tutkimus, vaan siinä on myös kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä. Opinnäytetyössä toteutettiin sisällönanalyysia, joka on kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytettävä aineiston analyysi tapa (Leinonen, 2018). Kvalitatiivisen tutkimuksen näkökulmana on asioiden tulkitseminen (Vehviläinen-Julkunen & Kankkunen, 2009, s. 51) ja opinnäytetyössä tulkittiin hoitokertomuksien sisältöä muuttaen niitä määrälliseen muotoon.

Analysointia varten saadut dokumentit luettiin useaan kertaan (liite 1), jonka jälkeen ne vaihdettiin opinnäytetyön tekijöiden kesken. Saatuja tulkintoja verrattiin, tarkasteltiin ja mietittiin, olivatko ne yhdenmukaisia opinnäytetyön tekijöiden mielestä. Jos näin ei ollut, dokumentit luettiin uudestaan ja näin pyrittiin yhdenmukaiseen lopputulokseen. Tämän jälkeen katsottiin, olivatko kriteerit täyttyneet. Arviointilomakkeessa (liite 2) ”kyllä” - vastauksesta on saanut yhden pisteen, jos osioon on kirjattu vapaata tekstiä. Pelkkä komponentti ja alaluokka eivät ole riittäneet. Yksikin kriteerien mukainen hoitotyön maininta riittää. Jos nämä kriteerit eivät ole täyttyneet, vastaukseksi saatiin ”ei”, joka tarkoitti nollaa pistettä.

Saadut pisteet on kirjattu arviointilomakkeeseen (liite 2) ja pisteistä laskettiin tulos, joka ilmoitettiin prosentteina. Prosentit laskettiin kaikista 24:ssa hoitokertomuksesta. Tulosten arviointi -taulukosta nähtiin suoraan kirjaamisen taso ei hyväksyttävän ja kiitettävän tason väliltä. Kiitettävässä tasossa (11,61–15,00), hyvässä tasossa (8,31–11,60) heikossa tasossa (5,00–8,30) sekä ei hyväksyttävässä tasossa (0,00–4,99) kehitettävää saattaa olla arvioinnin ja yhteenvedon kirjaamisessa, toteutuksen kirjaamisessa, tavoitteiden kirjaamisessa ja/tai tarpeiden kirjaamisessa.

5 Tulokset

Kokonaisuutena hoitokertomukset saavuttivat hyvän tason 9,16 pisteellä. Hyvän tason raja-arvot ovat 8,31–11,60. Vaikka kirjaamisen taso oli hyvää, on siinä silti vielä kehitettävää. Eniten kehitettävää jokaisella osastolla olisi hoitotyön kirjaamisen päivittäisessä arvioinnissa. Hoitotyön toteutuksien kirjaamista oli tehty päivittäin, mutta tulosta tai hoidon arviointia ei ole kirjattu sille varattuun kohtaan. Joissain hoitotyön tilanteissa arviointia oli tehty, mutta se ei ollut päivittäistä. Tämä ei välttämättä kuulu kyseisen organisaation kirjaamisen ohjeistukseen.

5.1 Kirjaamisen minimilaatutason toteutuminen

Kirjaamisen minimilaatutason tarkasteluun sisältyi viisi kysymystä, joihin haettiin vastausta. Minimilaatutason saavuttaminen on yksiselitteinen. Vaadittavat asiat on löydyttävä niille varatuista kohdista. Minimilaatutasossa (kohdat 1–5) käsitellään hoitotyön tarvetta, tavoitetta, toteutusta, tuloksen arviointia ja yhteenvetoa. Tarkasteltavia dokumentteja oli 24 kappaletta.

Ensimmäisen kysymyksen avulla selvitettiin hoitotyön tarpeen kirjaamisen toteutumista. Jokaisessa 24:ssä käsiteltävässä hoitokertomuksessa oli kirjattuna hoitotyön tarve sille varatulle paikalle. Esimerkkejä tarpeen kirjaamisesta olivat: ”alkokatko”, ”kotona pärjäämättömyys”, ”korkea kuume” sekä ”vatsakipu”.

Toinen kysymys käsitteli hoitotyön tavoitteen kirjaamista. Hoitokertomuksista 24:ssä tavoite oli kirjattu sille varatulle paikalle 20:ssä. Esimerkkeinä muun muassa ”ruusuinfektion parantuminen ja kotikuntoisuus”, ”kipujen helpottuminen, kotiutuminen”, ”kouristelun helpottuminen, kotiin palvelutaloon vaimon kanssa” sekä ”mielialan tasaantuminen, ruokahalun kohentuminen”.

Kolmas kysymys käsitteli hoitotyön toteutuksen kirjaamista. Toteutus tuli olla kirjattuna sille varattuun kohtaan. Hoitotyön toiminnot oli kirjattu oikeaan kohtaan kaikissa 24:ssä hoitokertomuksessa.

Neljäs kysymys käsitteli hoitotyön päivittäistä arviointia tai hoidon tuloksia. Hoitotyön arviointi ei ollut päivittäistä yhdessäkään hoitokertomuksessa.

Minimilaatutason viimeisessä kysymyksessä käsiteltiin hoitotyön yhteenvetoa. Yhteenveto oli tehty jokaisessa 24:ssä hoitokertomuksessa. Yhteenvetojen laadussa oli suuria eroja, mutta pisteen saamiseen riitti tehty yhteenveto (Taulukko 1).

Taulukko 1. Minimilaatutason (1–5 arvioitavat osiot) kirjaamisen toteutuminen

1. Hoitotyön tarve kirjattu	100 % (24)
2. Hoitotyön tavoite kirjattu	83 % (20)
3. Hoitotyön toteutus kirjattu	100 % (24)
4. Hoitotyön tulos/arviointi kirjattu	0 % (0)
5. Hoitotyön yhteenveto kirjattu	100 % (24)

5.2 Rakenteisen kirjaamisen tavoitteellinen toteutuminen

Hoitotyön arviointiohjeen kohdissa 6–10 arvioitiin tavoitteellista kirjaamista. Siinä käsiteltiin suunniteltuja toimintoja auttamismenetelmistä, tarpeen ja tavoitteen välistä yhteyttä, tavoitteen ja toteutuksen välistä yhteyttä sekä tavoitteen ja arvioinnin välistä yhteyttä.

