



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Riihimäen seudun terveystakeskuksen kuntayhtymän henkilöstön hoitotyön kirjaamisen kehittäminen

Opas hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen tueksi

Niskanen, Marjo & Nurminen Suvi

2015 Laurea Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Riihimäen seudun terveystakeskuksen kuntayhtymän henki- löstön hoitotyön kirjaamisen kehittäminen

Opas hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen tueksi

Niskanen Marjo & Nurminen Suvi
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2015

Niskanen Marjo & Nurminen Suvi

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän henkilöstön hoitotyön kirjaamisen kehittäminen.

- **Opas hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen tueksi**

Vuosi	2015	Sivumäärä	37+6
-------	------	-----------	------

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä yhdessä Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän henkilöstön kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää ja selkeyttää hoitotyön yhteenvedon kirjaamista Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän neljällä eri osastolla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa hoitohenkilöstön käyttöön opas hoitotyön yhteenvedon kirjaamisesta, tämän lisäksi tuotettiin taskukokoinen hoitohenkilöstön mukana kulkeva ”tarkastuslista” hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen tueksi.

Oppaan tekoon liittyen tehtiin kyselytutkimus Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän vuodeosastojen hoitohenkilöstölle sekä fysioterapeuteille. Kyselytutkimus toteutettiin neljällä eri osastolla toukokuussa 2015. Kyselytutkimus tehtiin kvalitatiivisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Kyselytutkimukseen vastauksia saatiin 20 kpl, näin ollen vastausprosentiksi 31 %.

Kyselytutkimuksen lisäksi tehtiin asiantuntijahaastattelu jatkohoidosta Riihimäen kotihoidon työntekijälle. Kyselytutkimuksen tavoitteena oli saada esille henkilöstön näkemyksiä kirjaamisen edellytyksistä sekä esteistä. Asiantuntijahaastattelulla pyrittiin selvittämään onnistuneen jatkohoidon edellytyksiä ja tiedon siirtymistä organisaatiosta toiseen.

Kyselytutkimuksesta saadut vastaukset hyödynnettiin yhdessä kirjallisuuslähteitä sekä kansallisen hoitotyön kirjaamismallia ja Suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta (FinCC) käyttäen oppaan ja tarkastuslistan tekoon. Valmis opinnäytetyö esitettiin Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän vuodeosastojen henkilöstölle 13.1.2016, jonka jälkeen opas liitettiin vuodeosastojen perehdytyskansioon sekä Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän sisäiseen verkkosivustoon Kompassiin.

Asiasanat,
hoitotyön yhteenvedo, kirjaaminen, hoitotyön kirjaaminen, potilasasiakirjat, hoitotyön lainsäädäntö, FinCC, Kanta.fi, hoitokertomus, hoitotyön ydintiedot, kvalitatiivinen tutkimus.

Niskanen Marjo & Nurminen Suvi

**Improving the documentation of nursing care in Riihimäki Area Health Centre
Guide for documenting the Nursing Summary**

Year	2015	Pages	37+6
------	------	-------	------

This thesis was carried out as functional thesis in cooperation with the employees of Riihimäki Area Health Centre. The objective of this thesis was to unify and simplify the documenting of Nursing Summary in four departments of Riihimäki Area Health Centre.

One aim of this thesis was to produce a guide for documenting the Nursing Summary to employees. The authors also produced a pocket-size small checklist for employees.

The guide was created according to the results of a questionnaire inquiry which was made among the employees earlier. The questionnaire inquiry was made in four different departments in May 2015. The inquiry was conducted as qualitative study. There were 20 responses, i.e. 31% percent of the health care staff answered to the inquiry.

In addition to the inquiry also expert interview was made with a district nurse from Riihimäki with a district nurse from Riihimäki about follow-up plans. The main focus in the inquiry survey was to get perspective from the employees about basis and challenges of documenting. In the expert interview the focus was on requirements of successful follow-up care and information flow from one organisation to another.

The results of the inquiry as well as the National Documentation model and Finnish Care Classification (FinCC) were used for creating both checklist and guide for documentation. Completed guide was demonstrated to the employees of Riihimäki Main Health Centre on 13th January 2016. The guide is now also part of the Riihimäki Health Centre induction material and available online for the employees.

Keywords

Nursing summary, documentation, nursing documentation, patient documentation, nursing law, FinCC, kanta.fi, patient record, qualitative research

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät.....	8
3	Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö.....	8
4	Potilasasiakirjat	10
5	Hoitotyön kirjaaminen	12
5.1	Potilasasiakirjat ja potilaskertomus	14
5.2	Sähköinen hoitotyön kirjaaminen	14
5.3	Systemaattinen hoitotyön kirjaaminen.....	15
5.4	Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä ja FinCC - luokitus.....	15
6	Kanta.fi - Kansallinen terveysarkisto	17
7	Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen kehittäminen	19
8	Opinnäytetyön kyselyn toteutus.....	19
9	Opinnäytetyön kyselyn tulokset	20
9.1	Laadukkaan hoitotyön kirjaamisen edellytyksiä	20
9.1.1	Loppuarvio.....	20
9.1.2	Hoidon tarve	21
9.1.3	Hoitotyön toiminnot	21
9.1.4	Hoidon tulokset.....	21
9.1.5	Jatkohoito	22
9.1.6	Lääkehoito.....	22
9.1.7	Muut esille nousseet asiat	22
9.2	Laadukkaan hoitotyön kirjaamisen esteet	23
9.2.1	Ohjelman käytettävyys	23
9.2.2	Hoitotyön yhteenvedon käytettävä aika	24
9.2.3	Potilaan tunteminen	24
9.2.4	Mitä ja miten kirjataan.....	25
9.2.5	Muita vastauksissa esiin tulleita asioita hoitotyön yhteenvedon laadinnassa 25	
9.3	Onnistuneen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen edellytykset jatkohoidon kannalta	25
9.3.1	Hoidon tarve	26
9.3.2	Hoitotyön tulokset	26
9.3.3	Jatkohoito	26
9.3.4	Lääkehoito.....	27
9.3.5	Kirjaamiseen liittyviä asioita.....	27
9.3.6	Hoitotyön yhteenvedon muut huomiot	27

10	Yhteenveto ja johtopäätökset	28
	Kuvat	34
	Taulukot	35
	Liitteet	36
	Liite 1. Kysely hoitohenkilökunnalle	37
	Liite 2 Tutkimuslupa.....	39
	Liite 3 Hoitotyön yhteenvedon opas hoitohenkilökunnalle	41
	Liite 4 Check in lista.....	42

1 Johdanto

Hoitotyön kirjaaminen on dokumentointia, jonka tavoitteena on hoidon jatkuvuuden turvaaminen tarkoilla, riittäväillä, virheettömillä ja kuvaavilla dokumenteilla. Hoitotyössä kirjataan eri vaiheita systemaattisesti sähköiseen potilastietojärjestelmään tai tarkoitukseen suunnitelluille paperilomakkeille. Kirjaaminen koostuu rakenteista, ydintiedoista, termistöstä sekä täydentävistä suorasanaista teksteistä. Hoitotyön kirjaaminen on juridinen todiste hoitajan tekemästä työstä ja se on osa virallista potilaskertomusta (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10.)

Hoitotyön yhteenveto kuuluu hoitotyön kirjaamiseen ja se on tiivistetty kooste potilaan hoidosta hoitoprosessin aikana. Hoitotyön yhteenveto kuvaa hoidon tarvetta, hoitotyön toimintoja ja hoidon tulosta. Hoitotyön yhteenvedosta selviää jatkohoitotiedot, lääkitys sekä muut oleelliset potilaan hoitoa koskevat asiat. Tärkeää on hoitotietojen siirtyminen, erityisesti organisaatioiden välillä (Liljamo ym. 2012, 18.)

Idea opinnäytetyöhön lähti Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymästä, jossa koettiin tarvetta kehittää hoitotyön yhteenvedon kirjaamista niin, että kirjaaminen selkeytyy sekä yhtenäistyy. Muuttuvan lainsäädännön myötä myös potilaalla on oikeus lukea omia terveystietoja sähköisessä muodossa Oma Kanta - palvelun kautta, joten oli hyvin perusteltua, että hoitotyön yhteenvedot tehdään asianmukaisesti ja että hoitotyön yhteenvedosta selviää potilaan kannalta oleelliset asiat.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa hoitotyön yhteenvedon kirjaamiseen liittyvä opas, joka tulisi Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymän neljän vuodeosaston käyttöön. Opasta varten neljän osaston hoitohenkilökunnalle tehtiin kysely sekä asiantuntijahaastattelu jatkohoitopaikan työntekijälle, jossa kartoitettiin hoitohenkilökunnan näkemyksiä hyvästä hoitotyön yhteenvedosta sekä hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen haasteista. Kyselyn ja asiantuntijahaastattelun avulla pyrittiin myös selvittämään, mitkä asiat koetaan tärkeinä vastaajien mielestä potilaan jatkohoitopaikan ja hoidon jatkuvuuden kannalta. Hoitotyön yhteenvetoon liittyvän oppaan rakentamisessa käytettiin kyselyn ja asiantuntijahaastattelun lisäksi laajasti lähdekirjallisuutta sekä kirjaamiseen liittyvää lainsäädäntöä. Opas suunniteltiin Effic - käyttöjärjestelmään sopivaksi. Valmis hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen opas esiteltiin Riihimäen kuntayhtymän terveystieteiden kuntayhtymän hoitohenkilökunnalle ja se tulee olemaan osa perehdytyskansiota kaikilla Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymän osastoilla.

