



# **HOITOTYÖN PROSESSIN JA ASIA- KASLÄHTÖISYYDEN NÄKYMINEN KIRJAAMISESSA PETÄJÄKOTI- KESKUKSESSA**

Sari Meskanen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön sv, monimuunto

# TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sari Meskanen:

Hoitotyön prosessin ja asiakaslähtöisyyden näkyminen kirjaamisessa Petäjäkotikeskudessa

Opinnäytetyö 69 sivua, josta liitteitä 2 sivua  
Toukokuu 2013

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sähköisiin potilasasiakirjoihin toteutunutta kirjaamista Petäjäkotikeskudessa. Opinnäytetyössä tarkasteltiin hoitoprosessin ja asiakaslähtöisyyden näkymistä sähköisissä potilasasiakirjoissa sekä sähköisen, rakenteisen kirjaamistavan FinCC- luokitusten näkymistä kirjaamisessa. Kartoituksessa tarkasteltiin seitsemän asukkaan hoitosuunnitelmia ja niihin liittyviä päivittäiskirjauksia kuukauden ajalta. Aineisto tulostettiin Pegasos- potilastietojärjestelmästä ja analysoitiin käyttäen kvalitatiivista, aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa kirjaamisen nykytilasta Petäjäkotikeskudessa. Toisena tavoitteena oli saada teoriapohjaa kirjaamisohjeille. Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään kirjaamisosaamisen kehittämisessä Petäjäkotikeskudessa.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että hoitoprosessin kaikki vaiheet eivät näy kirjaamisessa riittävästi. Hoitoprosessin vaiheista kirjattiin hoidon suunnittelua ja toteutumista mutta hoidon tarpeen määrittäminen ja arviointi olivat puutteellisia. Hoitosuunnitelman tavoitteet ja hoidon toteutuksen kirjaukset keskittyivät päivittäisiin toimintoihin ja psyykkiseen tasapainoon liittyviin asioihin. Kirjaamisessa ei juurikaan näkynyt asiakaslähtöisyys eikä asukkaan osallistuminen oman hoitosuunnitelmansa laatimiseen. Tavoitteita löytyi yhteensä kymmenestä FinCC- luokituksen komponentista, vaikka luokitus ei vielä ole käytössä Petäjäkotikeskudessa.

Kehittämiskohteiksi kartoituksessa nousivat hoitoprosessiosaamisen lisääminen ja asukkaan mukaan ottaminen hoitosuunnitelman tekoon sekä asiakaslähtöisyyden näkyväksi tekeminen kirjaamisessa. Rakenteisen kirjaamisen FinCC- luokitukset tulevat Petäjäkotikeskudessa käyttöön tänä keväänä, joten jatkossa olisi mielenkiintoista kartoittaa, miten luokitusten käyttö on muuttanut kirjaamista.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care (adult education)  
Option of Nursing

MESKANEN, SARI:

The Nursing Process and the Customer Orientation showing in Documentation at Petäjäkoti Center

Bachelor's thesis 69 pages, appendices 2 pages  
May 2013

---

The purpose of this study was to examine nursing documentation in electronic medical records at Petäjäkoti Center. The thesis explored how a nursing process and a customer orientation were shown in documentation and also how the components of Finnish Care Classification system were used. Care plans of seven inhabitants and daily documentation during a month were printed out from Pegasos medical records. The data were analysed by using qualitative content analysis. The aim of the study was to gather information of the present state of documentation. The results of the study revealed that all phases of the nursing process were not shown in the documentation. Planning and implementation were written but assessment and evaluation were inadequate. The inhabitants were not involved in making the care plans and their opinions and goals were not shown. The findings indicated that the nursing staff used ten components of the Finnish Care Classification even if the classifications were not in use in Pegasos medical records yet. A suggestion for future studies would be to examine how the Finnish Care Classification system changes the documentation.

---

Key words: documentation, nursing process, customer orientation, systematic documentation

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT .....	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
3.1	Teoreettinen viitekehys .....	9
3.2	Kirjaaminen .....	11
3.2.1	Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö.....	12
3.2.2	Rakenteinen kirjaaminen.....	14
3.2.3	Hoitotyön prosessi.....	17
3.2.4	Hoitotyön prosessin vaiheet .....	19
3.2.5	Hoitotyön asiakaslähtöisyys.....	21
3.2.6	Hoitotyön asiakaslähtöinen kirjaaminen .....	25
3.3	Pegasos – potilastietojärjestelmä .....	27
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	29
4.1	Kohdeorganisaatio .....	29
4.2	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	30
4.3	Aineiston keruu .....	30
4.4	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	31
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	33
5.1	Hoitoprosessin vaiheiden näkyminen kirjaamisessa .....	33
5.1.1	Case 1, Ryhmäkoti A .....	33
5.1.2	Case 2, Ryhmäkoti B .....	36
5.1.3	Case 3, Ryhmäkoti A .....	38
5.1.4	Case 4, Ryhmäkoti A .....	41
5.1.5	Case 5, Ryhmäkoti B .....	42
5.1.6	Case 6, Ryhmäkoti A .....	44
5.1.7	Case 7, Ryhmäkoti A .....	45
5.2	Tapausten väliset erot .....	46
5.3	Kielen selkeys, ymmärrettävyys ja virheettömyys.....	47
5.4	Asiakaslähtöisyyden näkyminen kirjaamisessa.....	47
5.5	Rakenteisen kirjaamisen luokitukset hoitosuunnitelmissa .....	49
6	POHDINTA.....	52
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	52
6.2	Tulosten tarkastelu .....	54
6.2.1	Ryhmäkotien väliset erot .....	54
6.2.2	Merkintöjen selkeys, ymmärrettävyys ja virheettömyys .....	55

6.2.3	Hoitoprosessin vaiheiden näkyminen kirjaamisessa ja tapausten väliset erot .....	55
6.2.4	Hoidon tavoitteiden ja keinojen näkyminen päivittäiskirjauksissa.....	56
6.2.5	Asiakaslähtöisyyden näkyminen kirjaamisessa .....	57
6.2.6	Rakenteisen kirjaamisen komponenttien ja luokkien näkyminen hoitosuunnitelmissa .....	58
6.2.7	Kirjaamisen kehittämiskohteet ja vahvuudet .....	59
6.3	Oman opinnäytetyöprosessin pohdinta .....	61
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	62
	LÄHTEET .....	64
	LIITTEET .....	68
	Liite 1. Opinnäytetyön analyysirunko 1 .....	68
	Liite 2. Tapausten vertailu 2 .....	69

## 1 JOHDANTO

Viime vuosina sekä kirjaaminen että vanhustenhuolto ovat olleet ajankohtaisia aiheita mediassa. Vanhustenhuollon laatua ja riittävyyttä on kritisoitu sekä kiinnitetty huomiota henkilökunnan vähyteen. Asiakkaiden omaiset ovat seuranneet tätä keskustelua ja aktivoituneet vaatimaan parempaa palvelun tasoa. Kirjaamisen merkitys korostuu tässä. Hyvä ja jatkuva kirjaaminen on osana takaamassa hoidon laatua ja toimii tarvittaessa myös henkilökunnan oikeusturvana, mikäli on aihetta tarkastella jälkikäteen asiakkaan saamaa hoitoa. Kirjaamismerkinnät toimivat juridisinä dokumentteina. (Holma 2003,61.)

Työpaikallani Tampereen Kaupunkilähetysten Petäjäkotikeskuksessa siirryttiin vanhainkotihoitosta tehostettuun palveluasumiseen 1.9.2010. Noin kuukausi sen jälkeen aloitettiin sähköisen potilastietojärjestelmän, Pegasoksen, käyttö koko talossa. Jo aiemmin oli yksi talon ryhmäkodeista käynyt läpi edellä mainitut muutokset mutta koko talo vaihtoi käytäntöjä vuoden 2010 syksyllä.

Kirjaukset tehtiin ennen Pegasosta manuaalisesti paperille, samoin hoitosuunnitelmat. Hoitosuunnitelmalomake sisälsi käytännön hoitotoimiin liittyviä rastitettavia monivalintaosioita sekä hoitotyön prosessiin perustuvan hoitosuunnitelmaosion. Omahoitajat olivat vastuussa hoitosuunnitelmien laatimisesta ja päivittämisestä mutta kirjalliset ohjeet suunnitelman tekemisestä ja tarkistusvälistä puuttuivat. Suunnitelmien ajantasaisuus olikin paljolti hoitajien oman harkinnan varassa.

Sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä Tampereen kaupunki on järjestänyt koulutusta Pegasos- ohjelman sisällöstä ja käytöstä. Ohjeistusta olemme saaneet kirjaamisesta ja hoitosuunnitelman teosta. Tehostetussa palveluasumisessa on käytössä PAHOSU eli palvelu- ja hoitosuunnitelma, jota tarkistetaan palvelun tarpeen muuttuessa (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, 1648/1992) sekä vähintään puolivuositain (Pegasos- ohje 2010, 13). Hoitosuunnitelma päivitetään PAHOSU: n yhteydessä ja sen ajan tasalla pitäminen kuuluu Petäjäkotikeskuksessa edelleen omahoitajan työtehtäviin.

Pegasos- potilastietojärjestelmään siirtyminen herätti jo melko alkuvaiheessa henkilökunnassa kiinnostusta koulutukselle. Pegasos- järjestelmän käyttö on tehnyt kirjaamisen

paitsi entistä näkyvämmäksi osaksi asukkaiden hoitoa myös näkyvämmäksi muillekin kuin talon omalle henkilökunnalle. On koettu epävarmuutta uuden menetelmän myötä ja tunnistettu ohjeistuksen puute sekä haluttu parantaa omaa osaamista. Tähän tarpeeseen saatiinkin maaliskuussa 2011 Pirkanmaan aikuiskoulutuskeskukselta koulutusta kahden iltapäivän mittaisena. Koulutuksessa käsiteltiin kirjaamista ohjaavaa lainsäädäntöä ja yleisiä kirjaamisohjeita sekä hoitosuunnitelman prosessimallia. Koulutuksessa ilmeni tarve työpaikkakohtaisille ohjeille, mistä sain aiheen tälle opinnäytetyölle. Ohjeita on haluttu esimerkiksi kirjaamistiheydestä, kirjaamisen sisällöstä, palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisesta sekä virhemerkintöjen korjaamisesta.

Tämän opinnäytetyön aiheena on hoitotyön prosessin ja asiakaslähtöisyyden näkyminen kirjaamisessa Petäjäkotikeskuksessa. Hoitotyön prosessi jäsentää hoidon suunnittelua ja toimii ajattelun apuvälineenä (Hallila 1999,41). Prosessimalli on myös päätöksenteon menetelmä. Se antaa systemaattisen ja rakenteellisen mallin, miten kirjaaminen tapahtuu. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 15.)

Asiakaslähtöisyys on otettu näkökulmaksi, koska Tampereen Kaupunkilähetysten arvona on kunnioittaa ihmisen omia valintoja, ja koska se myös on keskeinen hoitotyön periaate. Käytän opinnäytetyössäni asiakas tai potilas- sanaa sen mukaan, miten lähteissä on käytetty mutta työpaikallani puhumme asukkaista. Opinnäytetyönä tehtävä kartoitukset on pohjana työpaikkani kirjaamisoaamisen kehittämiseksi. Kartoituksesta saadaan tietoa kirjaamisen nykytilasta ja koulutustarpeista sekä suuntaa kirjaamisohjeiden sisältöön.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sähköisiin potilasasiakirjoihin toteutunutta kirjaamista Petäjäkotikeskuksessa.

Opinnäytetyön kysymykset ovat:

1. Miten hoitotyön prosessin vaiheet näkyvät hoitosuunnitelmassa ja päivittäiskirjaamisessa?
2. Miten asiakaslähtöisyys näkyy kirjauksissa?
3. Miten rakenteisen kirjaamisen komponentit (FinCC) näkyvät hoitosuunnitelmissa?

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa kirjaamisen nykytilasta Petäjäkotikeskuksessa. Opinnäytetyön tuloksia ja teoriaosuutta hyödynnetään kehitettäessä kirjaamisosaamista ja kirjaamiseen liittyvää koulutusta ja ohjeistusta Petäjäkotikeskuksessa.



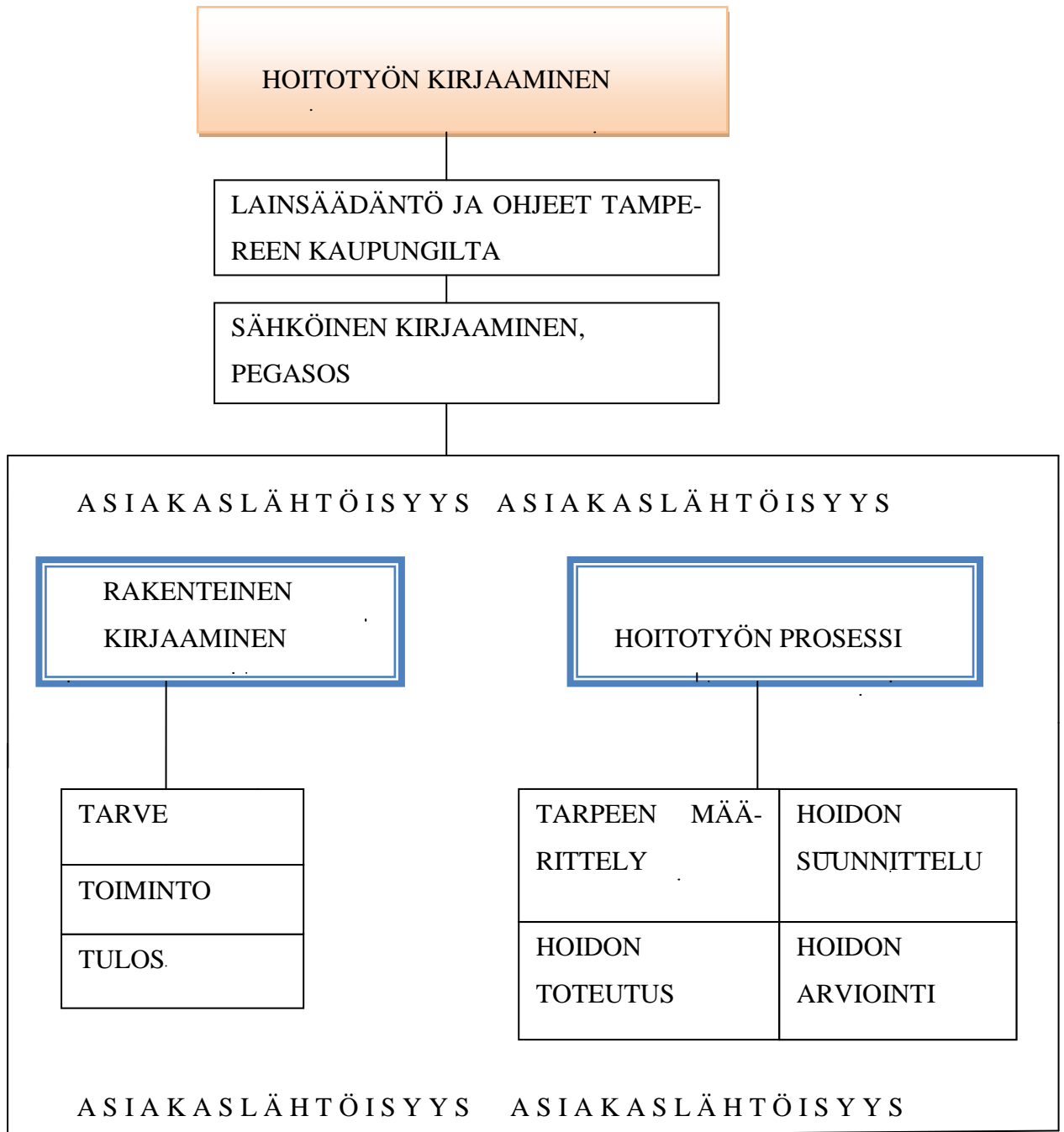
### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten muodostavat hoitotyön kirjaaminen, asiakaslähtöisyys ja hoitotyön prosessi. Hoitotyön kirjaaminen on opinnäytetyöni keskeisin käsite ja siitä määritellään kirjaamista ohjaava lainsäädäntö ja Tampereen kaupungin ohjeet, sähköinen potilastietojärjestelmä Pegasos, rakenteinen kirjaaminen sekä asiakaslähtöinen kirjaaminen.

Asiakaslähtöisyys on keskeinen hoitotyön käsite ja ajankohtainen erityisesti vanhustenhuollossa tänä päivänä. Hoitotyön prosessi ohjaa kirjaamista ja on perustana sekä hoitotyön päätöksenteolle että sähköisen kirjaamisen rakenteisuudelle. Teoriaosuudessa määritellään myös hoitotyön prosessin vaiheet.

Seuraavassa kaaviossa on esitetty opinnäytetyön teoreettinen viitekehys.



KUVIO 1. Opinnäytetyön viitekehys

### 3.2 Kirjaaminen

Kirjaaminen on ajankohtainen aihe lainsäädännön uudistumisen ja tällä hetkellä jo osittain käytössä olevan rakenteisen kirjaamisen mallin yleistyessä koko maassa. Vuonna 2007 säädettiin laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sekä sähköisestä lääkemääräyksestä (eResepti), jotka liittyvät kansallisen sähköisten potilasasiakirjojen arkistointipalvelun, KanTa- palvelun perustamiseen. Julkisen terveydenhuollon tulee liittyä KanTa- arkiston käyttäjäksi 1.9.2014 mennessä ja potilasasiakirjansa sähköisinä arkistovien yksityisten palvelun antajien 1.9.2015 mennessä. Myös uusi Terveydenhuolto- laki astui voimaan 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö laati vuonna 2009 asetuksen, jonka perusteella on uusittu Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely- niminen opas terveydenhuollolle. Tämä opas ilmestyi alkuvuodesta 2012.(Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely 2012, 3.) Sähköisestä kirjaamisesta ja myös rakenteisesta kirjaamisesta on kirjoitettu viime vuosina kirjoja sekä tehty tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Opinnäytetöissä on tutkittu esimerkiksi yksilövastuisten hoitotyön näkymistä omahoitajan kirjaamisessa sekä kirjaamisen kriteerien toteutumista tietyssä työyksikössä.

Hoidon jatkuvuus tulee turvata kirjaamalla potilaan/asiakkaan hoito ja hoitotyö potilasasiakirjoihin ja laatimalla hoito- ja palvelusuunnitelma (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 70). Kirjaaminen perustuu lakeihin ja asetuksiin.

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298.)

Valtakunnalliseen arkistointipalveluun tallennettavien sähköisten potilasasiakirjojen tulee muodostaa ehyt kokonaisuus yksilöityjen palvelutapahtuma- ja palvelukokonaisuuksien avulla (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298).

Hoitotyön kirjaaminen on dokumentointia potilasasiakirjoihin. Dokumentaatio tarkoittaa todistamista, vahvistamista tai tallentamista dokumenttien avulla (Turtia 2001, 208). Myös hoito- ja palvelusuunnitelma on dokumentti suunnitellusta ja toteutuneesta hoidosta. Dokumentointi edellyttää tarkkuutta ja huolellisuutta, sillä asiakirjoihin tehdyt

merkinnät ovat myös juridisia dokumentteja, jotka turvaavat sekä asiakkaan että hoitajan oikeuksia. (Holma 2003, 61.) Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla selkeitä, ymmärrettäviä ja virheettömiä ja lyhenteiden ja käsitteiden tulee olla yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä (Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely 2012, 45).