Kysymyksessä kuusi käsiteltiin suunniteltujen toimintojen kirjaamista jo hoitotyön suunnitteluvaiheessa. Suunnitellut toiminnot oli kirjattu yksilöllisesti 18:ssä hoitokertomuksessa. Useimmissa hoitokertomuksissa suunnitellut toiminnot oli merkattu yksilöllisesti, mutta osassa oli merkattuna pelkkiä komponenttiluokituksia. Lisäksi pisteytyksessä ei huomioitu, jos yksilöllisesti suunniteltuja toimintoja oli vain yksi. Esimerkkejä suunnitelluista toiminnoista olivat ”Turvotusten tarkkailu: molemmat jalat turvoksissa. 18.11. alkaen tukisidokset molempiin jalkoihin”, ”peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen: ohjataan, pientä apua tarvitsee ajoittain” sekä ”kivun hoito: lääkkeetön hoito, mm. kylmäpakkaukset”.

Seitsemäs kysymys käsitteli suunnitteluvaiheessa valittujen auttamismenetelmien kirjaamista, jotka oli kirjattu 12:ssa hoitokertomuksessa. Tulosta laski olennaisesti se, että suunniteltuja toimintoja ei kaikkiin hoitokertomuksiin ollut merkattu yksilöllisesti. Toisaalta taas pisteen sai tilanteessa, jossa suunnitellut toiminnot oli yksilöllisesti kirjattu ja toteutuksissa näkyi niiden toteuttaminen, vaikka sitä ei ollut merkattu ”arviointi” -kohtaan. Esimerkkinä ”liikkumisessa avustaminen: Eva-telineen turvin liikkuu > 7.10. sauvoilla. Toteutus: kävellyt osastoa ympäri omatoimisesti, ajatteli jospa pitäisi siirtyä kainalosauvoihin pikkuhiljaa”.

Kahdeksannessa kysymyksessä tarkasteltiin kirjatun tarpeen ja tavoitteen välistä yhteyttä. Riittävää oli vähintään yksi yhteinen tekijä ja tämä toteutui 18:ssa hoitokertomuksessa. Neljästä hoitokertomuksesta puuttui hoitotyön tavoite kokonaan, ja tämän takia pisteitys tähän kohtaan oli automaattisesti nolla. Kahdessa hoitokertomuksessa tarpeen ja tavoitteen välillä ei ollut selkeää yhteyttä. Esimerkkinä ”hoitoon tulon syy: kuntoutus, kotona pärjäämisen varmistaminen jatkossa. Hoidon tavoite: kotona pärjääminen kotihoidon turvin”, jossa tarpeen ja tavoitteen välinen yhteys on selkeä. ”Hoitoon tulon syy: alkoholin haitallinen käyttö, osastolle katkolle, anemia, verenvuotoa peräpäästä. Hoidon tavoite: kotikuntoisuus”. Hoidon tavoite oli melko suppea, eikä siinä ole riittävää yhteyttä hoidon tarpeeseen.

Kohta yhdeksän käsitteli kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välistä yhteyttä. Hoitokertomuksissa 20:ssa tämä toteutui, eli yhteys puuttui neljästä hoitokertomuksesta. ”Hoidon tavoite: kouristelun helpottuminen, kotiin palvelutaloon vaimon kanssa. Toteutus: vaihtoi puhtaat yövaatteet itsenäisesti, liikkunut itsenäisesti”. Toteutuksissa on selkeästi huomioitu kotiin

palaamisen tukeminen, mutta kouristelua ja sen hoitoa ei ole käsitelty toteutuksissa. ”Hoidon tavoite: ruusuinfektion parantuminen ja kotikuntoisuus. Toteutus: saanut iltavuorossa listan mukaisesti 2 x Furesis 20mg iv + listan mukaiset iv-antibiootit, itse syönyt sängynpääty koholla, kertoi ruokahalun olevan huono, mutta vähän maistellut päivällisellä ja iltapalalla.”

Kymmenennessä kohdassa tarkasteltiin kirjatun tavoitteen ja tuloksen/arvioinnin välistä yhteyttä, joka toteutui 16:ssa hoitokertomuksessa. Neljän hoitokertomuksen hoidon tavoitteen puuttuminen laski jälleen keskiarvoa. Lisäksi neljässä muussa hoitokertomuksessa tavoitteen ja tuloksen yhteyteen olisi tarvittu tarkennusta. ”Hoidon tavoite: toipuminen kotikuntoiseksi leikkauksesta. Tulos: kivut hallinnassa, haava siisti, jaloissa edelleen turvotusta, turvotus kuitenkin laskenut, liikkeellä ollut omatoimisesti, säärtien iholla ihottumaa, kortisonivoiteesta resepti.” ”Hoidon tavoite: kotiin tukitoimien kartoituksen jälkeen. Tulos: ajoittain toiminta epäadekvaattia, esim. vaihtanut vaatteita useasti. Pääasiassa itsenäisesti selviytynyt päivittäisistä toimista, ajoittain pientä ohjausta vaatii. Veren-paine arvot melko hyvät. Pärjäävät nyt näin kotona” (Taulukko2).

Taulukko 2. Tavoitteellisen kirjaamisen (6–10 arvioitavat osiot) toteutuminen

6. Suunnitellut toiminnot kirjattu	75 % (18)
7. Suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu	50 % (12)
8. Tarve -> tavoite, vähintään yksi yhteinen tekijä	75 % (18)
9. Tavoite -> toteutus, vähintään yksi yhteinen tekijä	83 % (20)
10. Tavoite -> arviointi, vähintään yksi yhteinen tekijä	67 % (16)

5.3 Rakenteisen kirjaamisen yksilöllinen toteutuminen

Osiot 11–15 käsittelivät yksilöllistä kirjaamista. Siihen kuuluivat yksilöllisen tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja arvioinnin/tuloksen kirjaaminen potilaan yksilöllisyyteen pohjaten. Jos kaikista osioista 1–14 oli saatu vastaukseksi ”kyllä”, tarkasteltiin, oliko olennaiset asiat kirjattu loogisesti.