2 Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät

Opinnäytetyö oli toiminnallinen ja opinnäytetyöstä syntyvän hoitotyön yhteenvedon kirjaamisoppaan tekemiseen hyödynnettiin kirjallisuuden lisäksi asiantuntijahaastattelua sekä kirjallista kyselyä. Kirjallinen kysely tehtiin työyhteisössä esille tulleiden seikkojen valossa hoitohenkilökunnalle kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmää soveltaen. Kyselyä varten laadittiin Riihimäen kuntayhtymän terveystieteiden osaston hoitohenkilökunnalle esitettävät kirjalliset kysymykset. Vastaukset litteroitiin ja ne luettiin useaan kertaan reflektoiden. Asiantuntija haastattelu tehtiin kotihoidon työntekijälle sähköpostihaastatteluna. Analysoiduista tuloksista sekä asiantuntijahaastattelusta saadulla tiedolla saatiin vastauksia siihen, mikä kirjaamisessa tuottaa haasteita, minkälainen hoitotyön yhteenvedo palvelisi jatkohoidon osalta, niin työntekijää kuin potilasta, sekä miten hoitotyön yhteenvedon kirjaamista voisi kehittää, siten että sitä voisi hyödyntää mahdollisimman laajasti. Analysoiduista vastauksista tehtiin yhteenvedo avuksi hoitotyön kirjaamisoppaan laatimiselle.

Kvalitatiivista aineistoa voidaan analysoida muun muassa sisällönanalyysin avulla, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä ja se voi olla aineistolähtöinen, teorialähtöinen tai teoriasidonnainen. Sisällönanalyysin tavoitteena on kuvata tutkimusmateriaali pelkistetyssä, tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, mutta mitään yhtenäistä ohjetta analyysin tekemiseen ei ole. Olennaista on, että tutkimusmateriaalista erotetaan samankaltaisuudet ja eroavaisuudet (Hannila & Kyngäs 2008, 10-11.)

3 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Suomessa on lainsäädännöllä määrätty miten potilaskertomusmerkintöjä tehdään, kenellä on oikeus niitä lukea, sekä kuinka niitä on säilytettävä. Terveystieteiden ammattihenkilöstä annetun lain (559/1994) mukaan terveystieteiden ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjoja, sekä pitää salassa niihin kirjattuja tietoja sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään.

Terveystieteiden ammattihenkilöistä säädetyn lain (559/1994) päätarkoituksena on potilasturvallisuuden sekä terveystieteiden palvelujen laadun turvaaminen. Tämä laki valvoo, että ammattihenkilöllä on riittävät valmiudet ja koulutuksellinen pätevyys ammattihenkilönä toimimiseen. Terveystieteiden ammattihenkilöllä tässä laissa tarkoitetaan Suomessa laillistettua ammattihenkilöä, sekä nimikesuojattuja ammattihenkilöitä.

Terveystieteiden ammattihenkilön velvollisuuksiin tämän lain nojalla kuuluu ammattieettinen toiminta ja velvollisuus. Ammattihenkilön toiminnan tarkoituksena on edistää ja ylläpitää terveyttä, sairauksia parantaen sekä lievittäen sairastuneen kärsimyksiä.

Ammattihenkilö käyttää yleisesti hyväksytyjä toimintamalleja hoitoja toteuttaessaan, tutkintonsa suomin valtuuksin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee ylläpitää ammattitaitoaan mm. erilaisin täydennyskoulutuksin sekä osoittaa osaamistaan jatkuvasti muuttuvissa käytänteissä kuten lääkehoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 laaditun lain nojalla potilaalle tulee järjestää terveydenhuoltopalvelua suunnitelmallisesti yhteisymmärryksessä potilaan tai potilaan ja hänen edustajan kanssa. Tämä laki velvoittaa siihen, että potilaalle tulee antaa selvitys hoidon eri vaiheista ja niiden vaikutuksista terveydentilaan. Terveydenhuollon henkilöstön tehtävä on varmistaa, että potilas ymmärtää saamansa tiedon, tarvittaessa tulee käyttää tulkkauspalvelua. Hoitamisen tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, potilaalla on oikeus kieltäytyä tarjotusta hoidosta ja hänelle tulee tarjota muita hoitoja sairauteen liittyen mahdollisuuksien mukaan. Potilaan ollessa kykenemätön päätöksentekoon hoitojen suhteen, tulee hänen edustajaansa kuulla hoitopäätöksiä tehtäessä. Alaikäisen lapsen kehitystaso otetaan huomioon päätöksenteossa, jos potilas ei ole kykenevä päätöksen tekoon, kuulla asiassa hänen huoltajaansa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Potilastietojen käsittely perustuu henkilötietolakiin (523/1999), jonka tarkoituksena on turvata, toteuttaa ja suojata yksityisyyttä henkilötietojen käsittelyssä, sekä edistää hyvää tietoturvallisuutta ja sen kehittämistä. Yleiset periaatteet henkilötietoja käsiteltäessä ovat huolellisuus ja yksityisyyden suojan turvaaminen hyviä tietojenkäsittelytapoja noudattaen.

Henkilötietoja saa käsitellä vain henkilön suostumuksella sekä tilapäisesti erityistilanteissa, joissa henkilötietojen käyttö tuo elintärkeän edun henkilölle.

Henkilötietoja käsiteltäessä tulee ammattihenkilön varmistaa tietojen oikeellisuus sekä ajantasaisuus. Tietojen joita käsitellään, tulee olla tarkoituksenmukaisia.

Henkilötietolaki (523/1999) velvoittaa suojaamaan henkilötietoja niin, ettei ulkopuolisilla ole mahdollisuutta päästä henkilön tietoihin. Tietojen suojaamisen kannalta oleellista on ottaa huomioon tietotekniset turvallisuustekijät, sekä tietojen merkitys henkilön yksityisyyden kannalta. Henkilötietolain pykälä 33 velvoittaa ammattihenkilöä vaitiolovelvollisuuteen henkilötietoja käsiteltäessä sekä tilanteissa, joissa on saanut tietoonsa henkilöä koskevia henkilökohtaisia asioita. Potilasasiakirjojen luovutus tapahtuu aina potilaan luvalla tai potilaan edun mukaisesti. Tietojen välitys tapahtuu valtakunnallisen järjestelmän kautta sähköisesti vain toiselle terveydenhuollon palveluja tuottavalle organisaatiolle, potilaan hoidon toteuttamisen perusteella (Henkilötietolaki 1999.)

Arkistotietolaissa 831/1994 määrätään asiakirjojen säilytyksestä niin, että tiedot ovat luettavissa ja suojassa tuhoutumiselta sekä asianmukaisesta hävittämisestä, siten että henkilöiden tietosuojaa varmistetaan.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) sisältää säännökset sosiaali- ja terveyshuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista. Laki ohjaa sähköisten potilastietojen arkistointia ja käsittelyä potilasturvallisuutta sekä tiedonsaantia edistäen. Sähköisessä asiakirjojen säilytyksessä oleellista on tietojen käytettävyys ja saatavuus (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.)

Asiakkaan suostumuksesta tai kieltäytymisestä potilastietojen tarkastelusta laaditaan asiakirja, josta asiakas saa kopion, lisäksi tieto tallennetaan potilaan tietoihin sähköisesti. Asiakas voi halutessaan kieltää potilastietojensa katselun, vaikka se oleellisesti vaikuttaisi potilaan hoitoon. Kieltoasiakirjoista tulee ilmetä mitä tietoja kielto koskee. Kansaneläkelaitos tekee suostumus- ja kieltoasiakirjamallit. Halutessaan asiakas voi tehdä muutoksia suostumus- ja kieltoasiakirjoihin omakanta palvelussa (Kansallinen terveysarkisto.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on mahdollistaa se, että potilasta hoitavalla hoitohenkilökunnalla on hoitosuhteen yhteydessä käytettävissä mahdollisimman ajantasaiset tiedot terveydentilasta ja tehdyistä tutkimuksista. Laissa on säädetty myös sairaanhoitopiirin alueen kunnallisesta yhteisestä potilastietorekisteristä (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista (165/2012) otetaan käyttöön vaiheittain. 2§:n mukaan 1.9.2014 alkaen tiedonhankintapalveluissa tulee olla näkyvissä potilaan henkilötiedot, toimenpidekoodistolla merkityt toimenpiteet ja kuvantamistutkimukset, laboratoriotutkimukset, diagnoosit, riskitiedot sekä suunnitelma potilaan tutkimuksista, hoidoista tai kuntoutuksesta. Viimeistään 1.9.2016 tiedonhankintapalveluissa tulee olla näkyvissä potilaan rokotukset, koodistopalvelun mukaiset fysiologiset mittaustulokset sekä tiedot lääkityksistä. Tiedonhankintapalvelun kautta tämän pykälän tiedot saa näyttää vain jos potilas on suostunut tietojen luovutukseen asiakastietolain 10§:n 1momentissa mukaisesti tai jos on joku muu tässä lainkohdassa tarkoitettu peruste (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista.)