Hyvä kirjaaminen on osa laadukasta hoitotyötä. Kirjaamisen avulla hoitoa voidaan suunnitella, arvioida ja kehittää. Kirjaaminen myös tekee näkyväksi annetut palvelut ja tehdyt hoitotoimenpiteet. Potilaan tai asiakkaan vointia voidaan seurata kirjaamisten avulla sekä hoidon laatua arvioida tehtyjen suunnitelmien ja hoitotyön päivittäiskirjaamisen myötä. Kirjaaminen myös varmistaa hoidon jatkuvuuden. (Kassara ym.2006, 55.)

Uusi Terveydenhuoltolaki (2010/1326) edellyttää, että hoitotyö perustuu näyttöön. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on asettanut vuonna 2010 asiantuntijaryhmän, jonka tavoitteena on kehittää kansallista kirjaamismallia, tuottaa suosituksia ja kehittää kirjaamista sekä kirjaamisen opetuksen suuntaviivoja (Yhteenveto Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen loppuraportista 2012).

Kirjaamisessa on huomioitava myös eettisyyden näkökulma. Eri ammattikuntien eettiset ohjeet ohjaavat kirjaamista kuten myös lainsäädäntö (Hallila 2005, 23). Hoitotyön eettiset periaatteet noudattavat terveydenhuollon yleisiä eettisiä periaatteita. Myös yhteiskunnalliset ja poliittiset arvot vaikuttavat esimerkiksi palvelujen resurssointiin terveydenhuollossa. (Hallila 2005, 23.)

### **3.2.1 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö**

Keskeinen kirjaamista koskeva lainsäädäntö käsittää seuraavat lait: Henkilötietolaki 523/1992, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999 sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 18.) Lainsäädännössä määritellään mm. kirjaamisen sisältöä, oikeutta kirjata potilasasiakirjoihin, salassapitosäädöksiä, potilasasiakirjojen säilyttämistä koskevia asioita, potilaan tiedonsaantioikeutta ja tietojen luovutusta koskevia säädöksiä.

Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön merkitsemään tarpeelliset tiedot potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämiseksi, suunnittelemiseksi, toteuttamiseksi ja seurannan turvaamiseksi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Tampereen kaupungin tehostetun palveluasumisen palvelusetelituottajaksi haluavan yksikön on sitouduttava asukkaan hoidon ja hoivan tarpeen arviointiin säännöllisesti, ja palvelu- ja hoitosuunnitelman tarkistamiseen vähintään kerran vuodessa ja aina tarvittaessa (Tampereen kaupunki 2012). Tampereen kaupungin asumispalveluiden Hoitotyön käsikirjan ohjeen mukaan hoidon tarve on arvioitava ja kirjattava puolivuositain ja aina, kun palvelu- ja hoitosuunnitelma tarkistetaan. Väliarvioon tulee olla kirjattuna myös toimintakykymittarin (esim. RAI) tulokset. (Hoitotyön käsikirja 2012, 51-52.)

Potilasasiakirjoja saavat käsitellä, ja niihin merkintöjä tehdä, vain potilaan hoitoon osallistuvat ja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Terveydenhuollon toimintayksikössä tulee määritellä yksityiskohtaisesti käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin. Merkintöjä potilasasiakirjoihin saavat tehdä terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut hoitoon osallistuvat henkilöt. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298, 4-6§.)

Potilasasiakirjoihin merkittävät tiedot ovat salassa pidettäviä. Terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon yksikössä työskentelevä henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa tietoja sivulliselle henkilölle. Salassapitovelvollisuus säilyy työtehtävän tai palvelussuhteen päättymisen jälkeen. Huolimatta tästä voidaan kuitenkin potilaan suullisella suostumuksella tai asiayhteydestä muuten selväksi käyvän suostumuksen mukaisesti antaa tutkimuksen ja hoidon kannalta tarpeellisia tietoja toiselle terveydenhuollon yksikölle tai potilaan lähettäneelle toimintayksikölle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

Jokaisesta potilaasta on laadittava jatkuvaan muotoon laadittu, aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus. Potilaskertomuksessa tulee olla seuraavat perustiedot: potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot, terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön nimi, merkinnän tekijän nimi, asema ja merkintäajankohta, saapuneiden tietojen osalta saapumisajankohta ja lähde, alaikäisen potilaan osalta huoltajien tai muun laillisen edus-

tajan nimi ja yhteystiedot. Tarvittaessa potilasasiakirjoista tulee selvittää lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot, potilaan äidinkieli tai asiointikieli, potilaan ammatti, tiedot vakuutusyhtiöstä ja tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298.)

Potilaskertomukseen merkitään jokainen potilaan palvelutapahtuma. Potilaskertomuksen tulee sisältää riittävät tiedot tulostyystä, esitiedoista, nykytilasta, tehdyistä havainnoista, tutkimustuloksista, ongelmista, taudinmäärittämisestä tai terveysriskeistä, johtopäätöksistä, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta, sairauden kulusta sekä loppulausunto. (Asetus potilasasiakirjoista 2009/298.) Henkilötietolain (523/1999, 11§) mukaan potilaasta ei saa tehdä merkintöjä koskien arkaluontoisia tietoja, kuten rotu, etninen alkuperä, henkilön yhteiskunnallinen, poliittinen tai uskonnollinen vakaumus, ammattiliittoon kuuluminen, rikollinen teko, rangaistus tai muu rikoksen seuraamus, vammaisuus, seksuaalinen suuntautuneisuus tai käyttäytyminen, sosiaalihuollon palveluiden käyttö sekä sosiaalietuudet.

### **3.2.2 Rakenteinen kirjaaminen**

Hoitotyön tavoitteena on potilaan/ asiakkaan hyvä. Systemaattinen kirjaaminen edistää hoitotietojen käyttöä asiakkaan parhaaksi. Kun on sovittu mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne), on mahdollista standardoida eli vakioida kirjaamiskäytäntöjä. Tällöin kirjatuista asioista muodostuu laajat, yhteneväiset tietokannat esimerkiksi tilastointiin ja tutkimustyöhön tai hoidon tuloksellisuuden arviointiin. (Saranto & Sonninen 2007, 12, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on, että valtakunnallisesti käytettäisiin sähköisiä potilaskertomusjärjestelmiä. Valtakunnallisella kirjaamiskäytännöllä halutaan saada eri palveluntuottajien käyttämät sähköiset potilastietojärjestelmät yhteensopiviksi ja tietoturvallisiksi. Vuosina 2005- 2009 hoitotyön kansallista kirjaamismallia kehitettiin HoiDok ja HoiData- hankkeissa. (Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon tutkimus 2012.) Sähköinen potilaskertomusjärjestelmä koostuu ydintiedoista eli kansallisesti sovitusta keskeisistä hoitotiedoista, joka kirjataan rakenteisesti eli strukturoidusti. Ydintietoja kuvataan termistöillä kuten luokituksilla, sanas-

toilla ja nimikkeistöillä. Ydintietojen tarkoitus on antaa kokonaiskuva henkilön terveys- ja sairaushistoriasta ja siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Potilaan/ asiakkaan hoito kuvataan hoidollisen päätöksenteon eli hoitoprosessin mukaan. Termistöjä täydentävät kertovat tekstit. (Saranto & Sonninen 2007, 13-14; Tantt & Rusi 2007, 113-114.)

Ydintietojen rakenteisuus toteutuu suomalaisen hoitotyön luokitusjärjestelmän (FinCC) avulla. FinCC pohjautuu kansainväliseen Clinical Care Classification (CCC) luokitukseen. FinCC sisältää hoitotyön tarveluokituksen (SHTaL 3.0), suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 3.0) sekä hoidon tuloksen tilan luokituksen (SHTuL 1.0). (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 18; KELA Kansallinen koodistopalvelu 2012.) Kansallisen hoitotyön kirjaamismalli perustuu useiden vuosien aikana tehtyjen tutkimus- ja kehittämishankkeiden, pilotointien ja käyttäjiltä saatuun palautteeseen sekä asi- antuntijatyön tuloksiin. Vuosina 2007 ja 2010 järjestettiin käyttäjäkyselyitä ja varsinkin vuoden 2010 saadun palautteen perusteella on komponenttien välillä tehty luokkien tarkistuksia ja komponenttien välistä selkeyttä on pyritty lisäämään. (Itä- Suomen Yliopisto 2012.)

Hoitotyön tarveluokitus ja toimintoluokitus sisältävät 21 komponenttia (taulukko 1), jotka puolestaan jakaantuvat pääluokiksi ja edelleen alaluokiksi. Sivistyssanakirjan mukaan sana komponentti tarkoittaa osatekijää, kokonaisuuden osaa (Turtia 2001, 495). Komponentit on nimetty suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen (SHTaL 3.0) mukaan ( KELA Kansallinen koodistopalvelu 2012).

TAULUKKO 1. FinCC- luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset (mukaan  
 lleen Kansallinen Koodistopalvelu 2012)

Komponentti	Sisällön yleiskuva
A. Aktiviteetti	Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät
B. Erittäminen	Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
C. Selviytyminen	Terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät osatekijät
D. Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät
E. Terveyskäyttäytyminen	Terveyskäyttäytymisen edistämiseen liittyvät osatekijät
F. Terveyspalvelujen käyttö	Terveyspalveluihin liittyvät osatekijät, kuten asiantuntijapalvelut, tutkimukset, näytteet
G. Lääkehoito	Lääkkeiden käyttämiseen ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
H. Ravitseminen	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
I. Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
J. Kanssakäyminen	Kanssakäymiseen liittyvät osatekijät, kuten yksityisyyden ja sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen
K. Turvallisuus	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
L. Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
M. Psykkinen tasapaino	Psyykkiseen tasapainoon liittyvät osatekijät
N. Aistitoiminta ja neurologiset toiminnot	Aistitoimintaan liittyvät osatekijät, kuten kuulo- ja näköaistin muutosten huomiointi ja niihin liittyvä ohjaus
O. Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen, ihon ja ihonalaiskudosten kunto
P. Jatkohoito	Hoidon päättämiseen, kotiutumiseen, hoitopaikan vaihtamiseen liittyvät tekijät
Q. Elämänkaari	Elämänkaareen liittyvät osatekijät, kuten elämänvaiheisiin liittyvät asiat
R. Verenkierto	Verenkiertoon liittyvät osatekijät, kuten verenkierron seuranta ja verenkierrosta huolehtiminen
S. Aineenvaihdunta	Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät
T. Fyysinen tasapaino	Aineenvaihduntaan, verenkiertoon, hengittämiseen, kivunhoitoon ja tajuntaan liittyvät osatekijät
U. Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointiin liittyvät osatekijät



Komponentti Aktiviteetti jakaantuu esimerkiksi pääluokkiin aktiviteetin muutos, unihäiriö, lihas ja luuston kuntomuutos, aktiviteettiin liittyvä tiedontarve sekä unihäiriöön liittyvä tiedontarve. Aktiviteetin muutos pääluokka sisältää mm. alaluokat aktiviteetin heikkeneminen, aktiviteetin heikkenemisen riski, ajanvietteen vähäisyys ja liikuntakyvyn heikentyminen. SHTul eli hoidon tuloksen tila luokitus jakaantuu kolmeen eli ennaltaan, huonontunut tai parantunut. (Kansallinen Koodistopalvelu 2012.)

Tällä hetkellä rakenteisen kirjaamisen kaikki komponentit ovat käytössä Tampereella mm. Hatanpään sairaalan jokaisella osastolla, kolmessa kotihoidon yksikössä ja joillakin poliklinikoilla. Tämän syksyn ja talven aikana koulutetaan Tampereella terveydenhuollon henkilökuntaa ja tavoitteena on koulutuksen jälkeen ottaa rakenteinen kirjaaminen käyttöön joka yksikössä. Ostopalveluorganisaatiot ovat vuorossa vuonna 2013. Myös näissä organisaatioissa annetaan yksiköittäin ensin rakenteisen kirjaamisen koulutus, jonka jälkeen koulutetaan ohjelman tekninen käyttö ja otetaan ohjelma käyttöön. (Soukkio 2012.)

### 3.2.3 Hoitotyön prosessi

American Nurses` Associationin 1980- luvulla tekemän määritelmän mukaan hoitaminen on inhimillisten reaktioiden diagnosointia ja hoitoa joko nykyisissä tai mahdollisissa tulevaisuudessa terveysongelmissa. Tämä tarkoittaa, että hoitaminen ei ole sairauksien diagnosointia vaan potilaiden reaktion tunnistamista, diagnosointia ja hoitamista, sairauteen ja sen lääketieteelliseen hoitoon. Hoitotyössä osallistutaan myös lääketieteellisen hoidon antamiseen ja seurantaan, kuten lääkitys, mutta hoitamisen perimmäinen kohde on yksilön reaktio terveyspohjaisiin ongelmiin. (Atkinson & Murray 1990, 1.) Hoitotyön prosessi antaa työmenetelmän ja välineen määrittellä näitä tarpeita ja niiden hoitoa.

Hoitotyön teoreetikko Ida Orlando voitaneen Hallilan (2005, 24) ja Erikssonin (1983, 17) mukaan pitää prosessimenetelmän hyödyntämisen uranuurtajana hoitotyössä. Hän oli ensimmäisiä, joka käytti hoitoprosessi- termiä seikkaperäisemmin ja hänen mukaansa hoitotilanteet sisältävät kolme tekijää: potilaan käytös, sairaanhoitajan reaktiot ja hoitotyön toiminnot potilaan parhaaksi. Näiden kolmen tekijän vuorovaikutus muodostaa hoitoprosessin.( Eriksson 1983, 17.) Yura ja Walsh määrittivät vuonna 1967 hoito-

työn prosessimenetelmän tarkoittamaan järjestäytyntä, systemaattista tapaa määrittellä terveydenhuollon asiakkaan terveydentilaa, täsmentää inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen liittyvien ongelmien määrittelyä, tehdä suunnitelmia niiden ratkaisemiseksi, panna suunnitelmat täytäntöön ja arvioida, missä määrin suunnitellut toimet olivat tehokkaita (Yura & Walsh 1983, Hallila 2005, 24 mukaan).

Suomeen hoitotyön prosessiajattelu tuli Maailman terveysjärjestön (WHO:n) hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman myötä vuonna 1978. Tällä kehittämisohjelmalla oli Hallilan (2005, 26) mukaan merkittävä osuus suomalaisen hoitotyön kehittämisessä, sillä Suomessa hoitotyö ei tuolloin vielä ollut oma tieteenala.

Ian Hargreavesin (1979) mukaan hoitotyön prosessimalli on systemaattinen tapa kuvata hoitotyötä. Sen mukaan hoidon toteuttamisen perustana on hoidon tarpeen määrittäminen ja päätöksenteko. Hoidon toteuttamista seuraa tuloksellisuuden arviointi. Hoitoprosessin eri vaiheissa hoitaja on vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. (Ian Hargreaves 1979, 15.)

Atkinson ja Murray (1990) määrittävät hoitotyön prosessin ratkaisupohjaiseksi rungoksi suunnitella ja toteuttaa potilaiden ja heidän perheidensä hoitoa. Se on sairaanhoitajan tapa ajatella sekä pohja erilaisille hoitotyön toiminnoille, joiden avulla toteutetaan pätevää hoitoa. Luonteeltaan hoitoprosessi on dynaaminen ja jaksoittainen sekä vaatii jatkuvaa arviota. Hoitotyön prosessi on tieteellinen, ongelmapohjainen lähestymistapa potilaan hoitoon. (Atkinson & Murray 1990, 2.)

Ension mukaan hoitotyön ammattilainen käyttää hoitotyön päätöksenteossa sekä taitoa (art) että tietoa (science) (Ensio 2007, 56). Tiede on edellytys loogiselle ammattitoiminnalle, kun taas taito perustuu intuition ja kokemuksen käytölle. Päätöksenteon taito kehittyy koulutuksen ja ammatillisen kokemuksen myötä. Päätöksenteko edellyttää kriittistä ajattelua ja hoitotyössä sitä on pyritty kehittämään. (Ensio 2007, 56.)

Ensimmäiset hoitotyön prosessimallit perustuvat neljään vaiheeseen: tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Vuonna 1991 ANA (American Nurses' Association) laati hoitotyön käytännölle standardit ja sen myötä hoitotyön prosessiin tuli viides vaihe, hoitotyön diagnoosi. Hoitotyön diagnoosi kuvaa hoidon tarvetta täsmällisesti. Hoitotyön diagnoosi on useissa maissa jäänyt käsitteenä vieraaksi. Rinnakkaisina

käsitteinä on käytetty hoitotyön tarvetta, potilaan ongelmaa ja hoitotyön diagnoosia. (Ensio 2007, 56-57.)

1980- luvulla prosessin vaiheista korostui tarpeen määrittely. Amerikassa diagnoosilistaukset laajenivat ja niitä alettiin ryhmitellä luokituksiksi. 1980- luvun loppupuolella huomiota kiinnitettiin hoidon tuloksellisuuteen ja tulosten arviointiin. Hoitotyön prosessi kuvattiin tuolloin kuusivaiheisena: tarpeen määrittely, diagnoosin laatiminen, odotettujen tulosten nimeäminen, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Ensio 2007, 57.)

Hoitotyön prosessimalli on päätöksenteon väline. Eri aikoina ja eri hoitotyön ympäristöissä prosessin vaiheet korostuvat eri lailla. Päätöksenteon tutkimuksissa Amerikassa ja Suomessa on todettu myös, että aloittelija ja asiantuntijasairaanhoidaja käyttävät erilaista ajattelua päätöksenteossaan, ja että eri hoitotyön ympäristöissä päätöksenteko tapahtuu eri lailla. Aloittelija lähtee päätöksenteossa yksittäisen tiedon kokoamisesta, kun taas asiantuntija hahmottaa ensin laajemman kokonaisuuden ja käyttää kokemuspohjaista tietoa vertailupohjana. (Ensio 2007, 58, 62.)

Atkinson ja Murray (1990) tuovat esiin, että ilman hoitoprosessin tuomaa systemaattista lähestymistapaa potilaan hoitoon voi ilmaantua laiminlyöntejä ja hoitotyön rutinoitumista. Hoitosuunnitelma auttaa ehkäisemään näitä ongelmia, mikäli sitä käytetään yksilöllisen hoidon perustana. (Atkinson & Murray 1990, 3.)

### **3.2.4 Hoitotyön prosessin vaiheet**

Hoitotyön prosessin (hoidollisen päätöksenteon) vaiheiden määrä on vuosikymmenten kuluessa vaihdellut eri maissa. Tässä opinnäytetyössä käytän jo perinteiseksi muodostunutta jakoa neljään eri vaiheeseen. Nämä vaiheet: hoidon tarpeen määrittely, suunnittelu, toteuttaminen sekä arviointi ovat lähtökohtana esimerkiksi Lähihoitajan käsikirjassa (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 15), joka on omalla työpaikallani hoitajien oppaana, sekä rakenteisen kirjaamisen runkona sähköisissä potilasasiakirjoissa.