Kohdassa 11 tarkasteltiin, oliko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti. Tarve tulee olla ilmaistu potilaan kannalta yksilöllisesti esimerkiksi muutoksena tai heikkoutena sisältäen vapaata tekstiä, esimerkiksi ”jatkuva vaiva tai yksinasuva”. Jos tarve on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana, tai niukalla rutiininomaisella vapaalla tekstillä, ei tästä ole

annettu pistettä. 16:ssa hoitokertomuksessa tämä ei ole toteutunut, vaan ne sisälsivät vain niukkaa vapaata tekstiä. Kriteerit täyttyivät siis kahdeksassa hoitokertomuksessa. Esimerkiksi ”tipahtanut sängystä, loukannut rintarankansa ja todettu nikamamurtuma. On ollut auttamassa ystäväänsä kauppareissulla, kantanut painavia kauppakasseja. Yöllä herännyt kovaan lapaluiden kipuun. Ei ole päässyt sängystä ylös. Ei uutta traumaa. Kipu rintarangassa, ei säteile, ei halvausoireita, ei ulosteen tai virtsankarkailua. Saapunut päivystykseen, josta siirtyy nyt osastolle.”

Kohta 12 käsitteli tavoitteen yhteyttä potilaan yksilölliseen tarpeeseen. Yhden pisteen sai, jos tavoite on ilmaistu potilaan konkreettisenä tekemisenä, esim. potilas tekee tai tuntee, sisältäen vapaata tekstiä. Tämä on toteutunut vain kolmessa hoitokertomuksessa. Esimerkiksi ”herännyt, kertoo nukkuneensa pari tuntia. Aikoo lukea kirjaa.” ja ”liikkunut rollaattorin turvin ruokasalimatkat, pelkää liukastumista. Annettu kumiverkkosukat, joihin oli tyytyväinen ja sanoi, että niillä on turvallista kävellä.”

Kohdassa 13 käsiteltiin sitä, onko toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen, esimerkiksi seuranta tai avustaminen juuri tällä potilaalla. Pistettä ei ole saanut, jos hoidon tavoitetta ja/tai tarvetta ei ole merkattu, tai jos hoitajan toimintaa on kirjattu rutiininomaisena tekemisen luettelemisena, tai potilaan toiminta on kuvattu irrallisena toteutamisena, esimerkiksi nukkunut, syönyt iltapalan. Tämä kohta on toteutunut 20:ssa hoitokertomuksessa. Esimerkkejä: ”Tarve: ylävatsakipu ja oksentelu, hoidon tavoite: kotikuntoisuus. Toteutus: ruuat maistuneet hyvin, vatsakipua ei ole ruuan jälkeen ilmennyt.”

Kohdassa 14 tarkasteltiin hoidon tulosta/arviointia suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen. Tavoitteen tai yksilöllisyyden puuttuminen on antanut nolla pistettä 11:ssa hoitokertomuksessa, eli pisteen on saanut 13 hoitokertomusta. Esimerkkinä ”tarve: muistamattomuus, tavoite: kotiin tukitoimien kartoituksen jälkeen. Hoidon tulos: ajoittain toiminta epäadekvaattia, esim. vaihtanut vaatteita useasti. Pääasiassa itsenäisesti selviytynyt päivittäisistä toiminnoista. Ajoittain pientä ohjausta vaatii. Pärjäävät nyt näin kotona.”

Jos kaikki osiot 1–14 ovat saaneet pisteen, kohdassa 15 käsitellään, onko olennaiset ja yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti. Yksikään hoitokertomus ei saanut kyllä –vastausta jokaiseen 14 kysymykseen, joten kohta 15 jäi käsittelemättä (taulukko 3.).

Taulukko 3. Yksilöllisen kirjaaminen (11–15 arvioitavat osiot) toteutuminen

11. Tarve = potilaan yksilöllinen	33 % (8)
12. Tavoite = yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen	13 % (3)
13. Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	83 % (20)
14. Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	54 % (13)
15. Yksilöllisyys ja loogisuus -> yksi yhteinen tekijä	0 % (0)

5.4 Auditoinnin tulokset vuodelta 2014

Forssan sairaalassa tehtiin kirjaamisen auditointi vuonna 2014. Silloin Puurunen ja Saastamoinen saivat tutkimuksen tulokseksi heikon tason kirjaamisen laadussa. Hoitotyön kirjaamisessa ei näkynyt yksilöllisyys ja tavoitteellisuus. Hoitotyön yhteenveto ja tavoite oli kirjattu alle puolessa (44 %) hoitokertomuksista. Kuitenkin hoitotyön tarve ja toteutus sekä suunnitellut toiminnot oli kirjattu kaikissa tutkittavissa hoitokertomuksissa.

Auditointimittarin mukaiseksi keskiarvoksi kaikista tarkasteltavista potilaskertomuksista tuli 6,72, joka tarkoittaa kirjaamisen heikkoa tasoa (5–8,30). Potilaskertomuksista viisi sai kiitettävän tason arvioinnissa.

Hoitotyön tarve oli kirjattuna jokaisessa 25 potilaskertomuksessa. Tarpeen kirjaamisesta saatiin siis 100 %. Hoitotyön tavoitteen kirjaamisessa oli paljon puutteita. Se puuttui kokonaan 14 hoitokertomuksesta, joten kokonaistulokseksi tästä on saatu 44 %. Hoitotyön

toteutus oli kirjattuna jokaisessa potilaskertomuksessa. Hoitotyön tulosten arviointi puuttui vain 3 potilaskertomuksesta ja tästä saatiin kokonaiskeskiarvoksi 88 %. Huomattavia puutteita oli hoitotyön yhteenvedon kirjaamisessa. Yhteenvedo puuttui 14 potilaskertomuksesta, joten keskiarvoksi tuli 44 %. (Taulukko 4). (Puurunen & Saastamoinen, 2014, ss. 18–19)

Taulukko 4. Minimilaatutason (1–5 arvioitavat osiot) kirjaamisen toteutuminen vuoden 2014 auditoinnissa (25 potilaskertomusta).