4 Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjat koostuvat potilaskertomuksesta, sekä siihen liittyvistä erinäisistä potilasta koskevista asiakirjoista. Potilasasiakirjoja ovat myös potilaan hoitoon liitettävät muualta saadut tiedot sekä lääketieteellisen kuolemansyyn tutkimuksen asiakirjat. Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa potilasasiakirja-asetuksessa (298/2009) on säädetty potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista sekä hoitoa koskevista merkinnöistä. Tämän asetuksen lähtökohdista ovat potilaan hoidossa käytettävien asiakirjojen laatimisen ja säilyttämisen perusteet (1

§ Soveltamisala). Asiakirjat tulisi säilyttää ja tuottaa niin, että niiden käytettävyys säilyy asetun säilytysajan (Potilasasiakirja-asetus 2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa potilasasiakirja-asetuksen (298/2009) mukaan potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla selkeitä, johdonmukaisia ja selkokieliä. Asiakirjoista tulee ilmetä potilaan hoidon kannalta riittävät ja kattavat tiedot niin, että hoito on suunnitelmallista ja hyvää. Potilasasiakirjamerkinnot tulisi tehdä viivytyksittä, kuitenkin merkinnot on oltava tehtynä viiden vuorokauden kuluessa palvelutapahtuman päättymisestä. Yhteenveto potilaan saamasta hoidosta toimitetaan potilaan suostumuksella viipymättä jatko-hoito-ohjeineen jatkohoitopaikkaan sekä potilaalle, tai muuhun potilaan kanssa sovittuun paikkaan (Potilasasiakirja-asetus 2009.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuuksiin kuuluu laatia asiakkaasta potilaskertomus, joka etenee aikajärjestyksessä. Potilaskertomusta ei saa jälkeinpäin muuttaa, tai korvata uudella merkinnällä. Potilaskertomukset koostuvat potilaan perustiedoista, kuten henkilö- ja yhteystiedot, toimintayksikön tiedoista ja ammattihenkilön tiedoista (asema, nimi ja ajankoh- ta merkinnöistä) sekä muualta saapuneet potilastiedot. Keskeiset hoitotiedot tallennetaan potilaskertomukseen, tiedoista tulee käydä ilmi potilaan ”tulosy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto (Potilasasiakirja-asetus 2009.)

Potilasasiakirja asetuksen 12 §:n mukaan potilasasiakirjoista tulee käydä ilmi taudinmääritys sekä valittuihin hoitoihin ja hoitomenetelmiin perusteet, niin että tiedot ovat mahdollisimman laajat ja riittävät. Merkinnöistä tulee käydä ilmi hoidon tehoavuus, toteutustapa, sekä se onko hoidon myötä ilmennyt potilaan voinnissa merkittäviä muutoksia. Kaikki potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset tulee kirjata, lisäksi se miten hoitoa on mahdollisesti muutettu voinnin muuttuessa. Toimenpide- ja leikkaus kertomus tulee merkitä tietoihin mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Potilaaseen pysyvästi leikkauksen tai toimenpiteen myötä asetetut proteesit tai vastaavat merkitään asiakirjoihin niin tarkasti, että jatkossa ne voidaan tarvittaessa paikantaa. Potilaalle annetut lausunnot, lääkemääräykset sekä todistukset tulee tallentaa potilastietojärjestelmään aikajärjestyksessä. Tilanne, jossa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, on merkittävä tarkoin potilastietoihin. Merkinnästä tulee selvittää itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen, ajankohta sekä hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden nimet (Potilasasiakirja-asetus 2009.)

Potilaan hoitoon oleellisesti vaikuttavat tiedot tulee merkitä potilaskertomukseen. Hoitoon oleellisesti vaikuttavia tietoja ovat erilaiset allergiat (lääkeaine, ruoka, materiaali) sekä muut terveysvaarat. Sattuneista tai epäilyistä potilasvahingoista tulee tehdä yksityiskohtainen

merkintä potilastietoihin, merkinnästä tulee käydä ilmi vahingon kuvaus sekä hoitoon osallistuneet ammattihenkilöt tulee nimetä. Mahdolliset syyt vahinkoon kuten lääke- tai laitevahingot tulee kuvauksessa selventää. Merkintä tehdään potilastietoihin heti vahingon ilmettyä (Potilasasiakirja-asetus 2009.)

Osastohoidossa olevasta potilaasta tehdään potilastietojärjestelmään aikajärjestyksessä merkintöjä, tiedoista tulee käydä ilmi hoidon vaikuttavuus sekä tehdyt tutkimukset, hoitotietoihin tehdään merkintöjä päivittäin. Lääkärin tulee tehdä pitkäaikaispotilaille seurantayhteenvedo kolmen kuukauden välein, vaikka voinnissa ei ole muutoksia tapahtunut. Puhelimitse tapahtuvasta ammattihenkilön antamasta konsultaatiosta tai muusta neuvottelusta tulee potilasasiakirjoihin tehdä merkintä. Merkinnästä tulee käydä ilmi puhelimesta sovitut asiat kuten hoitoratkaisut, neuvotteluun osallistuneet henkilöt sekä neuvottelun ajankohta 15 §:n mukaisesti. (Potilasasiakirja-asetus 2009.)

Kaikista potilaan osasto- tai laitosjaksoista tulee tehdä loppulausunto, jossa kuvataan hoidon yhteenvedon tavoin jaksolla annettu hoitoa, sekä saavutettuja tuloksia. Loppulausuntoon merkitään potilaan tilaan oleellisesti vaikuttavat asiat jatkohoitoa ja kuntoutumista ajatellen. Loppulausunto tehdään aina hoidon päätyttyä, sekä hoitovastuun siirtyessä toiseen organisaatioon (Potilasasiakirja-asetus 2009.)

5 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan hoitotapahtumien eri vaiheiden systemaattista muistiin merkitsemistä sähköiseen potilastietojärjestelmään tai tarkoitukseen suunnitelluille paperilomakkeille. Hoitotyön kirjaaminen on dokumentointia, jonka tavoitteena on hoidon jatkuvuuden turvaaminen tarkoilla, riittäväillä, virheettömillä ja kuvaavilla dokumenteilla. Hoitotyön kirjaaminen on osa virallista potilaskertomusta ja se on juridinen todiste hoitajan tekemästä työstä. Kirjaaminen koostuu rakenteista, ydintiedoista, termistöstä sekä täydentävistä suorasanaaisista teksteistä. Hoitotyön ydintiedot sisältävät hoidon tarpeen, hoitotyön toiminnot ja tulokset, hoitoisuuden sekä hoitotyön yhteenvedon. Ydintietoihin kuvataan suunniteltua ja toteutunutta hoitoa (Liljamo ym. 2012, 10, 14). Kirjaamisen periaatteita ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, ajantasaisuus, virheettömyys, todistettavuus sekä luotettavuus. Kirjaamisessa näkyy myös moniammatillisuus sekä kirjaamista ohjaava lainsäädäntö. (Rantalainen 2009.)

Hoitokertomus on potilaskertomuksen osa, jossa dokumentoidaan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi. Hoitokertomus on tarkoitettu moniammatilliseksi työvälineeksi ja se toimii tiedonvälityskanavana ammattihenkilöiden välillä päivittäin. Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kokonaissuunnitelma, potilaan hoitoa ja potilaan vointia kuvaavat päivittäi-

set merkinnät (Nykänen & Juntila 2013, 3.) Moniammatillisessa hoito - ja palvelusuunnitelman laatimisessa, tilastoinnissa ja laadun seurannassa hyödynnetään hoitotyön rakenteisista ydintiedoista tehtyjä tiivistelmiä tai jatkohoitosuunnitelmia. Hoitokertomuksen tieto on reaalitietoa ja kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä. Hoitokertomus säilytetään hoitojakson päättymisestä kymmenen vuotta ja tämän jälkeen hoitokertomus hävitetään. Edellytys hävittämiselle on hoitotyön yhteenvedon laadinta (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 112.)

Terveys - ja hoitosuunnitelma on osa potilaskertomusta, joka tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Terveys - ja hoitosuunnitelma kattaa hoitojaksojen väliset suunnitelmat. Hoitojaksokohtaiseen suunnitteluun käytetään hoitosuunnitelmaa. Terveys - ja hoitosuunnitelman tarkoitus on hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittely sekä kuvaaminen yhdessä potilaskeskeisesti. Suunnitelmassa olevilla tavoitteilla pyritään voimaannuttamaan potilasta sekä läheisiä, jotta he osallistuisivat hoidon toteutukseen. Terveys - ja hoitosuunnitelma on tukena hoidon suunnittelussa sekä koordinoinnissa ja sitä ylläpitävät kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot. Hoitava lääkäri vastaa suunnitelman tekemisestä ja ylläpidosta sekä koordinoinnista vastaa perusterveydenhuolto, erityisesti niille potilaille, jotka käyttävät paljon terveystalvijoita. Erikoissairaanhoidon ja muut potilasta hoitavat tahot muokkaavat ja ylläpitävät suunnitelmaa antamansa hoidon osalta. Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään potilaille, jotka käyttävät paljon terveydenhuollon palveluja, joilla on pitkäaikaissairaus, akuutti sairaus, joka vaatii usean tahon hoitoa ja tutkimuksia tai potilas itse haluaa suunnitelman (Lehtovirta & Vuokko 2014, 74-75.)