Ensimmäinen vaihe eli tarpeen määrittely sisältää tietojenkeräämisen ja analysoinnin sekä niiden ongelmien ja tarpeiden tunnistamisen, joihin hoitotyöllä pyritään vaikuttamaan. Tiedonkeruumenetelmiä ovat havainnointi ja tarkkailu, erilaisten mittausten tekeminen,

asiakkaan ja omaisten tai läheisten haastattelu sekä aikaisempaan sairaus- ja terveyshistoriaan tutustuminen. Tiedonkeruu alkaa asiakkaan tullessa hoitoon ja jatkuu koko hoitojakson ajan. (Atkinson & Murray 1990, 7-8; Hargreaves 1992, 16; Ikonen & Sonninen 2007, 76-77; Hovilainen- Kilpinen & Oksanen 2011, 15.) Tiedonkeruu on kokonaisvaltaista. Asiakkaan fyysiset, psyykkiset, henkiset ja sosiaaliset tarpeet kartoitetaan ja kirjataan hoidon tarveluokituksen pää- tai alaluokkien alle sekä tarvittaessa vapaalla tekstillä. (Hovilainen- Kilpinen & Oksanen 2011, 16.) Kun kirjataan sähköiseen potilasasiakirjaan riittää, että eri ammattiryhmien edustajat kirjaavat keräämänsä tiedot oman alansa ”osioon”. Ne ovat sieltä myös muiden käytettävissä eikä asioita tarvitse kirjata moneen kertaan. (Ikonen & Sonninen 2007, 77.)

Seuraava vaihe hoitoprosessissa on hoidon suunnittelu. Hoidon suunnitteluun kuuluu tarpeiden priorisointi eli asettaminen hierarkkiseen järjestykseen, tarpeisiin, joihin tulee vastata mahdollisimman pian ja tarpeisiin, jotka voivat hieman odottaa sekä potentiaaliin tarpeisiin, joihin vastaamatta jättäminen voi aiheuttaa jatkossa ongelmia. Hoidolle asetetaan tavoitteet ja tarvittaessa osa-tavoitteet. Valitaan käytettävät menetelmät ja toimenpiteet, joilla tavoitteisiin pyritään. Suunnitelma kirjataan ja siitä informoidaan muita hoitoon osallistuvia. Suunnitelma tulisi laatia yhteistyössä potilaan/asiakkaan tai hänen omaisensa kanssa. Tavoitteet tulisi laatia potilas/asiakaslähtöisesti. (Atkinson & Murray 1990, 52; Crow, Duberley & Hargreaves 1992, 16, 65-69; Ikonen & Sonninen 2007, 76; Hovilainen- Kilpinen & Oksanen 2011, 16.)

Kolmas vaihe hoitoprosessissa on hoidon toteuttaminen, joka tarkoittaa valittujen menetelmien ja toimenpiteiden toteuttamista ja kirjaamista sekä arviota käytetyistä menetelmistä. Keskeistä on hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutus ja hoitotyön periaatteet, jotka ohjaavat käytäntöä sekä kirjaaminen, jonka pitäisi olla kuvaavaa, arvioivaa ja selkeää. Hoitotyötä toteutetaan tehdyn kirjatun suunnitelman pohjalta ja tarpeen mukaan suunnitelmaa voidaan muuttaa. (Ikonen & Sonninen 2007, 77- 78; Hovilainen- Kilpinen & Oksanen 2011, 16-17.) Hoidon toteutus sisältää Kärkkäisen (2007, 93) mukaan hoitamisen, hoitotyön ja hoitotoimenpiteet. Hoitaminen tarkoittaa potilaan/asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioimista, hänen kärsimyksensä lievittämistä sekä hänen voimavarojensa ylläpitämistä. Hoitotyöhön kuuluvat esimerkiksi perustarpeiden tyydyttäminen, ohjaus, neuvonta ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Hoitotoimenpiteitä ovat konkreettiset toiminnot, jotka tähtäävät potilaan kunnon muutokseen tai liittyvät lääke-

tieteellisen hoitoon, kivun tai vamman hoito, lääkitys, tutkimukset, havainnot ja seuranta. (Kärkkäinen 2007, 93.)

Viimeinen eli neljäs vaihe on arviointi, jota tapahtuu heti prosessin alkaessa. Toteutunutta hoitoa arvioidaan niiden kriteerien pohjalta, jotka sisältyvät hoitotyön tavoitteisiin. Arviointi muistuttaa tiedonkeruutavoiltaan prosessin ensimmäistä vaihetta. Arvioinnissa määritetään sen hoidon vaikuttavuus, jonka tarkoituksena on ajankohtaisten ja potentiaalisten ongelmien lievittäminen. Arvioidaan sekä asetettuja tavoitteita että menetelmiä niiden saavuttamiseksi. (Atkinson & Murray 1990, 104; Luker 1992, 136- 137.) Hoidon arviointi rakenteisen kirjaamisen mukaan sisältää hoidon tulokset, hoitotyön yhteenvedon ja hoitoisuuden. Hoidon tulokset arvioidaan asteikolla parantunut, ennallaan, huonontunut ja ne sisältävät potilaan/asiakkaan nykytilan, miten hoidon tarpeisiin on vastattu ja onko kaikki tarpeet huomioitu. Hoitotyön yhteenvedo sisältää potilaan hoitotyön kannalta keskeiset hoitotyön ydintiedot ja arvion potilaan tilasta ja sen laatii terveydenhuollon ammattihenkilö. Hoitoisuuden tarkoitus on arvioida, miten paljon tarvitaan henkilökuntaa, jotta potilaan hoito voidaan toteuttaa. (Hovilainen- Kilpinen & Oksanen 2011, 17.)

### **3.2.5 Hoitotyön asiakaslähtöisyys**

Jotta voidaan määritellä asiakaslähtöinen kirjaaminen ja jotta hoitaja osaa kirjata asiakaslähtöisesti, tulee ymmärtää mitä asiakaslähtöisyys tarkoittaa. Asiakaslähtöisessä hoidossa asiakas on palvelujen keskipisteessä ja hän saa tarvitsemansa hoidon ja palvelut omista tarpeistaan käsin. Asiakaslähtöisessä hoidossa jokaisella asiakkaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon. Asiakaslähtöisyyttä estää hoitajan toiminta asiantuntijaroolissa. Asiakas tulisi kohdata tasavertaisena yhteistyökumppanina ja oman elämänsä asiantuntijana. Asiakkaan kuunteleminen ja hänen mielipiteensä kunnioittaminen ilmaisee myönteistä suhtautumista asiakkaaseen, vaikka henkilökunnan mielipide olisikin eriävä. Tärkeänä asiana asiakaslähtöisyyden toteutumisessa ovat hoitajan vuorovaikutustaidot. Hoitajan tulee hallita asiakasta yhteistyöhön houkutteleva puhetyyli sekä osata kuunnella, rohkaista ja kannustaa. (Leino & Pennanen 2008, 2-6.) Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa tavoitteena voi olla asiakkaan voimaantuminen (Sorsa 2002, 67-68).

Sanna Tuominen (2006) on tehnyt pro gradun asiakaslähtöisyydestä geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys ei osastolla toteudu. Sairaalaosasto on hierarkkinen, rutiininomainen, medikalisaatiopainotteinen terveydenhuoltoa toteuttava laitos, jossa asiakaslähtöisyys on lähinnä ideaalinen ja retorinen ilmiö. Tuominen käsittelee asiakaslähtöisyyttä viiden ulottuvuuden kautta (Taulukko 2.), jotka ovat itsemääräämisoikeus, oman elämän subjektiivinen asiantuntijuus, osallistuminen ja vaikuttaminen, tiedonsaanti ja valinnanmahdollisuus sekä tasavertainen vuorovaikutus. (Tuominen 2006, 11.)

Vanhuksen itsemääräämisoikeus on keskeistä asiakaslähtöisessä työskentelyotteessa. Se on tärkeä tekijä kuntoutumisessa ja elämänlaadun paranemisessa. Vanhuksella itsemääräämisoikeutta rajoittavat herkästi sairaudet, kipu ja pelko sekä toimintakyvyn puute. Vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutuminen riippuu siitä tiedosta, jota hän hoitajilta saa. (Tuominen 2006, 12-13.)

Subjektiivinen asiantuntijuus tarkoittaa, että päätökset ovat yksilön itsensä tekemiä. Vanhuksen voimavarat tulisi ottaa huomioon ja antaa hänen osallistua ja tehdä päätöksiä itse. Tällöin hänet kohdataan ainutlaatuisena yksilönä. Vanhuksen tulisi saada olla subjekti objektin sijaan, jotta hän voisi säilyttää omanarvontuntonsa ja itsekunnioituksensa. (Tuominen 2006, 14.)

Vanhuksen oikeus vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Oman elämän hallinta ja näkyväksi tuleminen auttavat vanhusta selviytymään ja kuntoutumaan. Vanhuksen mahdollisuuksiin vaikuttaa omiin asioihinsa vaikuttavat sekä vanhuksen oma asennoituminen tilanteeseensa että työntekijöiden asennoituminen ja toimintatavat. (Tuominen 2006, 14.)

Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan ja hoidostaan. Vanhus kokee usein olevansa vaivaksi ja jättää asioita kysymättä. Tiedonantaminen on hoitohenkilökunnan vastuulla. Tiedon saanti on edellytys vanhuksen aktiiviselle osallistumiselle. Tapamme käyttää kieltä vaikuttaa siihen vahvistammeko vai heikennämmekö vanhuksen voimavarvoja. Hoitajan tulisi keskittyä siihen, miten ilmaisee asian. Vanhuksen tulisi saada tieto sellaisessa muodossa, että hän sen ymmärtää. Myös vanhuksen sanattomasti ilmaistuille tarpeille tulisi olla herkkyyttä havaita ja huomioida ne. (Tuominen 2006, 18.)

Tasavertainen vuorovaikutus eli dialogi on edellytys asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Vanhuksen osallistumista autetaan, kun häneen suhtaudutaan kunnioittavasti oman elämänsä kokonaisvaltaisena asiantuntijana. Yhdessä asetetaan tavoitteet ja hänelle annetaan valinnan vapaus. Vasta tultuaan kuulluksi ja ymmärretyksi, vanhus kykenee ottamaan asioita vastaan. (Tuominen 2006, 20.)

TAULUKKO 2. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet Tuomisen(2006) mukaan.

	<b>ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS</b>
A	-itsenäinen toiminta
S	-henkilökohtainen itsen ja asioiden hallinta
I	-mahdollisuus puhua ja tulla kuulluksi
A	-kykenevyys, pätevyys, valta
K	-toiminnan vapaus
A	<b>SUBJEKTIIVINEN ASIANTUNTIJUUS</b>
S	-ainutlaatuinen yksilö, yksilölliset tavoitteet
L	-voimavarojen etsiminen ja aktivointi
Ä	-päätökset itse tehtyjä
H	-arvostus ja aito kiinnostus
T	-asennoituminen ja edellytykset toimia
Ö	<b>OSALLISTUMINEN JA VAIKUTTAMINEN</b>
I	-kuunteleminen, voimaannuttaminen
S	-ohjaus, rohkaisu, arvonanto
Y	-tavoitteet vanhuksen asettamia
Y	-resurssit, edellytykset ja rajoitukset
S	-tavoitteet ja olemassaolo näkyväksi
	<b>TIEDONSAANTI JA VALINNANMAHDOLLISUUS</b>
	-tiedonsaannin puutteellisuus
	-tieto edellytys toimimiselle
	-resurssien vähäisyys vaikuttaa
	-vaihtoehtojen olemassaolo
	-valinnanvapaus
	<b>TASAVERTAINEN VUOROVAIKUTUS</b>
	-kokonaisvaltaisuus ja kunnioitus
	-herkkyys toisen lähtökohdille
	-tavoitteet asetetaan yhdessä
	-vanhuksen tulkinnat lähtökohtana
	-vanhukselle aktiivinen rooli



Asiakaslähtöisyyden rinnakkaiskäsitteitä ovat asiakaskeskeisyys, potilaslähtöisyys ja potilaskeskeisyys. Myös yksilövastaisuus ja ihmiskeskeisyys ovat käsitteinä lähellä asiakaslähtöisyyttä. Asiakaskeskeisyys voidaan Pohjanheimon (1995, 18) mukaan määrittellä pyrkimykseksi hoitaa sairaalassa oleva ihminen siten, että hänen yksilöllinen terveytensä ja hyvä vointinsa ovat lähtökohtia (Tuominen 2006, 11). Asiakaskeskeisessä lähestymistavassa ”asiakas on keskipisteessä ja hänen saamansa palvelut organisoidaan hänen tarpeistaan käsin” (Kiikkala 2000a, 115, Tuomisen 2006,11 mukaan).

Potilaslähtöisessä työskentelytavassa potilas itse vaikuttaa hoitoonsa. Potilaslähtöisyys kuvaa laitoksessa tapahtuvaa asiakaslähtöistä työskentelyä. Potilaslähtöisyydellä on Leino- Kilven, ym. (1999, 17) mukaan kolme ulottuvuutta: muutokset terveydentilassa, sairauden omakohtainen haltuunotto ja tyytyväisyys. ( Tuominen 2006, 11.)

Potilaskeskeinen hoitotoiminta on Pohjanheimon (1995, 18) mukaan inhimillistä, yksilöllistä ja asiakkaiden arvostamiseen pohjautuvaa tavoitteellista ja tarkoituksellista tekemistä. Se on ammatillista potilaiden tarpeisiin vastaamista ja siinä korostuu työntekijöiden käsitys siitä, mikä on potilaalle tärkeää. (Latvala 1998, 26.)

Yksilövastaisuus terveydenhuollossa tarkoittaa potilaan yksilöllistä, jatkuvaa, kokonaisvaltaista koordinoitua hoitoa. Ihmiskeskeinen toiminta on potilaan edun mukaista avointa ja joustavaa toimintaa, jossa asiakkaan tarpeet ovat lähtökohtana. ( Tuominen 2006, 11.)

### **3.2.6 Hoitotyön asiakaslähtöinen kirjaaminen**

TtT Oili Kärkkäinen (2007) on esittänyt potilaskeskeisen kirjaamisrakenteen mallin, jossa potilaan näkemykselle ja kokemukselle on varattu oma otsikko kirjaamisen joka vaiheessa. Mallissa kirjaaminen tapahtuu mahdollisimman usein potilaan tai läheisen kanssa yhdessä. Lähtökohtana mallissa on, että potilaalla on oikeus saada kirjatuksi hänelle tärkeät asiat, ja miten hän haluaa tulla hoidetuksi. Kirjaamisen tulee myös perustua hänen yksilölliseen tilanteeseensa. Kun potilaan kokemukset on kirjattu oman otsikon alle, ne myös löytyvät helposti. Hoitajilta potilaslähtöinen kirjaamismalli edellyttää teo-

reettiseen tietoon perustuvaa arvioivaa ja reflektiivistä kirjaamista sekä tiedon analyttisen ja kriittisen käsittelytavan sisäistämistä. ( Kärkkäinen 2007, 89, 92. )

Potilaskeskeinen kirjaamisrakenne perustuu Erikssonin teoriaan potilaan terveydestä, kärsimyksestä ja hoitamisesta sekä hoitoprosessimalliin. Käsite ”hoito” sisältää mallissa hoitamisen, hoitotyön ja hoitotoimenpiteet. Osioina siinä ovat (tulo)tilanteen arviointi, hoidon suunnitelma, hoidon toteutus, hoidon arviointi, hoidon yhteenveto ja jatkohoidon suunnittelu. (Kärkkäinen 2007, 92.)

Oppaassa ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta (Haverinen & Päivärinta 2002, 7) todetaan, että hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelu edellyttää työntekijältä arvioivaa ja asiakaslähtöistä työtettä. Lähtökohta vanhustyössä tulisi olla ihmisen kunnioittaminen ja hoitosuunnitelman laadinnassa iäkkään asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelman tavoite on tukea ja edistää asiakaslähtöistä, kuntouttavaa työtettä. (Haverinen & Päivärinta 2002, 5.) Jotta asiakas saataisiin sitoutettua hoitoonsa, tulisi hoidon olla hänen ”näköistään” ja sellaisena se tulisi myös kirjata potilasasiakirjoihin (Suhonen 2005, 37).

Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) säädetään, että (hoito) suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa ja asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa tai asiakkaan ja hänen omaistensa tai muiden läheistensä kanssa, jos asiakas on alaikäinen, hänen toimivaltaansa on rajoitettu tai hän ei muusta syystä itse kykene näkemystään ja mielipidettään ilmaisemaan. Suunnitelman laatimisesta yhdessä asiakkaan ja/tai hänen edustajansa ja läheistensä kanssa voidaan poiketa vain, jos yhdessä tekemiselle on ilmeinen este.

Myös hoitotyön eettiset periaatteet ohjaavat ottamaan asiakkaan yksilölliset toiveet huomioon hoidon suunnittelussa. Hoitotyön keskeisiä arvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen ja ihmisen arvostava kohtaaminen, itsemääräämisoikeus, tasa-arvoisuus, vastuullisuus ja koskemattomuus. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 307.)

Hoitotyön käsikirjan (Tampereen kaupungin asumispalvelut 2012, 51-52) mukaan kirjaamisen lähtökohtana toimii asiakaslähtöisyys. Kirjata tulisi ne asiakkaan toiveet ja tavoitteet, joihin voidaan vaikuttaa sekä myös ne, joita ei voida toteuttaa. Asiakas on

oman elämänsä asiantuntija ja työntekijän yhteistyökumppani.( Tampereen kaupungin asumispalvelut 2012, 51-52.)

### 3.3 Pegasos – potilastietojärjestelmä

Pegasos- potilastietojärjestelmä on laajasti käytössä Tampereella. Se kattaa perusterveydenhuollon, työterveyden, mielenterveyspalvelut, kaupungin oman erikoissairaanhoidon, vuodeosastotoiminnan, kotihoidon, laitoshoidon, perhetyön ja osittain perhe-neuvolatyön. Käyttäjiä Tampereella on noin 4000. (Tampereen Kaupunki, Tietohallintoyksikkö 2012.) Pegasos on laajalti käytössä valtakunnallisesti, mm. suurimmista kaupungeista Helsingissä, Turussa, Lahdessa, Kuopiossa ja Vaasassa. Pegasos- järjestelmä on korvannut monissa kaupungeissa monta eri järjestelmää eli sen avulla on siirrytty kohti alueellisesti yhtenäistä järjestelmää. Pegasokseen voidaan integroida myös muilla aloilla toimivia järjestelmiä. (Wallden, Peltomäki & Martikainen 2007, 12-13.)

Pegasos sisältää sähköisessä muodossa potilaskertomustiedot ja potilashallinnon tiedot. Potilaskertomustietoihin kuuluvat mm. lausunnot, lääkitykset, reseptit, laboratoriovastaukset, päivittäiskirjaukset, lähetteet, palvelu- ja hoitosuunnitelmat ja röntgenkuvat. Potilashallinnon alaan kuuluvat lähetejärjestelmä, ajanvaraus, jonotilanne, laskutus sekä sisään- ja uloskirjaus. (Tampereen kaupunki, Tietohallintoyksikkö 2012.)

Pegasos on moduulirakenteinen järjestelmä, joka voidaan ottaa käyttöön yhtenä kokonaisuutena tai osa-alue kerrallaan. Pegasoksen tavoitteena ”on vähentää rutiinitöitä, parantaa tiedon saatavuutta ja nopeuttaa käytännön hoitotyötä”. Pegasos on riippumaton käyttöjärjestelmästä, laitteistosta, tietokannasta tai verkkoratkaisusta. Potilastiedot tallentuvat keskitettyyn tietokantaan, ”jossa tietokantaohjelmisto huolehtii tietojen eheydestä ja niiden turvaamisesta”. (Wallden ym. 2007, 12.) Jokaiselle käyttäjälle määritellään käyttöoikeudet sen mukaan, mitä valikkoja he käyttävät (Tampereen Kaupunki, Tietohallintoyksikkö 2012).

”Hoitoprosessin vaiheista suunnitelma ja toteutus näkyvät kirjaamisalustassa. Hoitotyön ydintiedot ovat otsakkeina kirjaamisalustassa ja niiden sisältö on mahdollista kirjata hoitotyön prosessin luokituksilla”. (Hoi-Dok hanke, loppuraportti, 61.)