1. Hoitotyön tarve kirjattu	ka. 100 % (25)
2. Hoitotyön tavoite kirjattu	ka. 44 % (11)
3. Hoitotyön toteutus kirjattu	ka. 100 % (25)
4. Hoitotyön tulos/arviointi kirjattu	ka. 88 % (22)
5. Hoitotyön yhteenvedo kirjattu	ka. 44 % (11)

Suunnitellut toiminnot oli kirjattu kaikissa potilaskertomuksissa. Suunniteltujen toimintojen vaikutus oli kirjattu 19 potilaskertomuksessa, joten keskiarvoksi tuli 76 %. Hoitotyön tarpeen ja tavoitteen välistä yhteyttä käsiteltiin kysymyksessä kahdeksan. Tästä keskiarvoksi saatiin 40 %, tavoitteen ja tarpeen välinen yhteinen tekijä puuttui 15 potilaskertomuksesta. Hoitotyön tavoitteen ja toteutuksen yhteyttä käsittelevä kysymys sai keskiarvoksi 40 %. Tavoitteen ja arvioinnin välistä yhteyttä käsittelevä kysymys oli kokonaistuloksissa yksi heikoimmista pärjänneistä. Yhteinen tekijä puuttui 18 potilaskertomuksesta eli keskiarvoksi tuli 28 % (Taulukko 5). (Puurunen & Saastamoinen, 2014, ss. 19–20)

Taulukko 5. Tavoitteellisen kirjaamisen (6–10 arvioitavat osiot) toteutuminen vuoden 2014 auditoinnissa (25 potilaskertomusta).

6. Suunnitellut toiminnot kirjattu	ka. 100 % (25)
7. Suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu	ka. 76 % (19)
8. Tarve > tavoite, vähintään yksi yhteinen tekijä	ka. 40 % (10)

9. Tavoite > toteutus, vähintään yksi yhteinen tekijä	ka. 40 % (10)
10. Tavoite > arviointi, vähintään yksi yhteinen	ka. 28 % (7)

Hoitotyön tarpeen yksilöllistä kirjaamista käsiteltiin kysymyksessä 11. Potilaan tarve oli määritelty 20 potilaskertomuksessa, joten keskiarvoksi saatiin 80 %. Potilaan yksilöllinen tavoitteen kirjaaminen oli jäänyt potilaskertomuksissa vähäiseksi. Kirjaaminen oli toteutunut 8 potilaskertomuksessa ja keskiarvoksi saatiin 32 %. Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen yksilöllisesti toteutui 8 potilaskertomuksessa. Kysymys 14 koski tuloksen yksilöllistä kirjaamista suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen. Keskiarvoksi saatiin 20 %. Kirjaamisen yksilöllisyys ja loogisuus toteutui 5 potilaskertomuksessa, keskiarvoksi saatiin 20 % (Taulukko 6). (Puurunen & Saastamoinen, 2014, ss. 21–22)

Taulukko 6. Yksilöllisen kirjaamisen (11–15 arvioitavat osiot) toteutuminen vuoden 2014 auditoinnissa (25 potilaskertomusta).

11. Tarve = potilaan yksilöllinen	ka. 80 % (20)
12. Tavoite = yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen	ka. 32 % (8)
13. Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	ka. 32 % (8)
14. Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	ka. 20 % (5)
15. Yksilöllisyys ja loogisuus > yksi yhteinen tekijä	ka. 20 % (5)

5.5 Vertailu aikaisempaan auditointiin

Minimilaatutasossa huomattiin kehitystä hoitotyön tavoitteen ja yhteenvedon kirjaamisessa. Sen sijaan hoitotyön arvioinnin päivittäisessä kirjaamisessa tulos oli selvästi laskenut. Vuoden 2014 auditoinnin aikaan käytössä ei ole ollut rakenteista hoitokertomusta, jossa ei ollut määrättyjä kohtia hoidon tavoitteelle ja yhteenvedolle, joten tämä on voinut alentaa tulosta. Epäselväksi jää, miksi päivittäinen arviointi on ollut selkeästi paremmalla tasolla kuin nyt (Taulukko 7).

Taulukko 7. Minimilaatutason (1–5 arvioitavat osiot) kirjaamisen toteutuminen

	Auditointi 2014	Auditointi 2020
1. Hoitotyön tarve kirjattu	100 % (25)	100 % (24)
2. Hoitotyön tavoite kirjattu	44 % (11)	83 % (20)
3. Hoitotyön toteutus kirjattu	100 % (25)	100 % (24)
4. Hoitotyön tulos/arviointi kirjattu	88 % (22)	0 % (0)
5. Hoitotyön yhteenveto kirjattu	44 % (11)	100 % (24)

Hoidon tarpeen ja tavoitteen jaottelu selkeästi omiin kohtiinsa on tuonut niiden kirjaamiseen parannusta. Suunniteltujen toimintojen ja niiden vaikutusten kirjaaminen on vähentynyt. Koska hoitokertomukseen on tullut omat kohtansa hoidon tarpeelle ja tavoitteelle, on suunniteltujen toimintojen kirjaaminen voinut jäädä vähemmälle huomiolle. Tähän tulisi jatkossa kiinnittää huomiota kirjaamisen kehityksen kannalta (Taulukko 8).

Taulukko 8. Tavoitteellisen kirjaamisen (6–10 arvioitavat osiot) toteutuminen.