Hoitotyön yhteenvedo on tiivistetty kooste potilaan hoidosta hoitoprosessin aikana. Hoitotyön yhteenvedo kuvaa hoidon tarvetta, hoitotyön toimintoja sekä hoidon tulosta. Yksi hoitotyön yhteenvedon tärkeimmistä seikoista on hoidon jatkuvuus ja tietojen siirtyminen, erityisesti organisaatioiden välillä. Hoitotyön yhteenvedosta selviää jatkohoitotiedot, lääkitys sekä muut oleelliset potilaan hoitoa koskevat asiat. Hoitotyön yhteenvedoa laativan tulee kiinnittää huomio kriittiseen ja arvioivaan kirjaamiseen, tekstin ollessa kuitenkin potilaslähtöistä ja yksilöllistä (Liljamo ym. 2012, 18.)

Hyvän kirjaamisen piirteitä on, että kieli on selkeää, informatiivista ja kuvailevaa. Kirjaus on yksiselitteistä, ymmärrettävää ja lukukelpoista. Lauseet tulisi olla lyhyitä, tiiviitä ja selkeitä. Sanat, termit ja käsitteet olisi hyvä olla täsmällisiä ja ytimekkäitä. Arvioiva ja vertaava kirjaaminen sisältää kuvauksen niistä muutoksista, jotka ovat tapahtuneet potilaan tilassa hoidon seurauksena (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 322.)

5.1 Potilasasiakirjat ja potilaskertomus

Potilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai muualta saatuja asiakirjoja tai tallenteita. Potilasasiakirjat sisältävät potilaan terveydentilaansa koskevia ja muita henkilökohtaisia merkintöjä. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät lähetteet, laboratorio-, röntgen ja muut tutkimusasiakirjat - ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat (Saranto ym. 2008, 12.) Potilasasiakirjojen tehtävä on palvella potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja jatkuvuutta. Potilaskertomuksen raportoinnin tulisi olla lyhytsanaista ja informatiivista, mutta sen on ilmaistava ne oleelliset asiat, joiden on oltava raportin vastaanottajan tiedossa, että hän kykenee ottamaan vastuun potilaastaan (Niemi ym. 2006, 317.) Potilaan kuvaus voinnistaan ja selviytymisestään tulee kirjata lainausmerkeissä hänen omilla sanoillaan (Niemi ym. 2006, 322.) Terveystieteiden tulee pitää jokaisesta potilaasta aikajärjestyksessä etenevää ja jatkuvaan muotoon kirjoitettua potilaskertomusta (Nykänen & Junttila 2012, 3). Kirjatuissa tiedoissa olisi tärkeää näkyä potilaan äänen kuuluminen. Potilasasiakirjoista selviää mitä potilaalle on tiedotettu tilasta ja hoitovaihtoehdoista sekä ovatko kaikki toimenpiteet tehty. Kirjaaminen on todiste siitä, että hoito on ollut laadukasta sekä työntekijän eettiset ja lailliset vastuut hoidosta ovat toteutuneet. Kirjaajan tunnistetiedot tulee aina tulla näkyviin potilasasiakirjoihin (Saranto ym. 2008, 15.)

5.2 Sähköinen hoitotyön kirjaaminen

Sähköinen kirjaaminen edellyttää tietojärjestelmien teknistä osaamista sekä kirjaamiseen liittyvän lainsäädännön tuntemusta (Rantalainen 2009).

Tiedon laatu on sähköisessä potilaskertomuksessa edellytys potilaan hyvälle hoidolle. Sähköisen potilaskertomuksen tietoja on jäsenneltävä eri tavoin ja sen eri osien tulee olla avoimia sekä vuorovaikutuksessa keskenään. Yhteisten käsitteiden käyttö on edellytys tiedonvaihdossa potilasta hoitavien henkilöiden kesken sekä tiedonsiirrossa yhdellä palvelunantajalla ja palveluntajien välillä (Häyrinen 2011, 35.) Sähköinen potilaskertomus muodostuu näkymistä, osastoista, hoitoprosessin vaiheista sekä ydintiedoista. Sähköinen potilaskertomus koostuu potilaan osastohoitojaksoista sekä avo- sekä kotihoitokäynneistä ja se mahdollistaa hoitotietojen saamisen terveydenhuollon organisaatioiden rajojen yli potilaan suostumuksella. Sähköisestä potilastietojärjestelmästä voidaan hakea tietoa hakusanoilla. Hyvä on myös muistaa, ettei alkuperäisiä kirjauksia saa muuttaa, poistaa, eikä kirjoittaa uudelleen (Iivanainen & Syväoja 2013, 21.)

5.3 Systemaattinen hoitotyön kirjaaminen

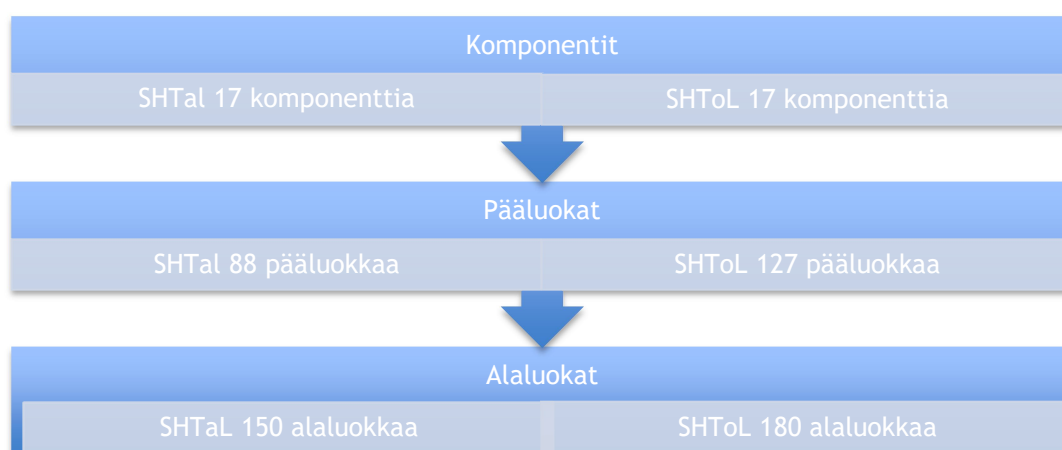
Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen on työtehtävä, jota hoitohenkilökunta suorittaa jatkuvasti joka päivä. Systemaattinen hoitotyön kirjaaminen on prosessin vaiheiden mukaista potilaan hoidon kuvaamista sähköiseen potilastietojärjestelmään. Hoitoprosessi sisältää, arvioin hoidontarpeen määrittämiseksi, hoidon suunnittelun ja toteutuksen sekä hoidon arvioinnin (Liljamo ym. 2012, 10.) Potilaskertomuksen sisältö koostuu järjestelmän eri osista, jota täydennetään uusilla osilla. Kirjaamisen yhtenäisyys on systemaattisuutta antaa mahdollisuuden tiedon myöhempään hyödyntämiseen. Tiedon rakenteistaminen eli jäsentäminen lisää kirjaamisen systemaattisuutta (Saranto ym. 2008, 66.)

5.4 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä ja FinCC - luokitus

Sähköinen rakenteinen kirjaaminen perustuu sovituille koodeille ja standardeille, jota täydentää vapaan kertomisen osio. Yhteisesti sovituille ja ymmärrettävillä käsitteillä kirjattu tieto siirtyy potilaan mukana uuteen yksikköön. Vapaan tekstin osiossa pyritään selkeään ja ymmärrettävään yleiskielelliseen ilmaisuun. Selkeä teksti on tiivistä, kuvailevaa, ytimekästä ja loogisesti jäsenneiltyä. Tekstissä tulisi välttää rönsyilyä, liian niukkaa tai epätasällistä ilmaisua. Tärkeää on muistaa, että tekstistä tulee virallinen ja juridinen asiakirja, joka arkistoidaan uudelleen käyttöä varten (Niemi ym. 2006, 317.)

Hoitotyön kansallinen sähköinen kirjaamismalli perustuu WHO:n päätöksenteon prosessimalliin, rakenteiseen kirjaamiseen ja sähköiseen kirjaamiseen. Rakenteinen kirjaaminen perustuu FinCC (Finnish Care Classification) - malliin. Sähköisiin potilasasiakirjoihin kirjataan valtakunnallisesti yhdenmukaisia kertomusrakenteita, jotka korvaavat tai täydentävät vapaamuotoista tekstiä. Rakenteisen kirjaamisen avulla tietoa voidaan hyvin hyödyntää esimerkiksi yhteenveetoon. Potilaskertomuksen otsikot jäsentävät tietoa myös vapaamuotoisessa tekstissä, mutta rakenteiden avulla sisältö jäsenyy tarkemmin. Varmat ja pysyvät diagnoosit tulisi kirjata rakenteisena, tällöin diagnosikoodilla voidaan esimerkiksi hakea hoitosuosituksia (Lehtovirta & Vuokko 2014, 22-23.)