Valtakunnallisessa hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeessa 2005-2008 arvioitiin Pegasoksen käyttöä Hatanpään sairaalan osastoilla B02 ja B04 sekä kotisairaalassa. Pegasoksessa tuolloin käytössä olivat SHTal ja SHTol- versiot 1.0. Hankkeessa hyvänä koettiin mm. eri ammattiryhmien kirjaaminen samaan alustaan, jolloin tiedot ovat kaikkien nähtävillä. Pegasoksen myötä hoitotyö on nostanut näkyvyyttään. (Hoi-Dok hanke, loppuraportti, osa 1, 26-28.)

Wallden, Peltomäki ja Martikainen (2007) ovat tutkineet Pegasoksen (versio 7.3) käytettävyyttä murtumapotilaan hoitoketjussa Tampereella. Laadullisessa tarkastelussa Pegasoksen vahvuuksia olivat miellyttävä ulkoasu ja käyttäjäystävällinen navigointi. Heikkouksiksi mainittiin online-help -painikkeen puuttuminen, hajanainen potilaan vastaanoton perusnäkyvä ja paljon kirjoittamista vaativa potilaskertomus. Walldenin, ym. tutkimuksessa mainitaan kuopiolainen tutkimus, jossa Pegasos- järjestelmän hyvinä puolina käyttäjät mainitsevat tiedonkulun paranemisen, tiedon reaaliaikaisuuden ja kirjaamisen selkeyden. Järjestelmän käytettävyyttä pidettiin kohtalaisena. Huonoina puolina Kuopion tutkimuksessa pidettiin järjestelmän kankeutta ja vaikeakäyttöisyyttä tilanteissa, joissa tiedon pitäisi löytyä nopeasti. (Wallden ym. 2007, 102-103.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Kohdeorganisaatio

Petäjäkotikeskuksen omistaa Tampereen Kaupunkilähetys ry, jolla yhdistyksenä on yli satavuotinen historia. Petäjäkotikeskus tarjoaa ympärivuorokautista, tehostettua palveluasumista tamperelaisille ikäihmisille ja ikääntyville mielenterveyskuntoutujille. Tampereen kaupunki ostaa palvelut.

Asukkaita Petäjäkotikeskuksessa on 57 sekä yksi lyhytaikaishoidon paikka omaishoidon tuen käytössä. Asukkaat tulevat Petäjäkotikeskukseen Tampereen kaupungin asiakasohjauksen kautta. Talossa on kolme ryhmäkotia, joista kaksi on dementia-ryhmäkoteja ja yksi mielenterveyskuntoutujille sekä tehostetun palveluasumisen osasto, jossa asuu 11 vakituista asukasta.

Asukkaiden keski-ikä on 86 vuotta. Mielenterveyskuntoutujien keski-ikä on 67 vuotta. (Tampereen Kaupunkilähetys ry 2011.) Asukkaat eivät ole pystyneet asumaan kotonaan kotihoitoon ja kotisairaanhoidon turvin vaan tarvitsevat ympärivuorokautista hoivaa, hoitoa ja ohjausta. Asukkaiden fyysinen ja/tai kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt tai he ovat kotona asuessaan tunteneet turvattomuutta ja yksinäisyyttä. Petäjäkotikeskuksessa toteutetaan saattohoitoa ja useimmiten asukkaat elävät Petäjäkotikeskuksessa elämänsä viimeiset vuodet loppuun asti.

Tampereen Kaupunkilähetys ry:n arvomaailma on kristillinen. Kristilliseen ihmiskäsitykseen kuuluu ihmisen kuuleminen ja arvostaminen sekä tasavertainen kohtaaminen. Yhteisöllisyys ja kodinomaisuus ovat yhdistyksen toiminnassa tärkeitä. (Tampereen Kaupunkilähetys)

Henkilökuntaa Petäjäkotikeskuksessa on 49. Heistä suurin osa osallistuu hoitotyöhön ollen koulutukseltaan perus- tai lähihoitajia. Lisäksi talossa on keittiöhenkilökuntaa, fysioterapeutti, luovan toiminnan ohjaaja, sosiaalityöntekijä, kolme sairaanhoitajaa ja johtaja. Lääkäri käy talossa kahden viikon välein.

## 4.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutuu laadullista eli kvalitatiivista menetelmää käyttäen. Laadullisen menetelmän lähtökohtana on kuvata todellista elämää. Aineisto kerätään todellisissa olosuhteissa. Tarkoituksena ei ole mitata tietyn ilmiön yleisyyttä tai vaihtelua vaan ymmärtää ja tulkita jonkin ilmiön merkityksiä ja esiintymistä sekä löytää tosiasioita, ei todistaa jo olemassa olevia asioita todeksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152,155.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran(2004, 160) mukaan ovat kokonaisvaltainen tiedon hankinta ja sen kerääminen todellisissa olosuhteissa, ihminen tiedon keruun instrumenttina, jolla tarkoitetaan että tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa kuin mittausvälineisiin, induktiivinen analyysi, jolloin lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu, laadullisten metodien käyttö tutkimuksessa, kohdejoukon tarkoituksenmukainen valinta, tutkimussuunnitelman muuttuminen tutkimuksen edetessä sekä tapausten käsittely ainutlaatuisina.( Hirsjärvi ym. 2004, 160.)

## 4.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineiston keräsin dementia-ryhmäkoodista, koska suurin osa Petäjäkotikeskuksen asukkaista asuu dementia-ryhmäkodissa (33/58). Laadullisen tutkimusmenetelmän aineistonkeruu on harkinnanvaraista ja siinä laatu korvaa määrän (Eskola & Suoranta 2000, 18). Tärkeänä kriteerinä aineiston keruussa oli, että hoitosuunnitelma oli laadittu ja että se sisälsi tekstiä riittävästi analyysin tekoa varten. Tarkastelin seitsemän asukkaan sähköisiä potilasasiakirjoja kuukauden ajalta olettamuksella, että siinä ajassa mahdollista arvioivaa tekstiä olisi ehtinyt syntyä. Tulostin asukkaiden hoitosuunnitelmat ja päivittäiskirjaukset kokonaisuudessaan, yhteensä 42 sivua.

Poistin tulosteista leikkaamalla asukkaan ja suunnitelman tehneen hoitajan nimen sekä asukkaan henkilötunnuksen. Päivittäiskirjauksista poistin mustaamalla asukkaan nimen ja henkilötunnuksen sekä kirjaajien nimet ja Pegasos- tunnukset. Hoitosuunnitelmat ja päivittäiskirjaukset koodasin numeroilla 1-7 vastaamaan toisiaan. Eri ryhmäkotien suunnitelmat koodasin kirjaimilla A ja B.

#### 4.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Analysointimenetelmänä käytän aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Laadullisen aineiston analyysin on tarkoitus selkeyttää aineistoa ja siten luoda sen avulla uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola & Suoranta 2000, 137). Pelkistetyimmillään aineistolähtöinen analyysi tarkoittaa teorian rakentamista empiirisestä aineistosta lähtien, grounded-mallin mukaisesti, jolloin tutkija rakentaa tulkintoja aineistosta käsin. Fenomenologisessa lähestymistavassa edetään yksittäisen ilmiön havainnoinnista tutkimusvaiheiden kautta syvempiin merkityksiin. Fenomenologisessa menetelmässä ajatellaan, että ”yksityistäpaus on merkki yleisestä”. (Eskola & Suoranta 2000, 19,145-146.)

Aineistoa voi myös pitää teoreettisen ajattelun lähtökohtana tai lähtökohtana tulkinnoille. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla ei ole ennakkoon päätettyjä olettamuksia tutkimuskohteesta vaikka hänen aikaisemmat kokemuksensa havaintoihin voivat vaikuttaa. (Eskola & Suoranta 2000, 19, 145.) Tuomi ja Sarajärvi (2009, 96) kuitenkin toteavat, että erityisesti aineistolähtöisessä tutkimuksessa objektiivisuutta voi olla hankala näyttää toteen, sillä jo käytetyt käsitteet, tutkimusasetelma ja menetelmät ovat tutkijan asettamia ja vaikuttavat siten tuloksiin. Ongelmallista voi myös olla johtopäätösten teko, kuten Tuomi ja Sarajärvi (2009, 103) esittävät. Aineistolähtöisellä analyysillä tutkija on saanut järjestettyä aineiston johtopäätöksiä varten mutta ei kykenekään tekemään niitä, vaan esittää tuloksina järjestetyn aineiston.

Miles ja Huberman (1994) jakavat aineistolähtöisen laadullisen sisällönanalyysin kolmeen vaiheeseen, jotka ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämässä analysoitava aineisto tiivistetään tai pilkotaan osiin ja karsitaan siten, että jäljelle jää vain tutkimuksen kannalta olennainen. Aineistosta kerätyt ilmaukset kirjataan niin kuin ne on aineistossa kirjattu. Ennen analyysin aloittamista määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause tai ajatuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.)

Aineiston klusteroinnissa aineistosta pelkistetyt alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat käsitteet muodostavat luokan ja luokka nimetään sisältöä kuvaavasti. Aineiston ryhmittelyä seuraa käsitteellistäminen eli abstrahointi. Tämä tarkoittaa, että alkuperäisilmauksista muodostuneita luokkia luokitellaan edelleen yläluokiksi ja näitä nimetään teoreettisilla käsit-

teillä. Näin jatketaan niin pitkään kuin pystytään. Tuloksissa voidaan esittää aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111- 113.)

Sisällönanalyysiin voidaan lähteä myös teoriapohjalta (deduktiivisesti), jolloin aineiston luokittelun perustana on jokin aikaisempi viitekehys, kuten teoria tai käsitejärjestelmä. Ensimmäinen vaihe teorialähtöisessä sisällönanalyysissä on analyysirungon muodostaminen. Rungon sisälle voidaan muodostaa aineistosta luokituksia ja kategorioita induktiivisen analyysin periaattein. Runko voi olla väljä, jolloin sen ulkopuolelle jäävistä asioista voidaan muodostaa uusia luokkia tai se voi olla strukturoitu, jolloin kerätään vain analyysirunkoon sopivia asioita. Tämän jälkeen aineistoa pelkistetään ja etsitään analyysirungon mukaisia ilmiöitä. Aineistosta voidaan aluksi poimia joko ala- tai yläluokkiin kuuluvia ilmiöitä ja sijoittaa ne analyysirunkoon. Esimerkiksi alkuperäisilmauksia voi sijoittaa alaluokkiin. Analyysia ohjaa aikaisempi teoria, jolloin edetään ”yleisestä yksityiseen”. ( Tuomi & Sarajärvi 2009, 113- 115.)

Opinnäytetyössäni lähdin tarkastelemaan aineistoa analyysirungon pohjalta. Runko muodostui opinnäytetyön tehtävistä ja teoriaosuudesta nousevista kysymyksistä. Analyysirunko on esitetty liitteessä 1.



## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 5.1 Hoitoprosessin vaiheiden näkyminen kirjaamisessa

Opinnäytetyön aineistoksi valikoitui hoitosuunnitelmia, joissa oli kirjattu Pegasokseen vähintään kaksi eri tavoitetta. Syynä tähän oli tarve saada riittävästi analysoitavaa tekstiä. Analysoitavia hoitosuunnitelmia oli seitsemän, seitsemältä eri asukkaalta. Jokaisessa oli kirjattu vähintään kaksi hoitotyön tavoitetta ja niihin toimenpiteet ja keinot. Hoitotyön tarpeen määrittäminen ja tavoitteet oli kirjattu Pegasoksessa ”tavoitteet ja arviointi”-painikkeen taakse ja hoitotyön suunnitelma ”toimenpiteet ja keinot”- painikkeen taakse. Hoitosuunnitelman toteutuminen oli kirjattu päivittäiskirjauksiin ”hoitotyö”- painikkeen taakse. Tarkastelin jokaisen seitsemän asukkaan hoitosuunnitelmaa ja siihen liittyviä päivittäiskirjauksia ns. case- tapauksina.

#### 5.1.1 Case 1, Ryhmäkoti A

Hoitosuunnitelmassa tavoitteita oli asetettu viisi: ”omatoimisuuteen kannustaminen”, ”hygienia”, ”ruokavalio”, ”mieliala” ja ”liikkuminen”. Tavoitetta oli lyhyehkösti perusteltu kuvaamalla asukkaan toimintaa tai käyttäytymistä, avuntarvetta ja fyysistä toimintakykyä.

*Asukas hyvin passiivinen ja haluton osallistumaan mihinkään päivittäisiin toimenpiteisiin.*

Toimenpiteet ja keinot - osioon oli kirjattu vastaavin otsikoin keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi.

*Omatoimisuuteen kannustaminen: ohjataan asukasta iltapesuilla itse pesemään kasvojaan-- kannustetaan myös vaatteiden riisumisessa ja pukemisessa.*

Keinossa ”hygienia” oli tarpeen määrittämiseen sopivaa kirjausta, ”asukkaalla kastelua, tällä hetkellä käytössä housuvaippa” mutta myös toimenpiteitä oli kirjattu ”avustetaan

*päivittäin ilta- sekä aamupesuisissa*”. Keinoiksi oli kirjattu osin myös ”*omatoimisuuteen kannustaminen*”-tavoitteeseen sopivia keinoja, kuten ”*ohjataan pesemään itse käsiä ja kasvoja sekä ajamaan partaansa*”. Omatoimisuuteen kannustamisessa ja hygieniassa keinoissa oli siten päällekkäisyyttä.

Tavoitteessa ”*ruokavalio*” oli kirjattu asukkaan diagnoosi ”*insuliinihoitoinen diabeetiko*” ja todettiin ”*liikkumisen vähentyneen ja painon nousseen*”. Varsinainen tavoite oli jäänyt määrittämättä eikä esimerkiksi verensokeriseurantaa ollut kirjattu keinoksi seurata ravitsemusta. Keinoiksi oli kirjattu annoskokojen seurantaa ja pienentämistä sekä ylimääräisten herkkujen välttämistä, ”*diabeteksen takia vältetään ylimääräisiä hiilihydraatteja*” sekä liikkumiseen ja kuntoiluun liittyviä tavoitteita, ”*kannustetaan asukasta liikkumaan, mahdollisesti osallistumaan kuntosalikäynteihin*”. Tavoite ”*ruokavalio*” sisälsi osatekijöitä diabeteksen hoitotasapainon seurannasta ja keinoista, kuten liikkuminen, annoskoot, paino, joten sen olisi voinut otsikoida esimerkiksi diabeteksen seuranta ja sisällyttää verensokerin mittauksen ja ohjeet insuliiniannoksista keinoihin. Hoidon toteutuksessa eli päivittäiskirjauksissa oli lähes päivittäin kirjattu verensokeriarvot, vaikka niitä ei hoitosuunnitelmassa mainittu.

Hoitosuunnitelmaan ei ollut kirjattu asukkaan toiveita tai mielipidettä mutta keinossa ”*mieliala*” oli kirjattu omaisen arvio asukkaan sosiaalisesta aktiivisuudesta.

*Omainen kertonut, että asukas koko elämänsä viihtynyt omissa oloissaan.*

Keinoihin oli kirjattu kuitenkin asukkaan mielipiteen ja tahdon kunnioittaminen.

*Kunnioitetaan asukkaan halua olla omissa oloissaan, kysytään -- halukkuutta lähteä yhteisiin toimintatuokioihin, huomioidaan huoneessa oleva radio eikä suljeta sitä ellei asukas niin tahdo.*

Hoidon toteutumista oli kirjattu kuukauden aikana lähes joka päivä, vain kolmelta päivältä puuttui merkintä. Kirjauksia oli yhteensä 36. Kuusi merkinnöistä oli yövuoroista. Kahdeksantoista kirjausta oli verensokeriarvoja. Osaan näistä oli kirjattu myös muuta vointia koskevaa, esimerkiksi jos asukas oli ollut huonovointinen. Hoitosuunnitelmaan kirjattuja tavoitteita on huomioitu kirjauksissa vaihtelevasti. Mielialaa oli arvioitu kahdeksassa kirjauksessa, liikkumisen kannustamista kerran, hygienian toteutumista kah-

deksan kertaa, ruokavaliota neljä kertaa ja näistä yhdessä oli kuvattu annetun ravinnon määrää ja laatua sekä omatoimisuutta kaksi kertaa. (Taulukko 3.) Lisäksi oli kirjattu asukkaan aktiviteetteihin osallistumista ja fyysistä vointia.

TAULUKKO 3. Case 1. Hoitosuunnitelmaan kirjatut tavoitteet, keinot ja hoidon toteutumista kuvaavien päivittäiskirjausten lukumäärä

Tavoitteet	Keinot	Hoidon toteutumisen kirjatukset(lkm) ja esimerkki
Omatoimisuuteen kannustaminen	ohjataan asukasta iltapesuilla itse pesemään kasvojaan--, kannustetaan myös vaatteiden riisumisessa ja pukemisessa	2 Aamusta ei olisi millään jaksanut nousta. Houkuttelun jälkeen-- aamiaiselle ja sitten saunaan.
Hygienia	asukkaalla kastelua, tällä hetkellä käytössä housuvaippa, avustetaan päivittäin iltasekä aamupesuisa, ohjataan pesemään itse-	8 Avustin aamupesuisa.
Ruokavalio	seurataan annoskokoja, vältetään ylimääräisiä hiilihydraatteja, kannustetaan liikkumaan, osallistumaan kuntosalikäynteihin	4 Iltapalaksi viety tumma voileipä--
Mieliala	kunnioitetaan asukkaan halua olla omissa oloissaan, kysytään halukkuutta lähteä toimintatuokioihin, huomioidaan radio	8 Osallistui tyytyväisen oloisena levyraatiin.
Liikkuminen	Apuvälineenä rollaattori, jonka turvin kykenee itsenäisesti liikkumaan, kannustetaan liikkumaan, seurataan jalkojen kuntoa,turvotuksia,ihon kuntoa	1 Lähtenyt kuntosalille pienellä suostuttelulla.

### 5.1.2 Case 2, Ryhmäkoti B

Tavoitteita oli määritelty kolme: ”jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitäminen”, ”ymmärretyksi tuleminen ja kommunikointikyvyn säilyminen” sekä ”psykkisen tasapainon ylläpitäminen”. Tässä hoitosuunnitelmassa tavoitteita ei ollut perusteltu tarpeista käsin vaan arvio- osiossa oli tarkennettu tavoitteita.

*Psykkisen tasapainon ylläpitäminen: Aukkaan turvallisuuden tunnetta tuetaan ja aukkaan levottomuus vähenee.*

Keinot oli otsikoitu erilailla kuin tavoitteet mutta viittasivat tavoitteisiin: ”kommunikaation tukeminen” (ymmärretyksi tuleminen ja kommunikointikyvyn säilyminen). Otsikoitua keinoa tarkennettiin otsikon alla ”asukkaalle annetaan selkeitä ja lyhyitä ohjeita”. Keinon ”kommunikaation tukeminen” sisällöksi oli kirjattu myös itsemääräämisoikeuteen liittyviä asioita.

*Päivittäisessä päätöksenteossa asukasta ohjataan ja valvotaan jatkuvasti. Päätöksiä tehdään myös aukkaan puolesta.*

Tarkastelemissani hoitosuunnitelmissa kahdessa oli huomioitu lääkehoito. Tässä hoitosuunnitelmassa oli tavoitteen ”psykkisen tasapainon tukeminen” keinoksi kirjattu rauhoittavan lääkkeen antaminen, kun asukas on ahdistunut.