	Auditointi 2014	Auditointi 2020
6. Suunnitellut toiminnot kirjattu	100 % (25)	75 % (18)
7. Suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu	76 % (19)	50 % (12)
8. Tarve > tavoite, vähintään yksi yhteinen tekijä	40 % (10)	75 % (18)
9. Tavoite > toteutus, vähintään yksi yhteinen tekijä	40 % (10)	83 % (20)
10. Tavoite > arviointi, vähintään yksi yhteinen tekijä	28 % (7)	67 % (16)

Auditointien vertailun mukaan hoidon tarpeen ja tavoitteen yksilöllinen kirjaaminen on selkeästi huonontunut, mutta hoidon yksilöllinen toteutus ja tulos on vastaavasti parantunut (Taulukko 9).

Taulukko 9. Yksilöllisen kirjaamisen (11–15 arvioitavat osiot) toteutuminen.

	Auditointi 2014	Auditointi 2020
11. Tarve = potilaan yksilöllinen	80 % (20)	33 % (8)
12. Tavoite = yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen	32 % (8)	13 % (3)
13. Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	32 % (8)	83 % (20)
14. Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	20 % (5)	54 % (13)
15. Yksilöllisyys ja loogisuus > yksi yhteinen tekijä	20 % (5)	0 % (0)

Yhteenvetona vertailusta voidaan todeta, että kirjaaminen on kehittynyt hieman. Vuoden 2014 auditoinnista kirjaamisen tulokseksi ollaan saatu 6,7 (heikko taso).

Uudelleenlaskennalla tulokseksi saatiin vuonna 2014 8,44 (hyvä taso) ja vuonna 2020 9,16 (hyvä taso).

Auditoinnin vertailu ei ole kuitenkaan yksiselitteinen, koska vuonna 2014 käytössä ei ole ollut nykyisen kaltaista hoitokertomusta. Molemmissa auditoinneissa sen tekijät ovat opetelleet hoitotyön kirjaamisen arviointiohjeen (liite 1) sekä kirjaamisen

auditointilomakkeen (liite 2) käytön itsenäisesti, eli niiden käytössä ja tulkinnoissa voi olla eroavaisuuksia.

6 Pohdinta

Tässä kappaleessa käydään läpi opinnäytetyöstä saadut tulokset sekä pohditaan niitä. Kirjaaminen on saanut kokonaisuudessaan tulokseksi hyvän tason, mutta pohdinnassa herätetään ajatuksia siitä, mitä tulisi kehittää ja parantaa rakenteisessa kirjaamisessa. Opinnäytetyössä on käytetty hoitokertomuksista löytyviä esimerkkejä, jotta lukija ymmärtää, mitä halutaan tuoda esiin.

Vaikka osastojen välisessä kirjaamisessa on eroja, on jokaisen silti hyvä miettiä jatkossa omaa kirjaamistaan. Eettisyys ja luotettavuus ovat olleet koko ajan läsnä opinnäytetyötä tehdessä. Pohdinnassa tuodaan esiin eettisyyttä ja luotettavuutta tukevia tekijöitä ja pohditaan, mikä puolestaan horjuttaa niitä.

6.1 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Kirjaamisen minimilaatutaso toteutui melko hyvin. Hoitotyön tuloksen ja arvioinnin kirjaaminen erottui kuitenkin selkeästi huonoimpana arviointikohtana, koska hoitotyön tulosta tai arviointia ei ollut kirjattu päivittäin yhdessäkään hoitokertomuksessa. Työvuoron aikainen kiire saattaa olla tähän yhtenä merkittävänä tekijänä. Lisäksi pohdittiin, että onko kaikille työntekijöille selvää, miksi arviointia tulee kirjata ja mihin arviointi tulee kirjata. Onko näitä asioita käyty läpi työpaikalla?

Tavoitteellinen kirjaaminen toteutui lähes kaikissa hoitokertomuksissa hyvin, mutta puutteitakin esiintyi. Esimerkiksi suunnitteluvaiheessa valittujen auttamismenetelmien tulosta laski olennaisesti se, että sitä ei ollut merkattu kaikkiin hoitokertomuksiin yksilöllisesti. Syyksi tälle voisi olla, että omasta kirjaamisesta voi tulla rutiininomaista, jos potilastapaukset ovat usein samantyyppisiä. Tapausten tarkastelu yksilöllisesti saattaa ymmärrettävästi unohtua. Potilaan mukaan ottaminen hoitokertomusta tehdessä saattaisi tuoda yksilöllisen näkökulman kirjaamiseen.

Tavoitteen, tarpeen ja tuloksen/arvioinnin väliseen yhteyteen olisi jatkossa hyvä kiinnittää enemmän huomiota. Yhteyksiä löytyi, mutta potilaan yksilöllisen hoitopolun miettimiseen tulisi panostaa ja löytää siitä ns. punainen lanka: miksi potilas on tullut hoitoon, mitä auttamismenetelmiä hänelle voisi tarjota ja mikä on hoidon yksilöllinen tavoite juuri tälle potilaalle?

Yksilölliseen kirjaamiseen (11–15) tulisi kiinnittää eniten huomiota jatkossa. Yksilölliseen kirjaamiseen suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen tulisi kiinnittää huomiota ja pyrkiä kirjaamaan hoitotyön tarve ja tavoite jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Esimerkkinä voisi olla hoitotyön kirjaamisen arviointiohjeesta ”selviytyy ensin autettuna ruokailusta ja viikon kuluttua itsenäisesti”. Tästä tulee selkeästi ilmi yksilöllisyys osastolla tapahtuvasta toiminnasta ja sen tavoitteellisuudesta.

Toteutuksen yksilölliseen kirjaamiseen tulisi kiinnittää huomiota potilas-kohtaisesti, eikä käyttää rutiininomaista tekemisen luettelemista. Kaikista hoitokertomuksista löytyi rutiininomaista kirjaamista, kuten ”nukkunut”, ”syönyt” ja ”vieraita käymässä”. Yksilöllisestä kirjauksesta hyvinä esimerkkeinä olivat ”nukkunut rauhallisesti koko yön. Asentoa vaihdettaessa havahtuu hereille, mutta jatkaa nukkumista heti” ja ”aamupala maistunut huonosti. Itse ei saa syötyä. Autettu syömisessä, mutta ei halua syödä. Ehkä n. 100ml mennyt yhteensä kiisseliä ja velliä”.