FinCC - malli, versio 3.0 muodostuu Suomalaisesta hoitotyön tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) sekä Suomalaisesta hoitotyön tulosluokituksesta (SHTuL). (Iivanainen & Syväoja 2013, 15). SHTaL ja SHToL sisältää yhteneväisen komponentin, pääluokan ja alaluokkatason (kuva 1). Kirjaaminen tapahtuu komponenttien alla olevilla pääluokilla sekä alaluokilla tarve- ja toimintoluokituksineen. SHTuL:n avulla arvioidaan hoidon tulosta kolmella vaihtoehdolla: onko tulos ennallaan, parantunut tai heikentynyt. SHTaL:ssa ja SHToL:ssa on 17 komponenttia. SHTaL sisältää 88 pääluokkaa ja 150 alaluokkaa ja SHToL sisältää 127 pääluokkaa ja 330 alaluokkaa (Liljamo ym. 2012, 3.)



Kuva 1 FinnCC - mallin tarveluokitus (SHTaL) ja hoitoluokitus (SHToL)

Komponentit (kuva 2) ovat aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, hoidon- ja jatkohoidon koordinointi, ravitsemus, lääkehoito, hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykkinen tasapaino, aisti- ja neurologiset toiminnot, kudoseheys ja elämäntapa (Liljamo ym. 2012, 11).

Komponentti	Komponentin sisällön kuvaus
Aktiviteetti	Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetaan liittyvät osatekijät
Erittäminen	Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssa- käymiseen liittyvistä tai niistä aiheutu- vista ongelmista
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitseminen	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osate- kijät
Turvallisuus	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät
Aisti- ja neurologiset toi- minnot	Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kun- toon liittyvät osatekijät
Elämänkaari	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät

Taulukko 1 FinCC - luokituskokonaisuuden komponentit ja sisällön kuvaus (Liljamo ym.2012, 11.)

Tarve- ja toimintoluokituksia käytetään potilaan jokapäiväisessä hoidon rakenteellisessa kir- jaamisessa poliklinikoilla ja osastoilla niin perusterveydenhuollossa, kuin erikoissairaanhoidos- sa. Suurin hyöty saadaan käyttämällä tarve- ja toimintoluokituksia yhdessä, vaikka niitä voi käyttää myös erikseen. Luokitusten avulla saadaan johdonmukainen kuva potilaan hoidosta ja sen tuloksista tai muutoksista. (Liljamo ym. 2012,10.)

6 Kanta.fi - Kansallinen terveysarkisto

Kansallinen terveysarkisto (Kanta) ylläpitää Omakanta - internetpalvelua.

Omakannasta löytyy kansallinen potilastiedon sähköinen arkisto, joka mahdollistaa turvallisen ja pitkäaikaisen potilastietojen arkistoinnin ja laajan käytön. Palvelua rakennetaan porraste- tusti ja käyttö koko maassa laajenee vähitellen. Potilaan tiedot tallennetaan Omakantaan, josta löytyvät yli 18-vuotiaan sähköisesti tehdyt reseptit (e-reseptit) sekä avohoidossa tallen- netut potilastiedot. Osastojakoilta omakantaan tallentuu hoitotyön yhteenveto, osastojak- soilta ei tallenneta päivittäisiä kirjauksia (Omakanta.)

Kansallinen terveystietokannan mukaan sähköinen resepti tallentuu Kelan ylläpitämään reseptikeskukseen, jossa reseptejä säilytetään 2.5 vuotta, jonka jälkeen ne siirtyvät reseptiarkistoon. Sähköinen resepti on potilaalle vaivaton, koska lääkkeen voi hakea mistä tahansa apteekista ja palvelu lisää lääketurvallisuutta, sähköiset reseptit ovat palvelussa ajan tasalla ja tallennettuina, lääkettä määräävä lääkäri voi katsoa kokonaislääkityksen ja ehkäistä lääkkeiden päällekkäin määräyksiä ja yhteisvaikutuksia. Palvelusta voi tulostaa yhteenvedon voimassa olevista, tai vain lääkkeitä saamatta olevista resepteistä, tulosteen voi pyytää myös ammattihenkilöltä. Potilas voi seurata jäljellä olevia lääkemääriä palvelusta ja reseptin uusinnan voi tehdä apteekissa. Saadessaan sähköisen reseptin potilas saa ainoastaan lääkkeen käyttöohjeen, ei varsinaista reseptiä. Palveluun eivät tallennu paperiset reseptit, halutessaan potilas voi kieltäytyä sähköisestä reseptistä ja pyytää paperisen reseptin tilalle (Sähköinen resepti terveydenhuollossa 2015.)

Sähköisen lääkemääräyksen käyttöä säätelee laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007/61, lain tarkoituksena on potilas- ja lääketurvallisuuden parantaminen. Sähköinen lääkemääräys mahdollistaa lääkemääräysten tallentamisen yhteiseen järjestelmään, josta potilaan kokonaisvaltaista lääkitystä voidaan tarkastella potilaan antamalla suostumuksella. Ennen lääkkeen määräämistä sähköisesti, tulee potilasta informoida sähköisestä lääkemääräyksestä sekä potilaan oikeuksista kirjallisesti sekä suullisesti. Potilas voi halutessaan kieltäytyä sähköisestä lääkemääräyksestä. Kiellon voi tehdä myös osittain, jolloin potilas määrittelee, mitä reseptikeskuksen tietoja potilas ei halua luovuttaa esim. yksittäisten sähköisten reseptien tiedot tietuille terveydenhuolto yksiköille tai apteekkeille (Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2007.)

Kansallisen terveystietokannan (2015) mukaan palvelun käytön edellytyksenä on potilaan suostumus tietojen luovutukseen, halutessaan potilas voi tehdä tietojen luovutuskiellon tai myöhemmin muuttaa suostumusta tai kieltoa. Terveydenhuollon henkilöstön tulee tehdä merkintä tietokantaan potilaalle annetusta informaatiosta Kanta palvelusta ja sen käyttötarkoituksesta Potilas voi halutessaan muuttaa suostumuskieltoja omakannasta, suostumuskiellon voi tehdä myös yksittäisistä käynneistä (Potilastiedon arkiston esittely 2015). Terveydenhuollon henkilöstö tallentaa tiedot järjestelmään terveydenhuollon tietojärjestelmien avulla, potilastietojen arkistointi tapahtuu eri organisaatioiden taholta yhteneväisen mallin mukaan. Tietojen tallentaminen järjestelmään tapahtuu aina salattuna, terveydenhuollon henkilöstö tarvitsee tietoja käsitelläkseen Valviran myöntämän ammattikortin, joka myönnetään vain henkilöille, jotka löytyvät terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä Terhikistä (Valvira, julkinen tietopalvelu). Kirjautuminen järjestelmään tapahtuu ammattikortin avulla, jolloin järjestelmä tunnistaa henkilön sähköisesti ja mahdollistaa palvelutapahtuman allekirjoituksen esim. reseptit (Terveydenhuollon ammattikortti 2015.)

7 Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen kehittäminen

Opinnäytetyöhön liittyi hoitotyön yhteenvedon kirjaamisoppaan tuottaminen Riihimäen kuntayhtymän terveyskeskuksen käyttöön. Lähdekirjallisuus sisältää aiheeseen liittyviä tutkimuksia, kirjallisuutta sekä Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden oppaan, joka pohjautuu kansalliseen hoitotyön kirjaamisen malliin. Teoriaosuudessa käsitellään myös kirjaamista ohjaavia ja sääteleviä lakeja. Hoitotyön yhteenvedon oppaan laadinnassa hyödynnettiin Riihimäen kuntayhtymän hoitohenkilökunnalle tehdyn kirjallisen kyselyn vastauksia sekä kotihoidolle tehdyn asiantuntijahaastattelun vastauksia.

8 Opinnäytetyön kyselyn toteutus

Opinnäytetyöhön liittyvä kirjallisen kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan sekä fysioterapeuttien ajatuksia sekä näkemyksiä siitä, mitkä asiat koetaan haasteelliseksi ja mitkä hyväksi hoitotyön yhteenvedon tehdessä. Kyselyn avulla on myös pyritty selvittämään, mitkä asiat koetaan tärkeinä vastaajien mielestä potilaan jatkohoitoa ja hoidon jatkuvuuden kannalta. Asiantuntijahaastattelun tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon näkemystä siitä, millainen hoitotyön yhteenvedon palvelisi mahdollisimman hyvin jatkohoitoa sekä myös potilasta. (Opinnäytetyön kirjallinen kysely, liite 1.)

Tämä opinnäytetyöhön liittyvä kysely hoitohenkilökunnan hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen kehittämiseksi tehtiin kvalitatiivisen tutkimuksen periaatteita soveltaen. Opinnäytetyöhön haluttiin saada henkilökunnan sekä jatkohoitoa paikan kokemuksia siitä, mikä heidän mielestään on hyvää kirjaamista ja mitä kirjaamiseen liittyviä haasteita he kirjaamisessa kokevat.