*Tarvittaessa asukkaalle annetaan rauhoittavaa lääkettä, esimerkiksi iltai-*  
*sin, jotta yö menisi rauhallisemmin nukkuessa.*

Aukkaan tai omaisen toiveita hoidosta ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan eikä myöskään hoidon toteutuksen kirjauksissa löytynyt merkintöjä aukkaan tahdon ilmaisuista. Hoidon tavoitteet olivat sekä asukas- että hoitajalähtöisiä.

*Aukkaan turvallisuudentunnetta tuetaan ja aukkaan levottomuus vähenee. (asukaslähtöinen)*

*Asukas ymmärtää hoitajien antamat yksinkertaiset ohjeet ja toimii niiden mukaan niin kauan kuin hänen fyysinen toimintakykynsä sen mahdollistaa.*

(hoitajalähtöinen, tavoitteen yläotsikko *ymmärretyksi tuleminen ja kommunikointikyvyn säilyminen*)

Päivittäin oli kirjattu kuukauden ajalla 34 kertaa, yhdeltä päivältä puuttui kirjaus kokonaan. Yövuorossa oli kirjattu kolme kertaa, iltavuorossa kerran. Hoidon toteutuksessa oli kirjattu 18 kertaa arviota asukkaan psyykkisestä voinnista, ahdistuksesta ja levottomuudesta tai rauhallisuudesta ja hyväntuulisuudesta. Hoitotyön keinoja ahdistuksen lievittämiseksi oli kirjattu kerran: ”annettu aamulääkkeistä Opamox jo klo 5.00 oloa rauhoittamaan”. Tavoitteen ”jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitäminen” arvioita oli kirjattu 12 kertaa ja hoitotyön keinoja tähän tavoitteeseen kuusi kertaa.

*Etsinyt käytävällä wc:tä, ohjattu oman huoneen wc:hen.*

*Toiminnot sujuneet ohjattuna hyvin.*

Lisäksi oli kirjattu asukkaan vireystilan ja voinnin arviota sekä osallistumista viriketoimintoihin. (Taulukko 4)

TAULUKKO 4. Case 2. Hoitosuunnitelmaan kirjatut tavoitteet, keinot ja hoidon toteutumista kuvaavien päivittäiskirjausten lukumäärä ja esimerkki

Tavoitteet	Keinot	Hoidon toteutumisen kirjaukset(lkm) ja esimerkki
Jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitäminen	Kuntouttava työote, toiminnot ositetaan, ohjataan tekemään yksi asia kerrallaan, autetaan tarvittaessa, kannustetaan käyttämään voimavaroja	12 toiminnot sujuneet ohjattuna hyvin lukenut lehteä ääneen
Ymmärretyksi tuleminen ja kommunikointikyvyn säilyminen	Kommunikaation tukeminen, annetaan selkeitä, lyhyitä ohjeita, päätöksenteossa ohjataan ja valvotaan, päätöksiä tehdään myös puolesta	0
Psyykkisen tasapainon ylläpitäminen	Ahdistuneisuuden lievittäminen ja rauhoittelu, jutellaan, pidetään kiinni rutineista, tarvittaessa annetaan rauhoittavaa lääkettä	18 Levottomuutta aamuyöstä. Annettu aamulääkkeistä Opamox oloa rauhoittamaan

### 5.1.3 Case 3, Ryhmäkoti A

Hoitotyön tavoitteita oli tässä hoitosuunnitelmassa asetettu neljä: ”toimintakyvyn ylläpitäminen”, ”lääkehoidon toteutus”, ”virtsanpidätyskyvyn ylläpitäminen” ja ”mieliala”. Keinot oli nimetty ”fyysisen kunnon ylläpitäminen”, ”lääkehoidon toteutus”, ”rakkokoulutus” ja ”psykykinen hyvinvointi”. Tavoitteita oli perusteltu asukkaan kunnon ja toimintakyvyn arviolla sekä asukkaan tahdon tai toiveen huomioimisella.

*Kieltäytyy toisinaan lääkkeiden otosta epäillen etteivät ole hänelle tarpeen tai määrätty. (lääkehoidon toteutus)*

*Asukas itse kokee wc- käynnit vaivalloisena ja toivoo vaippaa vaihdettavan seisten – (virtsanpidätyskyvyn ylläpitäminen)*

Tavoitteessa ”toimintakyvyn ylläpitäminen” perusteluiksi ja tarpeen määrittämiseksi oli kirjattu asukkaan halua olla huoneessaan, makuullaan ja liikkumiskyvyn arviota, kaatumisriski sekä ylipaino. Keinoksi tähän tavoitteeseen on määritetty ”fyysisen kunnon ylläpitäminen” ja siihen osatekijöitä.

*Kuljetaan ruokailuihin fordilla. Jalkatuet käytössä lyhyilläkin matkoilla.*

*Pyritään vähentämään huoneessa/sängyssä olo aikaa, aktivoimalla asukasta virikkeelliseen toimintaan. Seurataan painoa.*

”Lääkehoidon toteutuksessa” keinona on lääkkeen jauhaminen, valvonta ja keskustelu.

*Kieltäytyessä pyritään keskustelemalla toteuttamaan oikeanlaista lääkehoitoa.*

”Rakkokoulutus” on keinona ”virtsanpidätyskyvyn ylläpitämiseen”. Tavoitteen ”mieliala” tarkennuksena on ”ylläpitää mielialaa sosiaalisen kanssakäymisen keinoin ja ehkäistä eristäytymistä” sekä ”asukkaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen”. Keinoina ja toimenpiteinä on kirjattu hoitotilanteiden rauhallisuutta, lääkitystä ja asukkaan houkuttelua ulos huoneestaan.

Hoitotyön toteutusta oli kuukauden ajalta kirjattu yhteensä 34 kertaa, neljä kertaa ilta- vuorossa ja yövuorossa viisi kertaa. Kolmelta päivältä puuttui kirjaus. Tavoitteen ”toi-

*mintakyvyn ylläpitäminen*” mukaisesti oli kirjattu 18 kertaa, useimmiten oli kirjattu for-  
dilla kulkemiset ja päiväsalissa istumiset. Usein oli myös kirjattu ”*normaalit aamutoi-  
met*”, josta ei voi päätellä, onko toiminta ollut tavoitteiden mukaisesti toimintakykyä  
ylläpitävää vai onko hoitaja tehnyt asukkaan puolesta. Näitä kirjauksia en laskenut mu-  
kaan. Lääkehoidon toteutumista oli kirjattu kaksi kertaa tilanteissa, jolloin asukas ei  
ollut halunnut ottaa lääkettä. Virtsanpidätyskyvyn ylläpitämiseen tähtääviä keinoja oli  
kirjattu kolme kertaa. Mielialaan ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvää hoidon arvioin-  
tia tai toteutusta oli kirjattu 14 kertaa (Taulukko 5). Tosin osittain tähän tavoitteeseen  
keinot olivat samoja kuin toimintakyvyn ylläpitämisessä, joten niitäkin kirjauksia olisi  
osin voinut laskea mielialaan. Usein oli kirjattu psyykkistä tilaa lyhyellä arviolla, ”*levo-  
ton ja huutelevainen*”. Hoitotyön keinoja oli kirjattu kolmesti: ”*kokeiltu istumapaikko-  
jen vaihtoa -- , -- ollut rauhallisempi ruokailutilanteissa*”, ”*rauhottunut kun pääsi ul-  
koilemaan*”, ”*asukkaan kanssa piirrelty kesäisiä muistoja paperille, josta kovin tykän-  
nyt*”.

Asukkaan mielipiteitä ja toiveita oli kirjattu hoitosuunnitelman tavoitteisiin mutta näitä  
toiveita ei hoidollisista syistä pyritty toteuttamaan ainakaan jatkuvasti.

*Asukas itse kokee wc-käynnit vaivalloisena ja toivoo vaippaa vaihdettavan  
seisten vessan ovella/ rakkokoulutus: viedään usein vessaan ja kannuste-  
taan wc- toimiin myös toimintakyvyn ylläpitämiseksi.*

*Ei halua olla pitkiä aikoja pois huoneestaan/ tavoitteena ylläpitää mieli-  
alaa sosiaalisen kanssakäymisen keinoin ja ehkäistä eristäytymistä/ hou-  
kutellaan ulos huoneestaan ja osallistumaan toimintoihin, koska kuitenkin  
kokee toiminnan useimmiten positiivisena.*

TAULUKKO 5. Case 3. Hoitosuunnitelmaan kirjatut tavoitteet, keinot ja hoidon toteutumista kuvaavien päivittäiskirjausten lukumäärä ja esimerkit.

Tavoitteet	Keinot	Hoidon toteutumisen kirjaukset (lkm) ja esimerkki
Toimintakyvyn ylläpitäminen	Fyysisen kunnon ylläpitäminen, olemassa oleva toimintakyky, kuljetetaan fordilla, jalkatuet, aktiivisella toimintaan, seurataan painoa	18 Fordilla ruokasaliin
Lääkehoidon toteutus	lääke jauhetaan, katsotaan että asukas ottaa, keskusteleminen	2 Pienen vastustelun jälkeen otti aamulääkkeensä
Virtsanpidätyskyvyn ylläpitäminen	Rakkokoulutus, viedään usein vessaan, kannustetaan	3 Käytetty Wc:ssä.
Mieliala	Psyykinen hyvinvointi, ohjataan keskittymään, rauhallisuus, oikea lääkitys, houkutellaan osallistumaan	14 Ollut hyväntuulisena aamun ajan.



#### 5.1.4 Case 4, Ryhmäkoti A

Hoitosuunnitelmassa on määritelty neljä tavoitetta: ”turvallisuus”, ”ravitseminen ja riittävä nesteytys”, ”ihon hoito” ja ”erittäminen”. Tavoitteita on perusteltu asukkaan sairauksilla ja kunnon arviolla.

*Asukkaalla useita murtumia ollut ja on suuri riski kaatua tai tulla sängystä laidan yli huonon muistin, Parkinsonin taudin ja liikkumiskyvyn vajuuden vuoksi.*

*Nielemisongelma. Asukas ei kykene itsenäisesti juomaan. BMI on 17,85.*

”Turvallisuus”- tavoitteen keinoksi oli kirjattu ”valvonta, turvaliivi vuoteessa ja tuolissa ja saattaja kävellessä”. Muut keinot oli otsikoitu tavoitteiden mukaan. Ravitseminen ja nesteytys- tavoitteen keinoiksi oli määritelty tarkasti toimenpiteitä.

*Hienonnettu/ pehmeä ruoka, lisäenergiaa voilla ja sokerilla ja tarvittaessa annetaan Nutri- lisäravinteita. Tarjotaan ruokaa, kun asukas on virkeä --, syötetään aina tarvittaessa, ---, painon seuranta 2x kuussa. Huomioi hampaiden pysyminen paikallaan, käytetään proteesikiinnikettä.*

Asukkaan ja omaisen toiveita ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan mutta hoidon toteutumisen kirjauksissa toiveita oli mainittu lyhyesti.

*Virkeänä aamulla halusi pois vuoteesta.*

*Sanoi haluavansa pois sängystä, nostettu gerituoliin –*

Päivittäiskirjauksia oli yhteensä 50. Kahdelta päivältä ei löytynyt kirjauksia ollenkaan, muuten oli useimmiten kirjattu useaan vuoroon. Yövuorossa oli kirjattu 15 kertaa, iltavuorossa seitsemän kertaa. Tässä casessa oli kirjattu hoidon toteutuksessa lähes joka vuorossa hoitosuunnitelman tavoitteiden ja keinojen mukaisia asioita. Eniten oli kirjattu ravitsemukseen (40) ja ihon hoitoon liittyviä asioita (25).

*Iho on ehjä, perusrasvattu iho. Syönyt puuroa kolme lusikallista, väsähti suihkun jälkeen. Lounaalle noussut tuoliin ollut pirteä ja syönyt hyvin.*

Eritystoimintaan liittyviä asioita oli kirjattu 13 kertaa. Lisäksi oli kirjattu huomioita asukkaan vireystilasta, mielialasta ja aktiviteeteista. Turvallisuuteen liittyviä asioita ei ollut kirjattu päivittäiskirjauksiin. (Taulukko 6)

TAULUKKO 6. Case 4. Hoitosuunnitelmaan kirjatut tavoitteet, keinot ja hoidon toteutumista kuvaavien päivittäiskirjausten lukumäärä ja esimerkit

Tavoitteet	Keinot	Hoidon toteutumisen kirjaukset
Turvallisuus	Valvonta, turvaliivi, saattaja kävellessä	0
Ravitsemus ja riittävä nesteytys	Hienonnettu ruoka, lisäravinteet, tarjotaan ruokaa, kun asukas virkeä, syötetään, painonseuranta, proteesikiinnike	40 Lounaalla söi itse
Ihon hoito	Asentohoito, ihon rasvaus, decubituspatja, puhtaus	25 asentohoito ja rasvaukset, vuodepesut
Erittäminen	Kuivitus/vaipan vaihto vuoteessa	13 Kuiviteltu.

### 5.1.5 Case 5, Ryhmäkoti B

Viidennessä casessa tavoitteita oli kirjattu kaksi: ”*itsenäinen selviytyminen ja oman tahdon toteutuminen*” sekä ”*aktiivisempi sosiaalinen kanssakäyminen*”. Tavoitteita oli tarkennettu otsakkeen alla: ”*asukas selviytyy itsenäisesti päivittäisistä toimista ja päättää itse kaikista omaan terveyteensä ja hoitoonsa liittyvistä asioista*”. Keinoksi ensimmäiseen tavoitteeseen on otsikoitu ”*turvallinen ympäristö selviytyä itsenäisesti*” ja sitä oli tarkennettu hoitajien läsnäololla ja avustamisella tarvittaessa. Keinoksi aktiivisempaan sosiaaliseen kanssakäymiseen oli määritelty ”*rutiininomainen kutsuminen ryhmätilanteisiin*”.

Asukkaan tai omaisen toiveita ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan mutta tavoitteet ja keinot oli asetettu asukkaan itsenäisyys ja itsemääräämisoikeus lähtökohtana.

*T:Asukas osallistuu useammin ryhmätoimintaan, aina kuitenkin vain omasta halustaan. K:Asukas kutsutaan joka kerta mukaan tarvittaessa*

*suostutellenkin, kunnioitetaan asukkaan päätöstä. Hyväksytään mahdollisen kieltäytyminen, ettei asukkaalle tule velvollisuudentuntoa osallistumisesta.*

Hoidon toteutusta oli kirjattu päivittäiskirjauksiin 31 kertaa. Yhden kerran oli kirjattu yövuorossa ja iltavuorossa, muut oli kirjattu aamuvuorossa. Neljältä päivältä ei ollut kirjattu ollenkaan. Tavoitteiden ja keinojen mukaista kirjaamista oli tässä tapauksessa melko vähän. Kolme kertaa oli kirjattu itsenäistä selviytymistä, ”*itse pukeutunut ja pedannut pedin aamulla*”, mutta saatuja apuja ei ollut kirjattu. Kerran oli kirjattu, että asukas oli käynyt suihkussa mutta ei ollut kirjattu, saiko hän apua vai kävikö itsenäisesti. Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista oli kirjattu 12 kertaa (Taulukko 7). Niistä kymmenen kertaa liittyi ummetuslääkkeen ottamiseen, ”*pyysi lounaalla Agiocur rakeita mutta ei halunnutkaan ottaa niitä kaikkia*” tai siitä kieltäytymiseen, ”*jätti taas ottamatta Agiocur- rakeet*”. Kolme kirjausta oli vatsan toimimattomuudesta.

Tavoitteen ”*aktiivisempi sosiaalinen kanssakäyminen*” arviota oli kirjattu toteutukseen kahdeksan kertaa. Useimmiten asukas oli viihtynyt huoneessaan ja käynyt päiväsalissa vain aterioilla, ”*aamiaisella käynyt päiväsalissa, viihtynyt paljon omissa oloissaan*”. Kaksi kertaa oli kirjattu ”*omahoitajatuokio*” pidetyksi mutta tavoitteissa tai keinoissa ei ollut mainittu omahoitajatuokiota. Ryhmätoimintoihin kutsumisia tai osallistumista ei ollut kirjattu vaikka se keinoissa oli. Muut kirjaukset olivat esimerkiksi arviota voinnista ja ravitsemuksesta tai kun mitään erityistä ei päivässä ollut, ”*asukkaalla kaikki hyvin*”.

TAULUKKO 7. Case 5. Hoitosuunnitelmaan kirjatut tavoitteet, keinot ja hoidon toteutumista kuvaavien päivittäiskirjausten lukumäärä ja esimerkki

Tavoitteet	Keinot	Hoidon toteutumisen kirjaukset(lkm) ja esimerkki
Itsenäinen selviytyminen ja oman tahdon toteutuminen	Turvallinen ympäristö, hoitajat aina saatavilla	15 itse pukeutunut ja pedannut
Aktiivisempi sosiaalinen kanssakäyminen	Rutiininomainen kutsuminen ryhmätilanteisiin	8 viihtynyt paljon omissa oloissaan

### 5.1.6 Case 6, Ryhmäkoti A

Hoitosuunnitelmassa oli asetettu kolme tavoitetta otsikoin ”hygienia”, ”mieliala” ja ”ravinto”. Keinot oli nimetty vastaavasti. Tavoitteita oli perusteltu toimintakyvyn arvioilla.

*Asukas tarvitsee apua päivittäin hygienian hoidossa. (hygienia) Tykkää keskustella muiden kanssa ja osallistua erilaisiin viriketuokioihin. (mieliala) Asukas ei kykene nielemään karkeajakoista ruokaa. (ravinto)*

Keinot oli jaettu pienempiin osiin otsakkeen alla esimerkiksi mielialan ylläpitäminen:

*Kun asukkaalla esiintyy ahdistuneisuutta ja levottomuutta, pyritään järjestämään keskustelutuokioita--, asukas osallistuu mahdollisuuksien mukaan erilaisiin viriketoimintoihin--, joskus ikävoi omaisiaan ja saatuaan soittaa heille, niin olo helpottuu.*

Asukkaan toiveita ei hoitosuunnitelmaan ollut kirjattu mutta oli maininta, että hän pitää keskustelusta muiden kanssa ja osallistumisesta ryhmiin.

Päivittäiskirjauksia oli yhteensä 39, niistä yövuorossa oli kirjattu kuusi kertaa ja iltavuorossa kolme kertaa. Yhtenä päivänä ei ollut kirjattu mitään. Hygieniaan liittyviä toimenpiteitä oli kirjattu 12 kertaa, mielialan arvioita tai toimenpiteitä mielialan tukemiseen 25 kertaa ja ravintoon liittyviä asioita kerran (Taulukko 8). Hygieniaan liittyvät kirjaukset olivat enimmäkseen mainintoja tehdyistä toimenpiteistä, ”suihkussa käynyt, lakanat vaihdettu”. Mielialaan liittyvät kirjaukset kertoivat asukkaan osallistumisesta yhteisön toimintaan tai seurusteluun sekä hänen mielialastaan, ”osallistui hyväntuulisen virkeänä levyraatiin ja sitten vielä lehdenlukutilaisuuteen”. Ravintoon liittyvä kirjaus oli lyhyt: ”aamupalan jälkeen pientä huonovointisuutta ja puklailua”.