Yksilölliseen kirjaamiseen liittyvät kohdat 11, 12 ja 14 olivat joiltain osin puutteellisia. Esimerkiksi hoitotyön tarve oli kirjattuna, mutta sitä ei ollut kirjattu yksilöllisesti. Useissa kirjauksissa yksilöllisyys oli hyvin niukkaa. Kirjaamisen arviointiohjeen kriteerit yhden pisteen saamiseksi ovat melko tiukat. Tähän ei riitä pelkkä komponentti ja alaluokka, vaan ”kyllä” - vastaukseen tarvitaan myös vapaata tekstiä, mutta yksikin kriteerin mukainen hoitotyön maininta riittää. Hoitotyön tarve, tavoite ja tulos tulisi ilmaista jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti hänen tarpeensa ja tiedonhalunsa huomioon ottaen. Hoitokertomuksissa ei tullut ilmi potilaan tai hänen omaistensa mukaan ottamista hoitosuunnitelmaa tehdessä.

Hoitokertomuksista 13 prosenttia sai hoitotyön tavoitteen yksilöllinen kirjaaminen suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen. Hoitokertomuksissa, joissa tavoite oli kirjattu, oli se tehty melko niukasti tai ilmaistu pelkkänä komponenttina. Tavoitteen kirjaamiseen tulisi kiinnittää

huomiota ja löytää siihen yksilölliset tekijät juuri kyseisen potilaan hoitoa ajatellen. Vapaata tekstiä tulisi myös lisätä tavoitteen kirjaamiseen.

Pohdinnan yhteenvedona todetaan, että kirjaaminen on asia, jossa tulee aina olemaan kehitettävää. Asian edistämiseksi hoitohenkilökunnalle tulisi järjestää säännöllisesti asianmukaista kirjaamista koskevia koulutuksia. Lisäksi kirjaamisen auditointeja olisi hyvä tehdä määrätyn väliajoin, jotta nähdään, missä osioissa kirjaaminen on kehittynyt, ja missä on vielä kehitettävää. Hoitohenkilökunnan osaamista voisi myös kartoittaa ajoittain esimerkiksi kyselylomakkeilla tai tulevilla opinnäytetöillä. Näin saadaan selville, millainen tietotaito hoitohenkilökunnalla on rakenteisen kirjaamisen suhteen. Tämän avulla voidaan kartoittaa myös koulutuksien tarvetta. Uusien työntekijöiden perehdytys on ensiluokaisen tärkeää. Sijaisille ja uusille työntekijöille voisi kehittää lyhyen perusohjeen, jonka mukaan rakenteista kirjaamista olisi helpompi toteuttaa, jos tällaista ei kyseisessä organisaatiossa vielä ole.

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyön aiheen valinta on eettisesti perusteltua, koska se kehittää hoitotyötä. Hyvä perusta pohdinnalle on seuraava kahdeksan eettisen vaatimuksen lista: tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. (Kankkunen ym., 2012, ss. 211–212)

Tiedonhankinta-, arviointi- ja tutkimusmenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja niitä on sovellettu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaan. Muiden tutkijoiden tutkimuksia on kunnioitettu ja otettu huomioon asianmukaisella tavalla. Heidän tekemälleen työlle on annettu sille kuuluva arvostus ja näkyvyys. Tutkimus oli suunniteltua ja siitä raportoitiin sekä tietoaineistot tallennettiin vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tenk, 2012)

Potilasasiakirjojen tiedot ovat aina salassa pidettäviä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että potilasasiakirjoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille ilman potilaan kirjallista suostumusta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) Ulkopuolisilla tarkoitetaan tässä tilanteessa sitä, että opinnäytetyön tekijät eivät ole olleet potilasiin

hoitosuhteessa. Vaikka potilasasiakirjat olivat nimettömiä, ei niitä silti saa luovuttaa ulkopuolisille.

Tutkittavien tiedot on saatu tutkimukseen anonymisti, eli kaikki henkilöön viittaavat tiedot on poistettu. Tutkimuskohteena olivat siis dokumentit, eivät ihmiset. Tutkittavista oli saatu tietoon ainoastaan hoitokertomus, potilaan ikä ja sukupuoli. Tämä varmisti nimettömyyden.

Saatuja dokumentteja käsiteltiin niin, etteivät ne ole joutuneet väriin käsiin. Dokumentit pidettiin hyvässä tallessa ja vietiin aina tutkimisen päätteeksi lukolliseen kaappiin.

Hoitokertomuksien sisällöstä ei ole puhuttu julkisesti ja dokumentit hävitettiin tutkimuksen päätteeksi silppuriin.

6.3 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta tarkastellaan tässä kappaleessa. Opinnäytetyö ja sen tutkimus ovat luotettavia vain, jos ne perustuvat hyvän tieteellisen käytännön edellyttämään tapaan. Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. (Tenk, 2012)

Luotettavuutta varmistettiin sillä, että käytössä olevat dokumentit luettiin useaan kertaan ja vaihdettiin opinnäytetyön tekijöiden kesken. Tämän jälkeen saatuja tuloksia verrattiin ja katsottiin, olivatko ne yhdenmukaisia molempien mielestä. Jos näin ei ollut, dokumentit luettiin uudestaan ja pyrittiin siihen, että päästiin yhdenmukaiseen lopputulokseen. Näin saatiin varmuus siitä, että auditointimittarit kriteerit täyttyvät. Yhdenmukaiseen lopputulokseen pääseminen ei ollut aina helppoa, koska arviointikriteerit olivat tiukat ja tulkinnanvaraiset. Hoitohenkilökunnan erilaisten kirjaamistapojen vuoksi kirjausten tulkitseminen ja niiden pisteytys oli ajoittain haastavaa. Tulkinnanvaraiseksi on voinut jäädä, mitä kirjoittaja on tarkoittanut. Tuloksia auki kirjoittaessa huomattiin, että pisteitä oli annettu kirjauksille, joiden kriteerit ”kyllä” -vastaukselle eivät olleet täyttyneet. Osa dokumenteista jouduttiin siksi käymään läpi ja pisteyttämään uudelleen.