Mahdollisimman hyödyllisen kirjaamisoppaan tuottamiseksi tehtiin osastojen hoitohenkilökunnalle kirjallinen kysely. Kyselyn kohderyhmä oli vakituudessa työsuhteessa olevat tai vähintään kolmen kuukauden sijaisuutta tekevät sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä fysioterapeutit. Kyselylomakkeet jaettiin 30.4.2015 kahdelle akuuttiosastolle, muistisairaiden osastolle sekä kuntoutusosastolle. Kyselyyn liittyvä vastausaika oli 1.5-26.5.2015. Kyselyn vastaukset haettiin osastoilta 27.5.2015. Tavoitteena oli saada vastauksia mahdollisimman paljon jokaiselta osastolta. Vastauksia tuli yhteensä 20 kappaletta. Vastaukset saatiin kolmelta osastolta. Yhdeltä osastolta vastauksia ei saatu.

Hoitohenkilökunnalle suunnatun kirjallisen kyselyn lisäksi tehtiin asiantuntijahaastattelu Riihimäen kotihoidon työntekijälle sähköpostitse. Asiantuntijahaastattelun tarkoituksena oli kartoittaa jatkohoidon näkemyksiä hyvästä hoitotyön yhteenvedosta. Asiantuntijahaastattelua varten kysymykset pohdittiin niin, että saadaan vastaukset siihen, mitkä asiat palvelisivat

mahdollisimman hyvin kotihoitoa potilaan jatkohoidon järjestämisen kannalta. Kotihoidon työntekijä keskusteli asiasta Riihimäen kotihoidon hoitotiimien kanssa, jonka pohjalta kotihoidon työntekijä antoi vastaukset asiantuntijahaastatteluun 25.5.2015. Haastattelun vastauksia hyödynnettiin hoitotyön yhteenvedon kirjaamisoppaan tekemiseen osastoille.

Hoitohenkilökunnalle suunnatun kirjallisen kyselyn vastaukset käsiteltiin ensin lukemalla useaan kertaan. Kaikki vastaukset litteroitiin kysymys kerrallaan ja samankaltaiset vastaukset jaettiin värikodeihin. Värikoodauksen avulla samankaltaisista vastauksista saatiin pääteemat esitettyihin kysymyksiin.

9 Opinnäytetyön kyselyn tulokset

Hoitohenkilökunnalle tehdyn kirjallisen kyselyn tulokset jaettiin opinnäytetyössä kysymyskohtaisesti. Kerätty aineisto jaettiin pääteemoihin. Asiantuntijahaastattelun vastauksia hyödynnettiin niissä kohdissa, joissa käsiteltiin potilaan jatkohoitoa ja hoitotyön yhteenvedon merkitystä jatkohoidolle.”

9.1 Laadukkaan hoitotyön kirjaamisen edellytyksiä

Kyselyn ensimmäisen kysymyksen tarkoituksena oli löytää laadukkaan hoitotyön kirjaamisen edellytyksiä. Vastaajista suurin osa oli vastannut kysymykseen yksittäisillä sanoilla tai lauseella. Vastauksissa toistui paljon samoja asioita ja vastaukset olivat yhteneväisiä. Vastaukset jaettiin Hoitotyön yhteenvedon otsikoinnin mukaisesti. Pääteemoina ovat Loppuarvio, Hoidon tarve, Hoitotyön toiminnot, Hoidon tulokset, Jatkohoito, lääkehoito sekä Hoitotyön yhteenvedon otsikoinnista poiketen ”muut esille nousseet asiat”, johon nousi esille muutamia yksittäisiä asioita. Tulosten perusteella laadukkaasta hoitotyön yhteenvedosta pitäisi selvittää potilaan riskitiedot, taustatiedot, tulotilanne, hoidon tarve, lääkehoitoon liittyvät asiat, osastolla tehdyt hoidot -ja toimenpiteet, potilaan toimintakyky sekä jatkohoitosuunnitelma ja jatkohoitohjeet.

9.1.1 Loppuarvio

Hyvässä hoitotyön yhteenvedossa tulisi vastaajien mielestä olla katsaus taustaan. Taustatiedoissa tulisi näkyä potilaan perustiedot, perussairaudet sekä millainen potilaan vointi tai tila on ollut hoitoon tullessa ja millainen tila on ollut hoidon aikana. Suurin osa vastaajista kertoi hyvään hoitotyön yhteenvedoon kuuluvaksi myös tulosyyn, eli miksi potilas on joutunut osastolle tai joutunut sairaalahoitoon, sekä milloin potilas on ollut osastolla. Vastausten perusteella hoitotyön yhteenvedoon tulosyy olisi hyvä kirjata lyhyesti.

"Millainen vointi/tila on hoitoon tullessa ja hoidon aikana"

"Lyhyesti tulotilanne"

9.1.2 Hoidon tarve

Hoidon tarvetta kuvaavia vastauksia tuli verrattain vähän, mutta tulleista vastauksista hyvään hoitotyön yhteenvedoon kuului se mitä sairautta hoidetaan sekä miten ja kuinka potilas suoriutuu päivittäisistä toiminnoista.

"Sairaus ja sen hoito"

"Miksi on tullut osastolle (hoidon tarve)"

9.1.3 Hoitotyön toiminnot

Osastolla tehdyt toimenpiteet, hoidot ja tutkimukset sekä muutokset, ongelmat ja arviointi kuuluu vastaajien mielestä hyvään hoitotyön yhteenvedoon.

"Toiminnot, muutokset ja tulos"

"Osastolla tehdyt toimenpiteet, hoidot"

9.1.4 Hoidon tulokset

Toimintakykyä tulisi kuvata hoitotyön yhteenvedoon suhteellisen monella tavalla, mutta monen mielestä kuitenkin lyhyesti ja napakasti. Toimintakyvyssä tulisi huomioida potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Vastauksista nousi esiin, että toimintakyvystä tulisi kirjata potilaan alkutilanne ja kuinka siitä on päästy tämän hetkiseen tilanteeseen. Nykytilanteeseen liittyen, mitä täytyy huomioida kotona tai palveluasumisessa. Vastauksissa toistui, että toimintakyvyn muutokset tulisi olla myös kirjattuna. Hoitotyön yhteenvedossa olisi hyvä näkyä potilaan kuntoutuminen, liikkuminen, ruokailu, wc-käynnit, apuvälineiden käyttö, liikkumiskyky, avun tarpeet päivittäisissä toiminnoissa, rajoitteet, kuvaus henkisestä tilasta sekä elintoimintojen muutokset.

"Tämänhetkinen toimintakyky kattaen kaikki tarpeet(fyysinen, psyykinen ja sos.kokonaisuus) - miten niissä avustaminen ->helpottaa seuraavaa paikkaa käyttämään ehkä samoja toimintatapoja"

"Kerrotaan syy miksi on ollut hoidossa, alkutilanne ja mikä on tilanne nyt sairauden ja toimintakyvyn osalta"

9.2 Laadukkaan hoitotyön kirjaamisen esteet

Kyselyn toisen kysymyksen tarkoituksena oli löytää laadukkaan hoitotyön kirjaamisen esteitä. Vastausten perusteella hoitotyön yhteenvedon tekemisen haasteena olivat kirjaamisohjelman käytettävyys, hoitotyön yhteenvedon käytettävän ajan määrä tai kiire ja keskeytykset kirjoittamisessa. Vastauksissa nousi esiin haasteita, mikäli hoitaja ei tunne - tai ole hoitanut potilasta. Moni vastaajista kertoi haasteena olevan myös käsitys siitä mitä ja miten kirjataan, erityisesti, että kaikki olennainen tulee kirjatuksi. Näistä aiheista rakentuivat kysymyksen pääluokat. Lisäksi kysymyksen vastauksissa tuli yksittäisiä huomioita, jotka ovat kirjattu ”muuta huomioitavaa” - pääryhmään.

9.2.1 Ohjelman käytettävyys

Useassa vastauksessa tuli esiin kirjaamisohjelman käytettävyyteen liittyvät haasteet, joita olivat ohjelman toimivuus ja tietojen eri paikoista hakeminen sekä erialojen yhteenvedojen liittäminen. Ohjelman toimivuuden haasteina olivat HOKE:n tekniset ongelmat, koska muokkaaminen ja korjaaminen eivät onnistu. Vastauksista päätellen yhteenvedoa ei voi jatkaa HOKE:lla, vaan se on siirrettävä sekä tallennettava Effican puolelle jatkaakseen - tai lukeakseen myöhemmin. Haasteeksi koettiin myös se, että etukäteen yhteenvedoa kirjatessa eivät kaikki asiat ole tiedossa ja esimerkiksi jatkohoitoon liittyviä asioita joudutaan kirjaamaan käsin jälkikäteen. Lisäksi vastauksista kävi ilmi, että yhteenvedon kirjaamisen aloittaneen henkilön nimi jää käyntiriville näkyviin, vaikka toinen henkilö olisi sitä myöhemmin muokannut. Kotihoidolle hoitotyön yhteenvedoja on tullut pääasiassa potilaiden mukana potilaan kotiutuksessa. Yhteenvedoja ei ole aina löytynyt potilaan kotoa ja kotihoidon hoitaja ei ole aina osannut sitä kysyä potilaalta. Kotihoito ei ole aina huomannut lukea hoitotyön yhteenvedoa Efficasta. Lisäksi kotihoidolle tehdyssä asiantuntijahaastattelussa ilmeni, että hoitotyön yhteenvedon järjestelmällinen kirjaaminen sekä sen laittaminen potilaan mukaan on käynnistynyt YTY-ryhmän hyvän kotiutuksen kriteerien pohjalta. Näitä kriteerejä on tarkennettu ja arvioitu vuonna 2014. YTY-ryhmä on terveyskeskuksen osastojen ja fysioterapeuttien yhteistyöryhmä. Hoitotyön yhteenvedon tekemiseen käytettävä alusta päivitettiin kesäkuussa 2015, jolloin käytettävyyteen liittyvien ongelmien tulisi ratketa ja hoitotyön yhteenvedon tekeminen tulee käyttäjätavallisemmaksi.