TAULUKKO 8. Case 6. Hoitosuunnitelmaan kirjatut tavoitteet, keinot ja hoidon toteutumista kuvaavien päivittäiskirjausten lukumäärä ja esimerkki

Tavoitteet	Keinot	Hoidon toteutumisen kirjatukset(lkm) ja esimerkki
Hygienia	Vaippahousut, tarvitsee apua, ohjataan omatoimisuuteen	12 avusteltu aamutoimissa
Mieliala	keskustelutuokiot, kun ahdistunut, osallistuu virike-toimintoihin	25 Hetken rauhoittelun ja keskustelun jälkeen mennyt takaisin maate
Ravinto	ruoka pehmeässä muodossa, hoitaja seuraa ruokailua	1 aamupalan jälkeen pientä huonovointisuutta ja pukailua

### 5.1.7 Case 7, Ryhmäkoti A

Tavoitteita ja keinoja tässä hoitosuunnitelmassa oli määritelty neljä; ”hygienia ja ihonhoito”, ”liikkuminen”, ”mieliala” ja ”ravinto”. Keinot ja toimenpiteet oli otsikoitu samoin. Tavoitteita oli tässäkin suunnitelmassa tarkennettu ja perusteltu otsikon alla.

*Liikkuminen kankeaa ja käyttää rollaattoria. Asukkaalla ollut tia-kohtauksen kaltaista oireilua, joka aiheuttanut mm. vapinaa ja tasapaino – ongelmia.*

Hoitosuunnitelmaan ei ollut kirjattu asukkaan mielipidettä tai toiveita mutta keinoissa on kirjattu asukkaan kunnioittaminen ja pakkokeinojen välttäminen.

*Hoitaja kohtaa arvokkaasti asukkaan, kuuntelee häntä. Hoitaja ei käytä pakkokeinoja. – kunnioitetaan asukkaan omaa tahtoa.*

Hoitotyön toteutukseen oli kirjattu 23 kertaa, yövuorossa kerran ja iltavuorossa kolme kertaa. Kolmenatoista päivänä kirjaus oli jäänyt tekemättä. Kaksitoista merkintää koski

pesuja tai ihonhoitoja, tosin usein oli kirjattu ettei asukas ollut suostunut pesuille. Liikkumisesta oli yksi kirjaus, ”kävellyt käytävällä välillä”. Mielialaa tai käyttäytymistä oli arvioitu 16 kertaa, ”aamiaisella oli kovin tuhtunut, kun hänet oli kutsuttu syömään mielestään liian aikaisin”. Ravinnosta oli kaksi kirjausta (Taulukko 9). Asukkaan toiveita ei ollut kirjattu toteutukseen mutta avusta kieltäytymisiä oli kirjattu seitsemän.

TAULUKKO 9. Case 7. Hoitosuunnitelmaan kirjatut tavoitteet, keinot ja hoidon toteutumista kuvaavien päivittäiskirjausten lukumäärä ja esimerkit

Tavoitteet	Keinot	Hoidon toteutumisen kirjaukset (lkm) ja esimerkki
Hygieniä ja ihonhoito	hoitaja perustelee hoitotoimien tarpeellisuuden, hammasproteesien hoito, ihoa rasvataan	12 ei suostunut alapesulle, sanoi itse pesevänsä
Liikkuminen	Kannustetaan omatoimiseen liikkumiseen	1 Kävellyt käytävällä välillä.
Mieliala	Hoitaja kohtaa arvokkaasti asukkaan, kuuntelee, ei käytä pakkokeinoja, voidaan tarjota virikkeitä mutta kunnioitetaan asukkaan omaa tahtoa	16 Oli kovin tuhtunut, kun hänet oli kutsuttu syömään mielestään liian aikaisin.
Ravinto	Painon pysyminen kohtuullisena, ravinto terveellistä ja kevyttä	2 Aamiaisella ja lounaalla oli, hyvin maistui.

## 5.2 Tapausten väliset erot

Hoitosuunnitelmissa oli määritelty pääotsikoin kahdesta viiteen tavoitetta hoidolle. Keskiarvo on 3,6 ja mediaani neljä. Jokaiselle tavoitteelle oli määritelty vähintään yksi hoitotyön keino. Hoitosuunnitelman tavoitteiden ja keinojen toimivuutta ei ollut arvioitu suunnitelmissa eikä kirjattu arviointiosioon. Asukkaan tilaa ja toimintakykyä oli arvioitu sekä osassa tavoitteen määrittelyitä että päivittäiskirjauksissa. (Liite 2. Tapausten vertailu)

Päivittäiskirjausten lukumäärä vaihteli huomattavasti, 23:sta 50:n. Tarkasteluväli oli yksi kuukausi. Eniten oli kirjattu aamuvuorossa, seuraavaksi eniten yövuorossa. Päivittäiskirjauksia puuttui useimmiten yhdestä neljään päivään. Poikkeuksena case 7, jossa puuttui kirjauksia peräti 13 päivältä. Kirjauksia case 7:ssä oli 23. Tässä casessa asukas oli usein kieltäytynyt tarjotusta avusta ja päivittäiskirjauksissa oli mainintoja, että asukas oli kertonut itse suoriutuneensa päivittäisistä toimista. (Liite 2, Tapausten vertailu)

Asukkaan toive tai mielipide oli hoitosuunnitelmissa kirjattu johonkin tavoitteeseen kahdella asukkaalla. Keinoissa toiveita ei ollut huomioitu. Ei myöskään ollut kirjattu asukkaan voimavaroja keinoihin lukuun ottamatta case 1, tavoite liikkuminen, jossa todettiin, että asukas kykenee liikkumaan itsenäisesti rollaattorin turvin. Päivittäiskirjauksissa asukkaan toive tai mielipide oli kirjattu kolmen asukkaan kohdalla. He eivät olleet samoja, joilla toive oli huomioitu tavoitteissa. (Liite 2, Tapausten vertailu)

### 5.3 Kielen selkeys, ymmärrettävyys ja virheettömyys

Pääosin kieli oli asiallista ja ymmärrettävää. Joitakin kieliopillisia virheitä, esimerkiksi pilkkuvirheitä, teksteissä oli mutta ei häiritsevästi. Petäjäkotikeskuksessa puhutaan asukkaista ja tätä nimitystä oli kirjauksissakin käytetty useimmiten sekä jonkin verran asukkaiden etunimiä. Usein oli kirjattu myös passiivissa, ”*aamupesut ja rasvaukset tehty*” tai subjekti puuttui, ”*ottanut vastaan aamupesut ihonrasvaviluiluineen*”. Joitakin kertoja oli kirjattu puhekielen ilmauksella, ”*alkuyöstä ’jatsas’ ovellansa*”. Kirjausten virheelisyyttä ei analysointivaiheessa pystynyt arvioimaan, koska kirjauksista oli jo kulunut aikaa eivätkä kaikki asukkaat olleet opinnäytetyöntekijälle tuttuja. Asukkaan tilasta ja voinnista tehdyt kuvaavat ja arvioivat kirjaukset olivat useimmiten hyvin lyhyitä, ”*hyväntuulinen ollut koko päivän*”, mutta jonkin verran kirjaajakohtaisia eroja näkyi. Arkaluontoisia asioita ei ollut kirjattu.

### 5.4 Asiakaslähtöisyyden näkyminen kirjaamisessa

Hoitosuunnitelmat oli laadittu asukkaan tarpeista käsin. Tämä näkyi tarpeen määrittämisessä niissä hoitosuunnitelmissa, joissa tavoitteen otsikon alla oli kuvattu asukkaan fyy-

sistä ja/tai psyykkistä tilaa ja toimintakykyä sekä tavoitteen tarkennuksena, esimerkiksi ”asukkaan turvallisuudentunnetta tuetaan ja asukkaan levottomuus vähenee”. Kirjaus ”asukas ymmärtää hoitajien antamat—ohjeet ja toimii niiden mukaan—”, voitaisiin tulkitä myös hoitajalähtöiseksi sanavalinnan mukaan vaikka tarkoitus todennäköisemmin on ilmaista, että asukas kykenisi ohjattuna selviytymään toimistaan. Kahdestakymmenestä viidestä asetetusta tavoitteesta vain neljässä oli kerrottu asukkaan toive tai mielihope.

Hoitotyön keinoihin oli kirjattu hoitajien tekemää toimintaa, ”ohjataan, kannustetaan, selitetään, houkutellaan, seurataan, autetaan, päätöksiä tehdään puolesta”. Hoitotyön keinoksi oli määritelty esimerkiksi ”omatoimisuuteen kannustaminen” ja tarkennettu sitä omatoimisiin iltapesuihin kannustamisella. Päivittäisissä kirjauksissa oli vaihtelevasti kirjattu asukkaiden toimintakykyä ja enemmän tulikin vaikutelma, että hoitajat paljolti avustivat asukkaita vaikka tavoitteisiin oli määritelty omatoimisuuteen kannustaminen.

Sanna Tuomisen (2006) määrittelemiä asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia näkyi kirjauksissa jonkin verran. Itsemääräämisoikeuden toteutumisesta oli kirjauksia yhteensä 51, kun mukaan laskettiin kirjatut asukkaiden omaehtoiset ajanvieteet ja tyytyväisin mielin ryhmiin osallistumiset sekä oman tahdon ilmaukset hoitotoimien suhteen. Asiat, joissa asukkaat voivat itse osoittaa tahtonsa tai mitä he voivat omaehtoisesti tehdä, saattavat olla hyvinkin pieniä: ”söi itse”, ”halusi pois vuoteesta”, ”halusi itse hampaat suuhun”, ”soitellut pianoa omassa huoneessaan”, ”oli itse tehnyt pesut”.

Subjektiiivisesta asiantuntijuudesta löytyi muutama kirjaus: ”ei halua mihinkään tutkimuksiin, kokee olevansa jo niin vanha”. ”Aamulla taas rakeet jätti ottamatta, koska oli syönyt omenan”. Osallistumiseen ja vaikuttamiseen liittyviä kirjauksia olisivat olleet vanhuksen itsensä asettamat tavoitteet mutta näitä ei suunnitelmissa ollut. Asukkaan resurssija, edellytyksiä ja rajoitteita taas oli kirjattu tavoitteen määrittelyssä, ”asukas luonteeltaan perustyytyväinen”, ”nielemisongelma”, ”ajoittaiset ja toistuvat poissaolo-kohtaukset”, ”asukas ei useinkaan anna hoitajan tehdä pesuja mutta ei itse kuitenkaan kykene huolehtimaan puhtaudestaan”. Asukasta oli myös kuunneltu, vaikka sitä välttämättä ei suoraan ollut kirjattu mutta asiayhteydestä näin saattoi päätellä, ”aamulla oli niin hämmentynyt rikkinäisistä sukkahousuista, että—”.



Tasavertaisesta vuorovaikutuksesta oli kirjattu yksittäisiä kertoja, ”*pidin asukkaan kanssa omahoitajatuokion,--*”, ”*asukas oli todella tyytyväinen yhteisestä hetkestä*”, ”*asukkaan kanssa piirrelty kesäisiä muistoja paperille, josta asukas kovin tykännyt*”. Tiedon- saanti ja valinnanmahdollisuus sisältää vaihtoehtojen olemassaolon ja valinnanvapau- den, joista oli muutamia kirjauksia, ”*viettänyt aikaa omassa huoneessaan*”, ”*ehdotettu ulkoilua mutta ei halunnut lähteä*”. Asukkaan terveydentilasta ja voinnista hänen kans- saan käytyjä keskusteluja oli kirjattu tarkastelemani kuukauden ajalla kerran, ”*sovin asukkaan kanssa, että hän seuraa tilannetta ja kertoo jos tulee vaivoja*”.

### **5.5 Rakenteisen kirjaamisen luokitukset hoitosuunnitelmissa**

Rakenteinen kirjaaminen perustuu kansallisesti yhtenäisten luokitusten käyttöön. Tar- kasteltavissa hoitosuunnitelmissa oli käytetty taulukossa 10 näkyviä hoitotyön tavoittei- ta ja keinoja. Tavoitteen ja keinon vieressä on sitä lähinnä oleva SHTaLin ja SHTolin komponentti. Taulukkoa varten olen luokitellut ja yhdistänyt aineistoa eri hoitosuunni- telmista sekä pelkistänyt ilmauksia lyhyempään muotoon. Löysin aineistosta kymme- neen eri komponenttiin kuuluvia asioita. Koska lähtökohtana suunnitelmien teossa ei ollut komponentteja ja luokituksia, oli tavoitteita ja keinoja hieman sekaisin eri kom- ponenteista. Näissä tilanteissa käytin harkintaani ja jaoin tavoitteita eri komponentteihin kuuluviksi, vaikka ne alkuperäisessä suunnitelmassa olivat saman otsikon alla.

TAULUKKO 10. Hoitotyön tavoitteet ja keinot ja vastaavat FinCC- luokitukset.

Hoitotyön tavoitteet	SHTaL	Hoitotyön keinot	SHToL
omatoimisuuteen kannustaminen, itsenäisen selviytyminen ja oman tahdon toteutuminen	Selviytyminen - potilaan heikentynyt selviytymiskyky - aloittekyvyttömyys	ohjataan, kannustetaan itse tekemään, turvallinen ympäristö, hoitajat saatavilla	Selviytyminen, potilaan selviytymisen tukeminen, selviytymiseen liittyvä ohjaus
hygienia	Päivittäiset toiminnot - peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avuntarve	avustetaan ilta- ja aamupesuisissa, kannustetaan ,ohjataan	Päivittäiset toiminnot - puhtaudesta huolehtiminen - peseytymisessä avustaminen
ruokavalio, ravitsemus, ravinto	Ravitsemus - erityisruokavalion tarve - yksilöllinen ravitsemus, liika ravinto, ruokavalio	seurataan annoskokoja, vältetään ylimäärisiä hiilihydraatteja, kannustetaan liikkumaan, hienonnettu, pehmeä ruoka, lisäenergia, syöttäminen, painoseuranta, hampaiden pysyminen paikallaan	Ravitsemus - ravitsemustilan seuranta – painon kontrollointi, ruokailun seuranta, erityisruokavalion toteuttaminen Lämmukaisen ravitsemuksen huolehtiminen, ravinnon määrän rajoittaminen
mieliala	Psyykinen tasapaino – mielialan muutos - mielialan laskun ja nousun vaihtelu, masentuneisuus	kunnioitetaan, kysytään toimitatuokioihin, huomioidaan, houkutellaan osallistumaan, keskustelutuokiot, viriketoiminnot, kuunteleminen	Psyykinen tasapaino – mielialan seuranta - hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen – omahoitajakeskustelu, potilaan todellisuuden kuunteleminen
liikkuminen	Päivittäiset toiminnot - liikkumiseen liittyvä avun tarve, apuvälineiden tarve - heikentyneen toimintakyvyn korjaaminen apuvälineillä Terveyskäyttäytymisen, Terveyttä uhkaavat elintavat, liikunnan puute	kannustetaan, apuvälineen turvin itse liikkuu, huolehditaan tossut jalkaan, seurataan kuntoa	Päivittäiset toiminnot – liikkumisessa avustaminen, apuvälineiden järjestäminen Terveyskäyttäytymisen, terveyttä edistävä ohjaus
jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpi-	Aktiviteetti - aktiviteetin muutos - aktivi-	kuntouttava työote, ohjataan,	Aktiviteetti - aktiviteetin seuranta - akti-

täminen, toimintakyvyn ylläpitäminen	teetin heikkeneminen, liikunnan vähäisyys, lihaskunnan heikkous	ositetaan, autetaan, kannustetaan, fyysisen kunnan ylläpitäminen	viteettia edistävä toiminta, aktiviteettiin liittyvä ohjaus – toiminnallinen kuntoutus, liikeharjoitusten toteuttaminen
ymmärretyksi tuleminen ja kommunikointikyvyn säilyminen, aktiivisempi sosiaalinen kanssakäyminen	Kanssakäyminen - kommunikointiongelma – sosiaalinen eristäytyminen - puheentuottamisen vaikeus – kognitiivinen häiriö	kommunikaation tukeminen, selkeät ohjeet, ohjataan, valvotaan, päätöksiä tehdään puolesta, kutsutaan ryhmätilanteisiin	Kanssakäyminen – kommunikaation tukeminen - sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen – yhdessäolon mahdollistaminen
psykkisen tasapainon ylläpitäminen	Psyykinen tasapaino – minäkuvan muutosvaikeus oman itsensä hyväksymisessä ja hahmottamisessa – ahdistuneisuus- selittämätön pahaolo - rauhattomuus	ahdistuneisuuden lievittäminen ja rauhoittelu, jutellaan, käytetään validaation keinoja, rutiinit, rauhoittava lääke	Psyykinen tasapaino – psyykkisen tilan seuranta – eri terapiamuotojen käyttäminen - käyttäytymisen häiriöiden tunnistaminen – rauhoittaminen – psyykinen tuki - lohduttaminen
lääkehoidon toteutus	Lääkehoito - lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät tekijät - lääkekielteisyys	katsotaan, keskustellaan	Lääkehoito - lääkehoidon ohjaus - lääkehoidon suullinen ohjaus – lääkkeen antaminen -
riittävä nesteytys	Nesteytys, nestevajaus, jano	syötetään, tarjotaan usein juotavaa	Nesteytys, nesteytyksestä huolehtiminen, nesteiden antaminen suun kautta
virtsanpidätyskyvyn ylläpitäminen, erittäminen	Erittäminen - virtsaamiseen liittyvät häiriöt – virtsan pidätyskyvyttömyys -	rakkokoulutus, vaipanvaihto	Erittäminen - virtsaamisen seuranta – virtsamäärän seuraminen – virtsan pidätyskyvyttömyyden hoitaminen
turvallisuus	Turvallisuus - tapaturmariski - kaatumisriski, putoamisriski	valvonta, turvallivi, saattaja,	Turvallisuus - ulkoisen turvallisuuden lisääminen, potilaan liikkumisen rajoittaminen ja seuranta, tapaturmariskin huomioiminen
ihon hoito	Kudoseheys – ihon eheyden muutos – häiriö ihon kunnossa, ihon rikkoutumisen riski	asentohoito, rasvaus, puhtaus	Kudoseheys, ihon kunnan seuranta, ihon perushoito, painehaavojen ehkäisy ja hoito, asennonvaihdesta huolehtiminen

## 6 POHDINTA

### 6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä käsiteltävä materiaali oli vain opinnäytteen tekijän saatavilla. Aineisto säilytettiin ulkopuolisten ulottumattomissa. Aineistosta poistettiin mahdollisia lainauksia varten henkilötiedot ja tiedot, joista asiakkaan voisi muuten tunnistaa. Aineistosta tehtävä luokittelu vähentää tunnistettavuutta. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti. Opinnäytetyöntekijä on vaitiolovelvollinen saamistaan asiakastiedoista. Myös kirjaajien nimet ja Pegasos- tunnukset poistettiin. Hoitosuunnitelmat ja päivittäiskirjaukset koodattiin vastaamaan toisiaan.

Laadullisessa tutkimuksessa arviointi kulkee rinnalla koko prosessin ajan. Viime kädessä luotettavuuden kriteerinä on tutkija itse, miten rehellinen hän on, koska arvioinnin kohteena ovat tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida jokaisen tutkijan tekemän valinnan kohdalla. (Eskola & Saranto 2000, 208,210.) Olen pyrkinyt aihevalinnasta lähtien kriittiseen ajatteluun opinnäytetyöni suhteen. Ohjausta olen saanut sekä kurssitovereilta, opponentilta, työni ohjaajalta että työpaikkani johtajalta. Luvan opinnäytetyölle hain Petäjäkotikeskuksen johtajalta. Työtovereille kerroin tekeväni kirjaamiskartoituksen ja tarkastelevani heidän tekemiään kirjauksia satunnaisena ajankohtana. Olen kertonut työni edistyessä havaintojani kirjauksista työyhteisölle, kun on ollut puhetta kirjaamisasioista.