Auditointimittari on todettu luotettavaksi, koska kerättyä aineistoa on verrattu kansainvälisten mittareiden kriteereihin. Vastaavuutta on testattu rinnakkaismittauksilla ja

yksimielisyysprosentti on laskettu laatueroasteikollisille muuttujille. Mittaria on käytetty useita vuosia ja sitä kehitetään tulosten perusteella. (Kaila, 2014, s. 117) Edellisen auditoinnin aikaan ei mittarin luotettavuutta ollut arvioitu.

Opinnäytetyön tutkimus suoritettiin tarkastelemalla dokumentteja, ei ihmisiä. Hoitokertomukset valittiin satunnaisesti sellaisten potilaiden joukosta, joiden hoitojakso oli jo päättynyt ja oli kestoltaan kolmesta viiteen päivään. Hoitojakson pituudella on merkitystä, koska kirjaamista tulee tällöin useammalta päivältä.

Luotettavuutta dokumentteja tarkastellessa saattoi osaltaan horjuttaa se, että jokaisella osastolla ja hoitajalla on erilainen kirjaamiskulttuuri. Lisäksi mittareiden käyttöä ei ole opetettu opinnäytetyön tekijöille, joten on jäänyt tulkinnanvaraiseksi, onko mittaria käytetty oikein. Kirjaamisen arviointilomaketta (liite 2) täyttäessä huomattiin, että taulukko ei laskenut automaattisesti tulosten keskiarvoa oikein. Taulukko laski keskiarvoksi 11,00 (hyvä taso), joka ei voinut pitää paikkaansa saatuihin lukuihin verrattuna. Keskiarvo laskettiin siis uudestaan laskimella, jolloin totuuden-mukaiseksi tulokseksi saatiin 9,16 (hyvä taso). Myös vuoden 2014 auditoinnin tulos tarkistettiin ja huomattiin sama virhe. Kirjaamisen arviointilomake ja sen toiminta olisi siis syytä tarkistaa.

Tuloksia vertaillessa tulee huomioida se, että edellisen auditoinnin ovat tehneet eri henkilöt. Toisaalta luotettavuutta on lisännyt se, että dokumenteilla on ollut kaksi lukijaa. Hoitokertomukset luettiin ja analysoitiin huolellisesti ja tulokset on esitetty todenmukaisesti.

Aiheen rajaaminen oli ajoittain haastavaa. Vain opinnäytetyön eteenpäin viemisen kannalta tärkeät asiat pyrittiin tuomaan esiin teoriassa. Lisäksi tutkimuskysymyksiä pyrittiin miettimään sen kannalta, että ne sopivat teoriaan.

Lähteet

- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. (2014). Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Artikkelinä on alun perin julkaistu Sairaanhoidaja-lehdessä 10/2007. Haettu 16.12.2019 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Gunhardsson, I., Svensson, A. & Berterö, C. (2007). Documentation in Palliative Care: Nursing Documentation in a Palliative Care Unit—A Pilot Study, Feb-Mar 2008;25(1):45-51.
<https://doi.org/10.1177/1049909107307381>
- Hämäläinen, R. (30.3.2016). Kirjaaminen kunniaan. Sairaan(hyvä)hoitaja.
<https://www.tehylehti.fi/fi/blogit/sairaanhyvahoitaja/kirjaaminen-kunniaan>
- Itä-Suomen yliopisto. (n.d.). Auditoinnin määritelmä. <https://www.uef.fi/auditointi>
- Kaila, A. (2014). Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008 – 2013. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja, 20/2014, 115 – 120.
https://www.siunsote.fi/documents/393252/5552615/PKSSK_julkaisuja_20/3d5afc7d-15cb-4147-848f-71a98311259c
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro, Helsinki.
- Kaustinen, T. (2011). Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. [Väitöskirja, Oulun yliopisto]. Lääketieteellinen tiedekunta. <http://urn.fi/urn:isbn:9789514296437>
- KvantiMOTV (2007). Mittaaminen: Muuttujien ominaisuudet.
<https://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. (2012). Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Laine, E-K. (2008). Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. [Pro gradu –tutkielma, Kuopion yliopisto]. Yhteis-kuntatieteellinen tiedekunta.

- Leinonen, R. (2018). Sisällönanalyysi. <http://www.spoken.fi/sisallonanalyysi>
- Mykkänen, M., Miettinen, M. & Saranto, K. (2018a). Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi - näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisaalueista. *Hoitotiede* 2018 vol. 30/3, 203 – 213.
- Mykkänen, M., Miettinen, M. & Saranto, K. (2018b). Tietorakenteet potilaan hoitotietojen kirjaamisessa – Case hoitotyön yhteenveto. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2018 vol. 10, 251 - 261. <https://doi.org/10.23996/fjhw.68899>
- Niiranen, H. (2015). Hoitotyön kirjaamisen laatu. Kirjaamisen merkitys hoitoisuusluokituksessa. [Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto]. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20150733>
- Nykänen, P. & Junntila, K. (2012). Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=
- Peltonen, L-M. (2017). Hoitotyön kirjaaminen. Teho- ja valvontahoitotyön opas. *Terveysportti*. Haettu 3.9.2020 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>
- Puurunen, A. & Saustamo, S. (2014). Kirjaamisen lähtötilanteen kartoitus. [Opinnäytetyö, Hämeen ammattikorkeakoulu]. Hoitotyö.
- Sotetieto (n.d.). Hoitoisuus-tieto hoitotyön johtamisen tukena. <https://www.sotetieto.fi/fi/tuotteet/hoitoisuus-tieto-hoitotyön-johtamisen-tukena>
- THL (3.6.2020). Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>
- TENK. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Valvira. (2015). Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä. Haettu 1.11.2019. osoitteesta <https://www.valvira.fi/-/potilasta-palveleva-hoitosuunnitelma-tehdään-yhteistyössä>
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Kankkunen, P. (2009). Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro oy, Helsinki.
- Winell, K., Mikkola, I., Kuronen, R. & Liira, H. (2019). Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien avohoitoon. *Lääkärinlehti* vsk 74, 41 – 47. <https://www->

laakarilehti-fi.ezproxy.hamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hoitosuunnitelma-yhteiseksi-tyokaluksi-pitkaaikaissairauksien-avohoitoon/