”Effican hoke-alusta ei toimi niin kuin pitäisi. Se tekee muokkaamisen hankalaksi”

”Eri alojen yhteenvedojen liittäminen yhteen, hoitajat, fysioterapeutit, puheterapeutit, sos.työntekijät”

”Se, joka on aloittanut yhteenvedon tekemisen, hänen nimi käyntirivillä jää näkyviin vaikka yhteenvedoa olisi muokattu”

9.2.2 Hoitotyön yhteenvetoon käytettävä aika

Kyselyyn vastaajista moni kertoi ajanpuutteen olevan haasteena hoitotyön yhteenvedon kirjaamisessa. Henkilökuntaa on melko vähän sekä ennalta suunnittelemattomat siirrot ja kotiutukset tulevat parin tunnin varoitusajalla. Osa vastaajista kertoi kirjaamisen haasteena olevan vaikeus keskittyä kirjaamiseen esimerkiksi kutsujen soidessa. Päivittämätön HOKE, kesken-eräiset jatkohoito-ohjeet sekä keskeneräiset ja epäselvät lääkärin ohjeet ja määräykset koettiin myös haastavina hoitotyön yhteenvedon kirjaamiselle.

Kotihoidon hoitotiimi oli pohtinut, että hoitajaksojen lyhentyminen voi tuoda haasteita yhteenvedon tekemiseen osastolle ja kotihoidolla puolestaan olisi parantamista aktiivisessa tarttumisessa hoitotyön yhteenvetoon, joko kysymällä yhteenvettoa potilaalta tai lukemalla yhteenvedon Efficasta. Kotihoito oli pohtinut myös, että kotihoidon hoitajat voisivat ottaa hoitotyön yhteenvedon puheeksi potilaan kotona, että myös asiakas ja omaiset voisivat tutustua siihen.

”Tärkeää olisi, että jokaisella on työrauha ja mahdollisuus keskittyä yhteenvettoa tehdessä/ kirjoittaessa”

”Monesti jatkohoito-ohjeet on vielä kesken ja lääkärin ohjeet/määräykset kesken”

9.2.3 Potilaan tunteminen

Haasteena koettiin se, että hoitaja ei ole tavannut aiemmin potilasta tai ei ole hoitanut potilasta ja on hoitotyön yhteenvettoa laatiessa kirjoitetun tekstin varassa. Haasteena tässä on myös se, jos kirjattua tekstiä on niukasti. Yövuorossa kirjaaminen koettiin haasteena, jolloin potilaan toimintakykyä on vaikea arvioida. Lisäksi esiin tuli, että tietoja kotona olevista avuksista ei ole ollut tai ne eivät ole ajan tasalla.

”Jos ei ole aiemmin tavannut potilasta. Vaikka lukee HOKElta, on sellainen olo muistaako ja tietääkö potilaasta kaiken jos ei ole tavannut”

”Haastetta lisää, jos et ole hoitanut potilasta ja kirjaaminen ollut vähä

9.2.4 Mitä ja miten kirjataan

Asioiden tiivistäminen ja olennaisen tiedon kirjoittaminen hoitotyön yhteenvedoon oli usealla vastaajalla haasteena, varsinkin jos hoitajakso on ollut pitkä tai potilaalla on ollut useita sairauksia. Haastetta oli tuonut kirjaaminen potilaan näkökulmasta niin, ettei hoitotyön yhteenvedoa tehdä tehtäviä luetellen. Hoitotyön yhteenvedossa olevat väliotsikot eivät ole täysin selkeitä ja se lisää tunnetta, että samoja asioita joutuisi kirjoittamaan useampaan kohtaan. Tietojen keruu oli tuottanut myös ongelmia, erityisesti jos hoitosuunnitelma oli ollut suppea ja siksi tietoa oli jouduttu keräämään eri sivuilta. Lisäksi kokonaistilanteen hallitseminen oli ollut vaikeaa.

”Jos pitkä hoitajakso, niin miten kirjata kaikki oleellinen”

”Yhteenvedossa olevat valmiit väliotsikot ei täysin selkeitä, tuntuu, että samat asiat joutuisi kirjoittamaan useampaan kohtaan”

9.2.5 Muita vastauksissa esiin tulleita asioita hoitotyön yhteenvedon laadinnassa

Vastauksista tuli esiin turhautuminen epävarmuuteen siitä, lukeeko hoitotyön yhteenvedoa kukaan sekä se, jos kirjaamista tekee yksin ilman työyhteisön tukea, silloin tulee vain oma näkemys asiasta. Vastauksissa huomioitavaa oli myös se, että huonosti laadittu yhteenvedo ei palvele potilaan hoitoa.

”Toisinaan turhauttaa epävarmuus, lukeeko sitä kukaan”

”Jos tekee yksin -> on vain oma näkemys asiasta -> työyhteisön tuki helpottaa”

9.3 Onnistuneen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen edellytykset jatkohoidon kannalta

Kolmannessa kysymyksessä vastaajia pyydettiin mainitsemaan ne edellytykset ja asiat, jotka vastaajan mielestä kuvaavat onnistunutta hoitotyön yhteenvedoa jatkohoidon kannalta. Vastaajista moni oli vastannut tähän kysymykseen samalla tavalla, kuin ensimmäiseen kysymykseen ”Mitä mielestäsi kuuluu hyvään hoitotyön yhteenvedoon”. Jatkohoidon kannalta hyvään hoitotyön yhteenvedoon tulisi kirjata niin ikään osastolle tullessa hoidon tarve, hoitotyön toiminnot sekä lääkehoito. Potilaan jatkohoitoa koskevat asiat sekä erilaiset hoito-ohjeet. Vastauksissa tuli lisäksi esiin kirjaamiseen liittyviä asioita sekä muita yksittäisiä huomioita. Nämä aiheet on jaettu pääteemoiksi osittain hoitotyön yhteenvedon otsikointia hyödyntäen.

9.3.1 Hoidon tarve

Vastausten mukaan tärkeää jatkohoidon kannalta olisi kirjata minkä vuoksi on ollut hoidettava osastolla, mitä toimenpiteitä, päivittäisiä hoitoja ja tutkimuksia on tehty sekä mikä on ollut hoidon vaikutus. Taustatietojen lyhyt kirjaaminen nousi myös tärkeäksi.

”Mitä on tehty ja miksi on tullut hoitoon”

”Annettu hoito ja sen vaikutus”

”Miten/millä täällä hoidettu”

9.3.2 Hoitotyön tulokset

Toimintakyvystä olisi hyvä kirjata konkreettisesti arvio potilaan toimintakyvystä, kuten kuntoutus ja jaksaminen, miten potilas liikkuu sekä toimintakyvyn kehitys hoidon aikana ja osastolta poistuttaessa. Toimintakyvystä tulisi kertoa kuinka kuntoutuminen on sujunut, saavutetut tulokset, apuvälineet ja avuntarve sekä rajoitteet, lisäksi tämänhetkisen fyysisen, - psyykkisen - ja sosiaalisen avuntarpeen tunnistaminen.

Kotihoidon näkemyksen mukaan tärkeää olisi, että hoitotyön yhteenvedossa olisi tarkka kuvaus potilaan toimintakyvystä sekä siinä tapahtuneista muutoksista konkreettisesti, kuten liikumisen- ja päivittäisten toimintojen sujuminen, nukkuminen ja syöminen. Lisäksi voisi mainita millainen ihon kunto on.

”Tämän hetkinen toimintakyky ja avuntarve konkreettisesti kerrottuna”

”Toimintakyvyn kehitys hoidon aikana”

”Potilaan toimintakyky ja terveydentila, avuntarve, apuvälineet siirtovaiheessa”

9.3.3 Jatkohoito

Opinnäytetyön kysymyksiin vastanneet kertoivat, että jatkohoidon onnistumiseksi hoitotyön yhteenvedoon tulisi kirjata siirtopäivän tapahtumat kuten lääkkeet, joita potilas on saanut, vatsan toiminta ja peseytyminen. Yhteenvedossa pitäisi näkyä sovitut käynnit ja kontrollit, mahdolliset jatkotutkimukset, lääkärin määräykset ja toimenpiteet, laboratoriotutkimukset kuten INR, jatkohoitoon osallistuvat tahot, kotiaivot, jatkohoito-ohjeet sekä hoito-ohjeet, kuten haavan hoito-ohjeet ja lääkehoito-ohjeet esimerkiksi diabeetikolle. Kontrolleista tai tutkimuksista olisi hyvä kirjata myös päivämäärät sekä paikat. Osaston yhteystiedot olisi hyvä kirjata siltä varalta jos kysyttävää tulee ja jatkohoitoon osallistuvien kuin myös omaisten informointi pitäisi näkyä yhteenvedossa.