Pienessä työyksikössä voi olla, että kirjaajan persoonallinen tyyli on opinnäytetyön tekijälle tuttu. Myös asukkaat saattavat olla tekijälle niin tuttuja, että nimen ja henkilötunnuksen poistaminen ei estä tunnistamista asukasta. Tämä voi vaikuttaa aineiston tulkintaan ja luotettavuuteen. Aineistoa analysoidessa tunnistin itsessäni halun tulkita esimerkiksi asetettuihin tavoitteisiin sisältyväksi asioita, joita ei ollut mainittu mutta arvelin suunnitelman tekijän tarkoittaneen. Näissä kohdin palasin takaisin alkuperäiseen tekstiin ja pyrin kriittisyyteen omia tulkintoja kohtaan.

Aineiston analyysiin ja tehtyihin tulkintoihin vaikutti myös tehtyjen kirjausten lyhyys. Joitakin asioita oli kirjattu vain yhdellä tai kahdella sanalla. Näistä kirjauksista oli vaikea päätellä, oliko asukkaan kanssa käyty keskustelua ja oliko asukasta esimerkiksi oh-

jattu suoriutumaan omatoimisesti. On mahdollista, että *käynyt suihkussa* tarkoittaa itsestä selviytymistä tai hoitajan avustuksella tapahtunutta peseytymistä. Koska asukkaan ääni ja toiveet kuuluivat ja näkyivät melko vähän kirjauksissa, oli haasteellista olla tulkitsematta kirjauksia liian asiakaslähtöisesti, koska oman työyhteisöni jäsenenä toki toivoin, että asiakaslähtöisyys näkyisi kirjauksissa.

Kun aineistoa tutkimukseen on riittävästi, on saavutettu niin sanottu kylläntymispiste eli uusi aineisto ei enää anna mitään uutta tietoa tutkimukselle (Eskola & Suoranta 2000, 62- 63). Opinnäytetyössäni tarkastelin seitsemää hoitosuunnitelmaa, jotka olivat eri hoitajien tekemiä, eripituisia ja kahdesta eri ryhmäkodista. Mielestäni tämä määrä oli sopiva, koska näissä suunnitelmissa näkyi sekä suunnitelmien erilaisuus että samanlaisuus. Myös opinnäytetyön laajuus rajasi aineiston kokoa. Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 60) mukaan tutkijan on osoitettava, että hänen tutkimusaineistonsa on edustava eikä siihen liity systemaattista harhaa (Vilka 2005, 127). Käytin opinnäytetyössä harkinnanvaraista näytettä, koska halusin riittävästi analysoitavaa aineistoa. Ilman tehtyä hoitosuunnitelmaa olisi ollut mahdoton arvioida hoitoprosessin ja tavoitteiden ja keinojen näkymistä päivittäiskirjauksissa ja suunnitelmassa. Kaikilla asukkailla Petäjäkotikeskuksessa ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaa Pegasokseen aineiston tulostuspäivänä.

Aineistolähtöinen analyysi sisältää kolme vaihetta eli aineiston pelkistäminen, ryhmitteily ja teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110). Raporttia kirjoitetaan samanaikaisesti analyysin kanssa ja sen tulisi kuvata selkeästi ja yksityiskohtaisesti tutkimuksen ja analysoinnin kulkua (Valtonen 2011). Vilkan (2005, 159-160) mukaan tutkimusta käytännössä ei voi toistaa sellaisenaan, koska jokainen laadullinen tutkimus on ainutkertainen kokonaisuus. Toisen tutkijan pitäisi kuitenkin samoilla tulkintasäännöillä löytää samakin tulkinta kuin tutkimuksen tekijä on löytänyt. Tämä edellyttää tutkimusprosessin tarkkaa kuvausta sekä päättelyn ja tulkinnan havainnollistamista. Tähän olen pyrkinyt ottamalla lainauksia hoitosuunnitelmista ja päivittäiskirjauksista sekä luokittelemalla aineistoa.

Aloitin analyysin poistamalla aineistosta henkilötiedot ja lukemalla aineiston moneen kertaan läpi. Analyysia tein sekä aineistolähtöisesti että kirjoittamani teoriaosuuden ja opinnäytetyön kysymysten pohjalta muodostamani analyysirungon mukaan deduktiivisesti (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 113-115). Analyysirunko on opinnäytetyön liitteenä (liite 1). Käsittelin hoitosuunnitelmat case- tapauksina ja etsin jokaisesta vastauksia ana-

lyysirungon kysymyksiin. Hoitosuunnitelmia ja päivittäiskirjauksia analysoin moneen kertaan ja yksityiskohtaisesti myös induktiivisen analyysin periaattein. Osan tuloksista esitin tekstimuotoisena ja osan taulukkoina.

## **6.2 Tulosten tarkastelu**

### **6.2.1 Ryhmäkotien väliset erot**

Hoitosuunnitelmat oli kerätty kahdesta dementiaryhmäkodista. Ryhmäkoti B:ssä Pegasos oli ollut käytössä vuoden pitempään kuin ryhmäkoti A:ssa. Ryhmäkotien väliset erot tulivat näkyviin hoitosuunnitelman tavoitteissa, sillä ryhmäkodit olivat kirjanneet tavoitteet erilailla. Toisessa ryhmäkodissa tavoitteiden perusteluksi oli kirjattu asukkaan tarpeita ja toisessa tavoitteilla oli pääotsikot ja niiden alla oli tarkennettu tavoitetta mutta asukkaan tarpeen arviointia ei ollut määritelty. Ero johtunee esimiesten antamasta ohjeistuksesta tai Pegasos- ohjeen erilaisista tulkinnoista. Esimiehet ovat saattaneet antaa erilaisia ohjeita tai hoitajat ovat tulkinneet ne erilailla. Larrabeen (2001, 56-65) tutkimuksessa todettiin, että hoitotyön johdon tulisi kiinnittää erityishuomio koulutuksen strategiaan ja arviointiin sähköiseen kirjaamiseen siirryttäessä (Salonen ym. 2012). Esimiehille koulutus tulisi olla yhtä aikaa ja ennen muuta henkilökuntaa. Esimiesten tulisi myös miettiä koulutustarpeita ja -alueita yhdessä.

Ryhmäkotien henkilökunta on myös käynyt Pegasos- koulutukset eri aikaan ja tämäkin on saattanut vaikuttaa erilaisiin tulkintoihin ohjeista. Pegasos- ohjeessa opastetaan valitsemaan ”tavoite ja arviointi”- toiminto ja etsimään tavoite valikosta tai kirjoittamaan se avoimeen kenttään. Tämän kentän alapuolella on ”arvio”- kohta, johon kirjoitetaan selvitys asiasta. Esimerkkinä tavoitteelle ”ravitsemuksen paraneminen” on ohjeessa kirjattu peruste ”syömisestä heikentyminen” ja ”paino laskusuunnassa”. (Tampereen kaupunki, Tietohallintoyksikkö, Pegasos- ohje 2010.)

### **6.2.2 Merkintöjen selkeys, ymmärrettävyys ja virheettömyys**

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (2009/298) määritellään potilasasiakirjamerkintöjä koskevat periaatteet ja vaatimukset, joissa ohjeistetaan kirjaamaan riittävän laajasti, selkeästi, ymmärrettävästi ja yleisesti tunnettuja käsitteitä ja lyhenteitä käyttäen. Tarkastelemissani hoitosuunnitelmissa ja päivittäiskirjauksissa kieli oli pääosin ymmärrettävää ja selkeää, vain muutamassa päivittäiskirjauksessa oli käytetty puhekielen ilmauksia. Kieliopillisia virheitä oli jonkin verran. Osin tämä johtunee pyrkimyksestä ilmaista asiat lyhyesti ja tiiviisti, jolloin tekstistä saattaa tulla luette-lonomaista.

### **6.2.3 Hoitoprosessin vaiheiden näkyminen kirjaamisessa ja tapausten väliset erot**

Lähtökohdan hoitoprosessin tarkastelulle muodosti tekemäni teoriaosuus hoitotyön prosessista ja sen vaiheista. Tarkastelin myös hoitotyön prosessin historian kautta sen muokkautumista nykyiseen muotoonsa. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valitsin, koska tarkoitukseni oli kuvata tämän hetkistä kirjaamista ja miten tutkimani asiat siinä näkyvät. Olettamukseni oli, että hoitoprosessi on jokaiselle hoitotyötä tekevälle ainakin koulutuksen myötä tuttu. Aiempien tutkimusten ja opinnäytteiden sekä omankin työko-kemukseni perusteella arvelin, että mikä teoriassa on opittu ja osin omaksuttukin, ei itsestään selvästi näy hoitotyön dokumentoinnissa eli kirjaamisessa (vrt. Talaranta 1997, 62; Mäkilä 2007, 35; Silvennoinen & Uljas 2008, 32-33 ).

Tampereen kaupungin ohjeen mukaan hoidon tarve on arvioitava ja kirjattava vähin-tään puolivuositain (Tampereen kaupungin asumispalvelut 2012, 51-52). Joiltakin asukkailta hoitosuunnitelmia kuitenkin puuttui ja kartoitukseen mukaan ottamani suun-nitelmat olivat pisimpiä, mitä potilasasiakirjoista löysin.

Salosen ym. (2012) tekemän kartoituksen mukaan hoitotyön prosessimalli ei toiminut arjen hoitotyössä. Kartoitus tehtiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin medisi-i-nisen tulosityksikön Helsingissä sijaitsevilla vuodeosastoilla ja poliklinikoilla. Kartoituk-sessa todettiin, että hoitohenkilökunta ei hyödyntänyt rakenteista otsikkorakennetta pro-ssessimallin mukaisesti ja puutteita ilmeni hoidon tavoitteiden ja arvioinnin kirjaamises-sa sekä potilaan ja omaisen osallistumisen kirjaamisessa. ( Salonen ym. 2012.) Omassa

kartoituksessani päädyin samansuuntaisiin tuloksiin. Asukkaiden kanssa käydyt hoitosuunnitelmakeskustelut eivät näkyneet suunnitelman tavoitteissa eikä keinoihin ollut kirjattu asukkaan voimavaroja tai mitä asukas haluaisi tehdä itse. Hoitoprosessin vaiheista käytettiin hoidon tavoitteen asettamista ja hoitotyön keinojen määrittämistä sekä hoidon toteutumisen kirjaamista. Arviointia sisältyi päivittäiskirjauksiin ja se koski asukkaan vointia, mielialaa tai toimintakykyä. Lukerin (1992) ja Atkinsonin ja Murrayn (1990) mukaan arviointia tulisi tapahtua hoitoprosessin rinnalla alusta lähtien. Arviota tulisi tehdä myös valituista tavoitteista ja menetelmistä. (Atkinson & Murray 1990, 104; Luker 1992, 136- 137.) Arviota tehdystä hoitosuunnitelmasta ja sen toteutumisesta ei ollut kirjattu vaikka hoitosuunnitelmaan sisältyviä asioita oli päivittäin kirjattu.

Petäjäkotikeskuksessa ei käytetty Pegasoksen ”hoidon tarpeet”- painiketta, koska Pegasos- ohjeet määrittivät kirjaamaan hoidon tarpeet tarkennukseksi tavoitteille. Eri ryhmäkodeissa tavoitteiden perustelusta oli eri näkökulmat. Tavoitteissa, joissa perusteluna oli arviota tai kuvausta asukkaan toimintakyvystä, oli ulkopuolisenkin mahdollista arvioida tehdyn tavoitteen toimivuutta. Tavoitteet, joissa ei ollut toimintakyvyn kuvausta ja arviota vaan tarkennuksena oli tavoitteen tarkennusta, jäivät vaille perustelua eikä ulkopuolinen saanut riittävää käsitystä asukkaan kokonaisvoinnista ja toimintakyvystä. Kummassakaan tapauksessa ei käynyt selville, oliko hoidon tarpeet priorisoitu ja millä perustein.

#### **6.2.4 Hoidon tavoitteiden ja keinojen näkyminen päivittäiskirjauksissa**

Hoitoprosessin kolmas vaihe eli hoidon toteuttaminen tarkoittaa valittujen keinojen toteuttamista ja kirjaamista sekä arviota käytetyistä menetelmistä. Kirjaamisen tulisi olla kuvaavaa, arvioivaa ja selkeää ja siinä keskeisenä pitäisi näkyä hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutus sekä hoitotyön periaatteet. (Ikonen & Sonninen 2007, 77-78; Hovilainen, Kilpinen & Oksanen 2011, 16-17.) Hoidon tavoitteiden ja keinojen mukaisen hoitotyön näkyminen hoidon toteuttamisen kirjauksissa vaihteli eri asukkaiden ja potilasasiakirjojen välillä. Keskimäärin kuukauden aikana oli kirjattu 35 kertaa eri työvuoroissa. Yhden asukkaan kohdalla kirjauksien määrä ja niiden päivien määrä, jolloin ei ollut kirjattu mitään, poikkesi muista. Muiden asukkaiden kohdalla merkintöjä puuttui korkeintaan neljältä päivältä. Tässä tapauksessa hoidon tavoitteet ja keinot olivat samantyyppisiä



kuin muissa suunnitelmissa, joten suunnitelma ei selittäne poikkeavaa kirjausten määrää.

Hoitosuunnitelmissa eniten oli käytetty päivittäisiin toimintoihin ja mielialaan sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä tavoitteita ja keinoja. Hoidon toteutumisen kirjaukset painottuvat samoihin alueisiin. Eniten oli kirjattu mielialaan liittyviä kirjauksia (81), päivittäisiin toimintoihin (64) ja ravintoon liittyviä kirjauksia (47). Myös itsenäiseen selviytymiseen (17) ja ihonhoitoon (25) liittyviä kirjauksia oli paljon. Toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvät kirjaukset liitettiin päivittäisiin toimintoihin, koska keinoiksi oli määriteltä päivittäisissä toiminnoissa tukemista mutta ne olisi voinut erottaa omaksi ryhmäkseen myös. Joihinkin tavoitteisiin ei löytynyt kirjauksia ollenkaan, esimerkiksi turvallisuus (case 4). Eniten toteumakirjauksia (50) oli case 4:ssä, jossa tavoitteet olivat SHTaL:n komponenttien mukaiset ja keinot tarkasti määritellyt SHTol:n mukaisesti.

### **6.2.5 Asiakslähtöisyyden näkyminen kirjaamisessa**

Vanhustyötä tekeväälle erityisesti vanhuksen mielipiteen kuuleminen, myös oman työyhteisöni arvojen mukaan, tulisi olla tuttu ja omaksuttu käytännössä. Jotta asiakas saataisiin sitoutettua hoitoonsa, tulisi hoidon olla hänen ”näköistään” ja sellaisena se tulisi kirjata potilasasiakirjoihin (Suhonen 2005, 37). Petäjäkotikeskuksen hoitosuunnitelmissa asukkaan omat toiveet ja tavoitteet hoidolle eivät juuri näkyneet. Poikkeuksena oli suunnitelma, jossa asukkaan toiveet oli osassa tavoitteista kirjattu, ja perusteltu, miksi niihin ei vastattu. Tämä tapa on suositeltava Hoitotyön käsikirjan mukaan. Kirjataan ne tavoitteet ja toiveet, joihin voidaan vaikuttaa ja ne, joita ei voida toteuttaa (Tampereen kaupungin asumispalvelut 2012, 51-52). On kuitenkin huomioitava, että vanhus saattaa olla sairauden vuoksi kykenemätön ilmaisemaan omaa tahtoaan. Tällöin hänen omaisensa tai läheisensä tai edunvalvojansa voi ilmaista hänen toiveensa hänen puolestaan.

Pegasos- ohjelman hoitosuunnitelma- osiossa ei ainakaan tällä hetkellä ole omaa otsikkoa asukkaan näkemykselle, kuten TtT Oili Kärkkäisen (2007, 89,92) esittämässä mallissa. Asukkaan näkemyksen voisi kirjata kuitenkin hoitokertomukseen esimerkiksi väliarvio- otsikolla tai tavoitteiden yhteyteen vapaamuotoisena tekstinä. Näin voitaisiin saada asukkaan itsemääräämisoikeus ja subjektiivinen asiantuntijuus näkyviin ja hänen osallistumisensa hoitosuunnitelman tekemiseen toteutettua.

Mitä enemmän asukas saa tietoa omasta terveydentilastaan ja mahdollisuuksistaan palveluihin, sen paremmin hän pystyy vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja toteuttamaan valintoja. Hoitohenkilökunnan tehtävä on antaa asukkaalle tietoa. Tieto myös tulisi antaa vanhukselle ymmärrettävällä tavalla. (Tuominen 2006, 12- 20.) Hoitosuunnitelmien tavoitteista ei voinut päätellä, oliko hoitajan ja asukkaan välillä ollut dialogia vai toteutuiko tavoitteen asettaminen potilaskeskeisesti, jolloin hoitaja asetti tavoitteen sen mukaan, minkä hän arveli olevan asukkaalle parasta (Latvala 1998, 26).

### **6.2.6 Rakenteisen kirjaamisen komponenttien ja luokkien näkyminen hoitosuunnitelmissa**

Rakenteisen kirjaamisen komponentteja on SHTaL:n (3.0) mukaan 21. Komponenteista yhteensä kymmenen näkyi tavoitteissa ja keinoissa mukaan laskien kaikki tarkastellut potilasasiakirjat. Yhdessä hoitosuunnitelmassa oli enintään viisi tavoitetta. Hoitajat olivat tehneet tavoitteet oman harkintansa mukaan. Rakenteisen komponentit eivät olleet Pegasos- ohjelmassa vielä mukana mutta hoitajia oli ohjeistettu käyttämään Lähihoitajan käsikirjan sisältöä apuna miettiessään tavoitteita, koska kirjan sisältö perustuu komponentteihin. Suunnitelmat kaiken kaikkiaan keskittyivät yksipuolisesti muutamaan komponenttiin. Vastaaviin tuloksiin oli päädytty Helsingissä HUS:n medisiinisen tulosyksikön vuodeosastoilla ja poliklinikoilla tehdyssä kartoituksessa, jossa todettiin, että hoitajat saattoivat käyttää kirjaamisessa ainoastaan yhtä otsikkoa tai he valitsivat ne yksilöllisesti (Salonen ym. 2012). Suunnitelmien välillä Petäjäkotikeskuksessakin oli kuitenkin yksilöllisiä eroja, jotka todennäköisesti johtuivat sekä asukkaasta itsestään että hoitajasta suunnitelman tekijänä. Hoitotyön suunnitelma vaatii hoitajilta päätöksentekotaitoja. Ension (2007, 56) mukaan päätöksenteon taito kehittyy koulutuksen ja ammatillisen kokemuksen myötä. Kirjaajalla on oltava selkeä kokonaisnäkemys hoidosta, mikä varsinkin vastavalmistuneilta hoitajilta saattaa puuttua (Jokinen ym. 2011, 54).

Hoitotyön tarpeiden ja tavoitteen määrittely oli määrällisesti (19) keskittynyt päivittäisiin toimintoihin liittyviin tarpeisiin ja toisena isompana ryhmänä olivat psyykkiseen vointiin ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät tarpeet (7). Muun muassa hengitykseen, verenkiertoon ja aineenvaihduntaan liittyviä tarpeita tai keinoja ei ollut kirjattu vaikka tehostetun palveluasumisen asukkailla todennäköisesti on niihin liittyviä sairauksia ja

niihin liittyvät mittaukset toisaalta ovat rutiinia hoitotyössä. Myöskään aistitoimintoja ei ollut kirjattu vaikka ikäihmisillä aistivajavuudet ovat tavallisia. Tärkeä asia kirjata olisi myös jatkohoitoon liittyvät asiat, jotka tehostetussa palveluasumisessa sisältävät usein esimerkiksi asukkaan toiveet kuoleman lähestyessä ja omaisten tukemisen ja ohjauksen.