Liite 1: Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

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

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1 Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
1 <i>Tarve: onko hoitotyön tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön tarve on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tarve (esim. on lääketieteellinen ongelma, dg, toimenpide, tulosyys kuten astman seuranta tai suunniteltu toiminto esim. tarvitsee silmällä pitoa vrt. karkalle)
2 <i>Tavoite: onko hoitotyön tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön tavoite on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tavoite (esim. leikkaus onnistuu) tai on suunniteltu toiminto (esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa, motivointi, saa tietoa leikkauksesta, sairaudesta vrt. potilas oppii, osaa, ymmärtää..)
3 <i>Toteutus: onko hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) on kirjattu sille varattuun kohtaan tai päiväseurantaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön toteutusta (esim. on arviointia)
4 <i>Tuloksen arviointi: onko hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön tulos on kirjattu sille varattuun kohtaan: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tulos (esim. on toteutusta kuten ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty tai on tarpeen määrittelyä)
5 <i>Yhteenvedo: onko hoitotyön yhteenvedo kirjattu hoitajaksoista, pitkäaikaispotilaasta > 3 kk tai sarjakäynnistä? Yksittäinen pkl-käynti arvioidaan kyllä=1</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön yhteenvedo on tehty TAI on yksittäinen pkl-käynti, josta ei tarvitsekaan tehdä yhteenvedoa Ei ole tehty päätyneestä hoitajaksoista, pitkäaikaispotilaasta (3 kk välein) tai sarjahoitokäynnistä
6 <i>Onko valitut auttamismenetelmät (suunnitellut toiminnot) kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?</i>	Kyllä Ei	Suunnitellut toiminnot on kirjattu sille varattuun kohtaan TAI lyhyeltä pkl-käynniltä riittää pelkkä komponentti ja alaluokka ilman vapaata tekstiä Ei ole kirjattu tai eivät ole hoitotyön toimintoja
7 <i>Onko suunnitteluvaiheessa valitun auttamismenetelmän tulos kirjattu?</i>	Kyllä Ei	On kirjattu vähintään yhden suunnitellun toiminnon/ auttamismenetelmän vaikutus sille varatussa kohdassa: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko) On kirjattu suunniteltu toiminto/ auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa arviointikohdassa sen tuloksesta (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30 tai keskusteltu ravitsemuksesta)
8 <i>Onko kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?</i>	Kyllä Ei	Kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään
9 <i>Onko kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?</i>	Kyllä Ei	Kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään
10 <i>Onko kirjatun tavoitteen ja tuloksen/ arvioinnin välillä yhteys?</i>	Kyllä Ei	Kirjatun tavoitteen ja arvioinnin välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään

Liite 1: Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

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

Minimilaatuso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1 Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
11 <i>Onko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti?</i>	Kyllä	Tarve on ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, haikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmiutena (esim. muutokseen tai suhteessa ikään) sisältäen vapaata tekstiä (esim. kiinnostunut tietämään, missä mennään tai onko kunnossa, rappeus, itsenäinen, yksin asuva, väliaikainen, vähäinen, ajoittainen, toistuva, jatkuva vaiva) TAI vähintään 4 eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tarve on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiinimaisella vapaalla tekstillä (esim. potilaan tiedon tarve kontrollajasta)
12 <i>Onko hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tavoite on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja se on ilmaistu potilaan konkreettisena tekemisellä (esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, tilanne pysyy ennallaan) sisältäen vapaata tekstiä (esim. selviytyy ensin autettuna ruokailusta ja viikon kuluttua itsenäisesti) TAI vähintään 4 eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tavoite ei ole yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen tai se on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiinimaisella vapaalla yleisluonteisella tekstillä (esim. vointi säilyy hyvänä, motivoituu omahoitoon)
13 <i>Onko hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla (esim. vähäinen, toistuva, jatkuva avustaminen; helppo, melko tai erittäin vaativa ohjaus; väliaikainen, hetkittäinen, toistuva, yhtäjaksoinen seuranta)
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai hoitajan toiminta on kirjattu rutiinimaisena tekemisen luettelemisena (esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta, muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään) tai on kuvattu potilaan toiminta irrallisena toteutuksena (esim. nukkunut, syönyt iltapalan, vieraita käymässä, potilas kertonut pahasta olostaan, ilman tarkempaa yksilöllistä sisältöä tai yhteyttä tarpeeseen ja tavoitteeseen)
14 <i>Onko tulos/ arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tulos on vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioivaa
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai tulos on irrallista toteavaa kuvausta hoitajan tekemisestä/ toteutuksesta
15 <i>Kun kaikki edelliset osiot 1-14 ovat kyllä → Onko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti?</i>	Kyllä	Osiot 1-14 ovat kyllä ja sen lisäksi on kirjattu hoitotyön kannalta olennaiset yksilölliset asiat myös loogisesti >1 yhteinen tekijä (sama komponentti JA asiayhteys) TAI yksittäiseltä lyhyeltä pkl-käynniltä riittää 1 yhteinen tekijä
	Ei	Osiot 1-14 eivät kaikki ole kyllä TAI osiot 1-14 ovat kyllä, mutta kirjaaminen on rönsyilevää ja/ tai joiltain osin niukkaa, jolloin on vaikea löytää olennaisia asioita