On ehkä ymmärrettävää, että hoitajien asettamat hoidon tavoitteet ovat arjen työssä konkreettisesti havaittavia ja hoitotyöstä aikaa vieviä asioita. Tehostetun palveluasumisen asukkaat ovat paljon apua, tukea ja ohjausta tarvitsevia ja hoitotyöstä suuri osa kohdistuu päivittäisistä toimista huolehtimiseen. Dementiaryhmäkodissa kognition alenemiseen liittyy usein vaihtelua mielialassa ja sosiaalisten suhteiden vaikeutumista. Myös nämä tarpeet näkyivät tavoitteiden määrittelyssä. Kuitenkin yhden asukkaan kohdalla oli maksimissaan viisi tavoitetta määritelty eikä suunnitelmasta käynyt ilmi tavoitteiden priorisointi. Esimerkiksi mittaustiheyksiä (verenpaine, verensokeri) ei ollut suunnitelmiin määritelty, vaikka näitä kirjauksia oli paljon. Hoitosuunnitelmissa ei myöskään näkynyt yhteistyö fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän, luovantoiminnan ohjaajan, hoitajien ja sairaanhoitajan kesken.

### **6.2.7 Kirjaamisen kehittämiskohteet ja vahvuudet**

Elina Rajalahti ja Kaija Saranto (2011) ovat tutkineet hoitotyön opettajien, sairaanhoitajien ja muun terveydenhuollon henkilöstön hoitotyön tiedonhallinnan osaamista vuosina 2008-2010. Tutkimuksessa havaittiin mm, että hoitotyön kirjaaminen kansallisen mallin mukaan ja sen käytön oppiminen olivat tutkimuksessa mukana olleille vielä melko uutta asiaa. Siirtyminen valtakunnalliseen tietojärjestelmäpalveluun edellyttää hoitohenkilöstöltä ja hoitotyön opettajilta tiedonhallinnan osaamisen kehittämistä ja ammattieettistä pohdintaa. (Rajalahti & Saranto 2011, 243-257.) Petäjäkotikeskuksessa sähköinen kirjaaminen alkoi syksyllä 2010. Aineisto opinnäytetyöhöni tulostettiin kesällä 2012, jolloin oltiin vasta toista tai kolmatta kertaa tehty pakolliset päivitykset hoitosuunnitelmiin. Tekemäni kartoituksen perusteella arvioin, että tällä hetkellä sähköisen kirjaamistavan oppimisprosessi on vielä kesken ja tuleva rakenteinen kirjaaminen saattaa joko selkeyttää tätä prosessia tai hidastaa entisestään. Rakenteisen kirjaamisen komponentit tulevat käyttöön vuoden 2013 aikana ja koulutukset alkavat tänä keväänä.

Vaikka hoitosuunnitelmien laajuudessa ja kattavuudessa oli puutteita, osoitti tavoitteiden ja keinojen vertailu rakenteisen kirjaamistavan komponentteihin, että määritellyt tavoitteet ja keinot olivat keskeisiä hoitotyössä, sillä ne löytyivät myös rakenteisen kirjaamisen luokituksista. Oman työyhteisöni arjessa osallisena ollessani minulle on tullut käsitys, että kaikkea suullisesti tehtyä suunnitelmaa ei aina kirjata, liekö kyse sitten kii-reestä vai kulttuurista. Työyhteisössä saattaa elää kirjallisen hoitosuunnitelman rinnalla toinen, suullinen hoitosuunnitelma, joka kenties päivittyy nopeammin kuin kirjallinen tai se kirjataan esimerkiksi päivittäiskirjauksiin mutta ei itse hoitosuunnitelmaan. Tärkeää olisi harjaantua päivittämään hoitosuunnitelmaa jatkuvasti muuttuvien tilanteiden mukaan, sillä se takaisi paremman tiedonkulun ja turvaisi myös hoitajien oikeuksia. (vrt Holma 2003, 61.) Helsingin terveystieteiden keskeisistä rakenteisesta kirjaamisesta saadun kokemuksen mukaan uudistunut hoitosuunnitelma palvelee paremmin päivittäiskirjausta sekä suunnitelman päivittämistä (Jokinen ym. 2011). Toimintatapojen muuttuessa on johdon tuettava ja seurattava kirjaamista jatkuvasti (Jokinen ym. 2011).

Hoitotyön prosessi on hoitajille tuttua perusopinnoista mutta sen käyttäminen ei ole itsestään selvyyttä ja varsinkin paperisissa suunnitelmissa oli mahdollista kirjata ilman yhtenäisesti sovittuja sääntöjä. Uuden kirjaamistavan alkaessa olisi syytä kerrata hoitoprosessi henkilöstön kanssa esimerkiksi case-tapauksin, jotta vahvistettaisiin hoitoprosessiosaamista. Hoitajia tulisi kannustaa käyttämään FinCC- luokituksia ikään kuin ”sisällysluettelona”, jonka avulla laajentaa suunnitelmia. Näin suunnitelmista saataisiin kokonaisvaltaisempia.

Jatkossa on syytä kannustaa hoitajia myös ottamaan asukas mukaan hoitosuunnitelmaa tekemään. Käydyt hoitosuunnitelmakeskustelut jälkeen on luontevampaa kirjata asukkaan näkemys ja toiveet suunnitelmaan asukkaan ilmaisuja käyttäen. Asiakaslähtöisempää kirjaamistapaa voitaisiin opettaa konkreettisin esimerkein.

Hoitosuunnitelman tekoon voitaisiin Petäjäkotikeskuksessa ottaa eri ammattiryhmät mukaan. Näin saataisiin suunnitelmiin erilaisia näkemyksiä ja voitaisiin sopia työnjaosta sekä suunnitella esimerkiksi viriketoimintaan osallistuminen tavoitteellisemmin.

### 6.3 Oman opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyön kirjoittaminen pitkän opiskelutauon jälkeen on ollut haastavaa mutta mitä pitemmälle työ eteni, sen mielekkäämmäksi se tuli, ja olen oppinut paljon prosessin aikana. Hankalinta oli aluksi teoretiedon etsiminen ja valikoiminen, koska työn ja perhe-elämän ohessa opiskelevalla ei aikaa kirjastoissa käymiseen juuri ollut. Onneksi lähteitä löytyy nykyisin internetistä ja kirjastoissa on pitkät laina-ajat.

Toinen haastava asia oli opinnäytetyön rajaaminen. Työtä oli vaikea rajata osin sen vuoksi, että mielenkiintoisia asioita löytyi paljon, mikä sinänsä oli positiivinen asia mutta vei aikaa. Kun työ alkoi hahmottua ja rakenne selkeytyä, se alkoi myös itse ohjata itseään ja luonteva rakenne ja sisältö löytyi lopullisesti aineiston analyysin aikana. Mielestäni löysin vastauksia asettamiini kysymyksiin ja kysymykset myös prosessin aikana tarkentuivat ja lisääntyivätkin.

Tavoitteeni oli saada tietoa tämänhetkisestä kirjaamisen toteutumisesta työpaikallani ja tätä tietoa on tarkoitus hyödyntää koulutuksessa ja kirjaamisohjeiden laatimisessa. Tätä kirjoittaessani on jo tiedossa rakenteisen kirjaamisen aloitusajankohta 11.6.2013, joten työ valmistui juuri ajoissa. Kun nyt on tiedossa kirjaamisessa tällä hetkellä olevat haasteet sekä jo olemassa olevat hyvät asiat, voi tämän tiedon päälle rakentaa työpaikkakohtaista koulutusta. Uskoisin olevan myös hoitohenkilökuntaa motivoivaa, että opinnäytetyön tulosten perusteella rakenteisen kirjaamisen komponentteja jo löytyi tavoitteiden ja keinojen asettelusta. Haasteena työelämässäkin varmasti on resurssipula eli uuden oppiminen tapahtuu muun työn ohella ja uhkana on ettei aikaa ole muutosvaiheessa riittävästi uuden käytännön opettelemiseen. Tällöin oppiminen hidastuu ja vaatii ehkä enemmän kertausta ja ohjausta. Tärkeää on kuitenkin hyväksyä muutoksen mahdollinen hitaus ja pikkuhiljaa tapahtuva oppiminen. Aikaisemmista tutkimuksista varmistui myös eväitä itselleni esimiestyöhön, sillä aiemmat kartoitukset ja tutkimukset korostivat esimiehen tuen ja muutosjohtamisen tärkeyttä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia kysymyksiin hoitotyön prosessin ja asiakaslähtöisyyden näkymisestä kirjaamisessa yleensä sekä hoidon tavoitteiden ja keinojen näkymisestä hoidon toteutumista kuvaavissa päivittäiskirjauksissa. Tarkasteltavana oli myös rakenteisen kirjaamisen komponenttien näkyminen hoitosuunnitelmissa. Keskeisimmät tulokset ovat:

1. Hoitosuunnitelman tavoitteet oli määritelty asukkaan tarpeista käsin mutta niissä ei näkynyt asukkaan osallistuminen suunnitelman tekemiseen eikä asukkaan toiveita ollut kirjattu.
2. Hoitotyön prosessista näkyi puutteellisesti tarpeen määrittely ja arviointi. Arviointia oli tehty päivittäiskirjauksiin ja arvioitu oli lähinnä asukkaan tilaa. Hoitosuunnitelman arviointia ei näkynyt kirjauksissa.
3. Hoitosuunnitelmat keskittyivät muutamaan tavoitteeseen. Hoitosuunnitelmia voisi jatkossa laajentaa.
4. Päivittäiskirjaukset olivat hyvin lyhyitä. Asiakaslähtöisyys ei useimmiten näkynyt eikä kirjauksista aina voinut päätellä, oliko asukas selviytynyt toimista itsenäisesti vai avustettuna. Kieli oli selkeää ja asiallista mutta useimmiten ei kuvailevaa.
5. Hoidon tavoitteet ja keinot olivat FinCC- luokituksen komponenttien mukaisia. Jonkin verran tavoitteissa oli päällekkäisyyttä ja joissakin keinoissa näkyi tarpeen määrittystä.
6. Kahden ryhmäkodin välillä oli eroa hoitosuunnitelman tavoitteiden kirjaamisessa.
7. Hoitosuunnitelmissa ei näkynyt moniammatillinen yhteistyö.

Johtopäätöksenä kirjaamisen seuranta ja koulutusta kannattaa kehittää jatkossakin Peräjäkotikeskuksessa. Kirjaamisesta löytyi oikean suuntaisia asioita mutta hoitajia tulisi kannustaa ja rohkaista ottamaan asukkaat ja omaiset jo hoitosuunnitelman alkuvaiheessa mukaan. Osastopalavereissa voitaisiin pohtia, miten saada asukkaan ”ääni kuulumaan” hoitosuunnitelmassa ja toteuman kirjauksissa. Suunnitelmaa tulisi myös rohkaista päivittämään aiempaa useammin, jotta se pysyisi ajan tasalla.

Jatkotutkimusaihe voisi olla kirjaamisen kartoitus uudelleen, kun rakenteisen kirjaamisen luokitukset ovat olleet jonkin aikaa käytössä. Tässä kartoituksessa ei hoitajia haastateltu heidän kokemuksistaan mutta seuraavan kartoituksen yhteyteen voisi liittää hoitajien haastattelun. Seuraavassa kartoituksessa voisi tarkastella myös hoitokertomukseen kirjattavia väliarvioita. Seuraavana opinnäytetyön aiheena voisi olla esimerkiksi osastotunnin pitäminen asiakaslähtöisestä kirjaamisesta.

## LÄHTEET

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 3§.1648/1992

Asetus viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja hyvästä tiedonhallintatavasta.12.11.19999/1030.

Atkinson, L., Murray, M. 1990. Understanding the nursing process. Fundamentals of careplanning. 4.painos. United States of America: Pergamon Press, inc.

Crow, J., Duberley, J. & Hargreaves, I. 1992. Hoitotyön suunnitelman laatiminen. Teoksessa Kratz, C. Hoitotyön prosessi. Suom. Papp, I., alkuperäinen teos 1979. Kuudes painos. Juva: Wsoy:n graafiset laitokset.

Eriksson, K. 1983. Vårdprocessen. Göteborg: Graphic Systems AB.

Hargreaves, I. 1992. Teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Kratz, C. Hoitotyön prosessi. Suom. Papp, I., alkuperäinen teos 1979. Kuudes painos. Juva: Wsoy:n graafiset laitokset.

Henkilötietolaki. 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto, Kuntatalon paino.

Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. 2011. Lähihoitajan käsikirja. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2007. Sairauksien hoitaminen - terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Itä- Suomen Yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon tutkimus, 2012. Luettu 23.8.2012. [www.uef.fi/stj/hoitotyon-terminologiat](http://www.uef.fi/stj/hoitotyon-terminologiat).

Jokinen, T., Isotalo, T., Turunen, R., Aho, V., Koskivirta, J., Myyryläinen, M., Jaakkola, V., Keränen, S., Toivainen, S., Kupiainen, M., Aura, H. & Helldan, P. Hoitotyön kirjaamismuutos Helsingin terveystieteiden keskuksessa. Sairaanhoidaja 84 (10), 54-57.

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

KELA, Kansallinen koodistopalvelu. THL 14.3.2012. Luettu 23.8.2012. [http://91.202.112.142/codeserver/pages/code-list\\_page.xhtml?versionkey=499](http://91.202.112.142/codeserver/pages/code-list_page.xhtml?versionkey=499)

Kiikkala, I. 2000a. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 112-121.



- Kärkkäinen Oili. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 89-96.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.17.8.1992/785
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä.1.7.2007/159
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.28.6.1994/559.
- Larrabee, J., Boldreghini, S, Elder-Sorreles, K. Turner, Z, Wender, R, Hart, J. & Lenzi, P. 2001. Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing system in an acute care hospital. *Computers in Nursing* 19 (2), 56-65.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. *Acta Universitatis Ouluensis. D Medica* 490. Oulu.
- Leino, S. & Pennanen, L.2008. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä. Artikkelit Eesti Öde-lehteen. Helsingin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Leino-Kilpi, H, Mäenpää, I. & Katajisto, J.1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon arviointiperustan kehittäminen. STAKES. Raportteja 229. Helsinki.
- Luker, K. 1992. Hoitotyön toteutumisen arviointi. Teoksessa Kratz, C. Hoitotyön prosessi. Suom. Papp, I., alkuperäinen teos 1979. Kuudes painos. Juva: Wsoy:n graafiset laitokset.
- Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. s.35-40.
- Pegasos- ohje. Tampereen kaupunki.21.1.2010.
- Pohjanheimo, M. 1995. Potilaskeskeisyys. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle.2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Tulostettu 1.8.2012.
- Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen – haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. *Hoitotiede* 23 (4), 243-257.
- Salonen, A., Virta-Helenius, M., Renholm, M., Stenroos, M-L. & Vuorinen, R. 2012. Sähköisen kirjaamisen käyttöönoton haasteet. *Sairaanhoitaja* 85 (8), 55-57.
- Silvennoinen, S. & Uljas, E. 2008. Kirjaamisen kriteerien toteutuminen: kartoitus Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapupoliklinikan tarkkailuosastolla. Tampereen Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

- Sonninen, A-L. & Ikonen, H.2007.Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K.,Ensiö, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sorsa, M.2002.Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystalveissa. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Sosiaali- ja terveystministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta.30.3.2009/298
- Soukkio, T. 2012. Sovellustasiantuntija. Tampereen kaupunki. Hallintopalvelukeskus. Sähköposti. Luettu 25.9.2012.
- Suhonen, R.2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila, L.(toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Tampereen Kaupunki. Konsernihallinto. Tietohallintoyksikkö. 2012.Luettu 18.8.2012.<https://www.loora.fi/intra/bulletins/view.action?id=10575&print=true>(vaatii kirjautumisen)
- Tampereen kaupunki. Asumispalvelut. Hoitotyön käsikirja. Versio 23.2.2012.
- Tampereen kaupunki. Ikäihmisten palvelut.2012. Hakemus ikäihmisten tehostetun palveluasumisen palvelusetelituottajaksi. Tulostettu 19.9.2012. [www.tampere.fi/material/attachements/h/5wJof2wI2/hakemus\\_ikaihminen\\_tehostetun\\_palveluasuminen\\_palvelusetelituottajaksi.pdf](http://www.tampere.fi/material/attachements/h/5wJof2wI2/hakemus_ikaihminen_tehostetun_palveluasuminen_palvelusetelituottajaksi.pdf)
- Tampereen Kaupunkilähetys ry. Vuosikertomus 2011.
- Tampereen Kaupunkilähetys ry. [www.tampereenkaupunkilähetys.net](http://www.tampereenkaupunkilähetys.net)
- Telaranta, S.1997. Hoitotyön hallinto. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Terveysthuoltolaki. 30.12.2010/1326.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuominen, S. 2006."Ei täällä paljon kuunnella ihmistä". Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu.
- Turtia, K. 2001. Sivistyssanat. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke.1.5.05-31.5.08(HoiDok- hanke) Loppuraportti, osa 1.saataavilla <http://www.vsshp.fi/fi/4519>
- Wallden, S., Peltomäki, S. & Martikainen, S. 2007: Tampereen kaupungin Pegasos-järjestelmän käytettävyyttutkimus murtumapotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Raportti B 20073,Tampere,2007a.
- Valtonen, K. 2011.Luento. Tampereen ammattikorkeakoulu.

THL. 2012. Yhteenveto Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen loppuraportista. Luettu 8.5.2012. [www.thl.fi/thl-client/pdfs/622925e6-1261-44ff-9806-Oc77e587a515](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/622925e6-1261-44ff-9806-Oc77e587a515)

## LIITTEET

### Liite 1. Opinnäytetyön analyysirunko

1

1. Hoitoprosessin vaiheiden näkyminen hoitosuunnitelmissa ja päivittäiskirjauksissa (tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu ja toteutus, hoidon arviointi)
2. Onko hoidon toteutuksessa huomioitu hoitotyön asetetut tavoitteet ja keinot?
3. Onko kirjattu asiakaslähtöisesti: näkyykö kirjauksissa asukkaan itsemääräämisoikeus, subjektiivinen asiantuntijuus, osallistuminen ja vaikuttaminen, tiedonsaanti ja valinnanmahdollisuus sekä tasavertainen vuorovaikutus?
4. Onko kieli selkeää, ymmärrettävää, asiallista ja asukasta kunnioittavaa ? Onko kirjattu riittävästi hoidon ja hoitosuunnitelman arviointia ajatellen?
5. Miten rakenteisen kirjaamisen komponentit ja luokat näkyvät hoitosuunnitelmissa?

TAULUKKO 11. Case- tapausten vertailu.

	case 1	case 2	case 3	case 4	case 5	case 6	case 7
tavoitteet, tarpeen määrittely	5	3	4	4	2	3	4
keinot	5	3	4	4	2	3	4
arviointi päivittäiskirjauksissa	+	+	+	+	+	+	+
kirjausten lkm	36	34	34	50	31	39	23
päivät, joilta puuttui kirjaus	3	1	3	2	4	1	13
aamuvuoro, kirjausten lkm	30	30	25	28	29	30	19
iltavuoro	-	1	4	7	1	3	3
yövuoro	6	3	5	15	1	6	1
tavoitteet ja keinot määriteltä asukkaan toive/mielipide huomioiden	-	-	+	-	-	-	+
päivittäiskirjauksissa asukkaan toive/mielipide kirjattu	-	-	-	+	+	+	-