Kotihoidolle olisi hyödyllistä jos hoitotyön yhteenvedossa olisi kirjattu jatkosuunnitelmista, kuten tulevat tutkimukset ja niiden aikataulut. Lisäksi voisi mainita jatkohoidon järjestelyistä, joita on tehty, kuten ateriapalveluun tai yöhoitoon tiedottaminen ja onko käynnistetty esimerkiksi sosiaalipuolen etuuksia.

”Jatkohoitoon osallistuvat tahot”

”Mahdolliset jatkohoito-ohjeet ja hoito-ohjeet”

”Siirtopäivän tapahtumat (milloin saanut lääkkeitä, vatsantoiminta, peseytyminen)”

”Jatkohoito, kontrolliajat, tutkimukset”

9.3.4 Lääkehoito

Lääkehoidosta tulisi kirjata hoitotyön yhteenvedoon nykyiset lääkkeet, uudet lääkkeet, lääkehoidon muutokset, seuraavien pistosten tai lääkelaastareiden vaihdon ajankohdat, mitä lääkkeitä potilas on saanut siirtopäivänä. Lisäksi potilaalla pitäisi olla ajantasainen lääkelista sekä mahdolliset reseptit. Kotihoidolle tärkeää olisi, että hoitotyön yhteenvedossa olisi tiedot lääkityksistä. Erillisen lääkelistan toimittaminen potilaan mukana kotihoidolle on ollut käytäntönä ja se olisi tärkeää muistaa edelleen.

”Onko lääkehoidossa tullut muutoksia”

”Lääkehoito, lääkelista, reseptit, mitä lääkkeitä saanut siirtopäivänä”

9.3.5 Kirjaamiseen liittyviä asioita

Kirjaamiseen liittyviä huomioita oli se, että oleellinen tieto kirjattaisiin suomen kielellä, eikä latinankielisiä sanoja käytettäisi sekä se, että kirjattaisiin osastolla oleellisesti hoidettuja asioita, varsinkin jos jatkopaikka tuntee potilaan ennestään.

”Oleellinen tieto suomenkielellä -> ei latinan kielisiä sanoja”

”Vaikea tietää mitä laitat minkäkin otsakkeen alle (varsinkin kiireessä)”

9.3.6 Hoitotyön yhteenvedon muut huomiot

Jatkohoidon onnistumisen kannalta hoitotyön yhteenvedoon olisi hyvä kirjata potilaan allergiat ja riskitiedot sekä ne erityispiirteet, jotka olisi oleellista huomioida potilasta hoidettaessa. Myös hoitajakson aika päivämäärin olisi hyvä näkyä kirjauksessa. Kotihoito toivoisi, että potilaan kotiin toimitettaisi lääkärin epikriisi / YLE - lehti.

”Erityispiirteet, jos on jotakin oleellista huomioida pot. hoidossa erityisesti”

”Allergiat”

10 Yhteenveto ja johtopäätökset

Riihimäen kuntayhtymän terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle tehdyn, hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen kehittämiseen liittyvän kyselyn vastausten perusteella voidaan todeta, että hyvään ja selkeään hoitotyön yhteenvedoon tulisi kirjata potilaasta taustatiedot, osastolle tulon syy, hoidon tarve, tehdyt hoitotyön toiminnot, annetun hoidon tulokset sekä jatkohoitoon liittyvät tiedot ja ohjeet.

Hoitotyön yhteenvedossa olisi hyvä näkyä potilaasta riskitiedot, eri ammattiryhmien kanssa tehty yhteistyö, lääkärin ohjeet ja määräykset sekä osaston yhteystiedot. Erillinen, ajantasainen lääkelista tulisi toimittaa hoitotyön yhteenvedon ohella jatkohoitopaikan käytettäväksi.

Hyvän kirjaamisen edellytyksiä saatiin esille opinnäytetyön kyselyn vastauksia sekä kirjallisuuslähteitä apuna käyttäen. Kirjaamisen hyviä piirteitä ovat kyselyyn vastanneiden mielestä potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneiden muutosten kirjaaminen ja arviointi, niin että teksti on tiivistetty selkeäksi, mutta antaa kuitenkin potilaasta laajasti tietoa. Lauserakenteen tulee olla asiasisältöisiä ja potilaan tilannetta hyvin kuvaavaa. Lauserakenne ei saisi olla kuitenkaan liian suppeaa ja lyhyttä (Niemi ym. 2006, 316.)

Opinnäytetyön aineistosta saatujen vastausten perusteella haasteita, jotka liittyvät hoitotyön yhteenvedon kirjaamiseen ovat henkilökuntaan liittyvät resurssit ja ajanpuute sekä kirjaamisohjelman käytettävyyteen liittyvät asiat. Hoitotyön kirjaaminen koettiin haasteellisena, jos hoitaja ei ole tavannut tai hoitanut potilasta. Haasteellisuutta lisää myös esimerkiksi lääkärin keskeneräiset ohjeet ja määräykset. Osa vastaajista koki haasteita tiedon tiivistämisestä niin, että oleelliset asiat tulisivat selkeästi näkyviin.

Kansallisen terveysarkiston mukaan hoitotyön yhteenvedosta tulisi selvittää potilaan hoitoon ja hoidon tulokseen oleellisesti vaikuttavat tekijät käynnissä olevasta hoitojaksosta. Hoitotyön yhteenvedosta käy ilmi kuinka suunnitelluilla toiminnoilla (hoidon tarve sekä toiminnot) on päästy hoidon tulokseen, ja jos tavoitteisiin ei ole päästy, tulisi yhteenvedosta selvittää potilaan tilanne kotiutushetkellä. Potilaan voinnin mukaan hoitotyön yhteenvedoon liitetään jatkohoidon suunnitelma sekä lääkehoidon tiedot, kuten kotiutuspäivän lääkehoidon tiedot (Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa, 201.)

Hoitotyön yhteenvedon tekemisessä haasteiksi siis koettiin enemmänkin Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä käytössä olevan Efficia tietojärjestelmän alustan käytettävyyden sekä töiden organisointi ja priorisointi, ei niinkään hoitotyön yhteenvedon sisältö. Vastauksista ilmeni osastolla vallitseva ajanpuute merkittäväksi syyksi tiedoiltaan vajavaisiin hoitotyön yhteenvedoihin. Vastausten perusteella voidaan todeta, ettei potilaista kirjata tarpeeksi, jos

kotituttava hoitaja kokee hankalaksi kirjattujen tietojen perusteella hoitotyön yhteenvedon tekemisen. Ajan säästämiseksi hoitotyön yhteenvedo tulisi aloittaa jo silloin, kun potilas tulee osastolle ja hoitotyön yhteenvedo tulisi täydentää koko osastojakson ajan, näin välttyttäisiin kiireen tunteelta kotiutustilanteessa. Hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kannalta on erityisen tärkeää, että hoitotyön yhteenvedot tehdään harkiten ja potilaan tietoihin tutustuen. Australiassa, Sydneyssä tehdyssä tutkimuksessa selviää, että hoitotyön yhteenvedot ovat usein riittämättömiä ja vaikuttavat kielteisesti hoidon jatkuvuuteen ja voivat osaltaan aiheuttaa vaaratilanteita potilaalle. Hoitotyön yhteenvedoista puuttuu keskeisiä diagnooseja, jatko-hoitosuunnitelma sekä lääkitystiedot eivät ole ajantasaiset. Tämän tutkimuksen mukaan sairaalasta kotiutuneiden ja 30 päivän kuluessa uudestaan sairaalahoidossa olevista henkilöistä 28 % sairaalaan palaamisen osasyynä ovat olleet puutteelliset lääkeohjeet kotiutuessa (Lehnbom, Raban, Walter, Richardson & Westbrook 2014, 4.)

Riihimäen kotihoidon työntekijälle tehdyn asiantuntijahaastattelun perusteella puolestaan voidaan todeta jatkohoitopaikan hyötyvän hoitotyön yhteenvedosta. Kotihoito pitää selkeyttävänä asiana hoitotyön yhteenvedon otsikointia. Erityisen tärkeää jatkohoidon kannalta on, että hoitotyön yhteenvedossa näkyisi tarkka kuvaus potilaan toimintakyvystä. Konkreettisesti hoitotyön yhteenvedoon voisi kirjata muun muassa millainen on potilaan liikuntakyky ja miten päivittäiset toiminnot sujuvat. Kotihoidolle hyödyllistä olisi, että hoitotyön yhteenvedoon kirjataan jatkosuunnitelmat, kuten sovitut tutkimukset sekä jatkohoitoon liittyvät ohjeet, kuten haavan hoito-ohjeet. Kotihoito on pitänyt haasteena sitä, että hoitotyön yhteenvedot eivät aina löydy potilaan kotoa ja kotihoidon hoitaja ei ole välttämättä lukenut hoitotyön yhteenvedoa potilastietojärjestelmästä

12 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi ja eettisyys

Opinnäytetyö sisältää teoreettista tietoa hoitotyön kirjaamiseen liittyvistä asioista. Teoreettiseen tietoon on kerätty monipuolisesti lähteitä, joita on käytetty käsitteiden avaamiseen ja hoitotyön kirjaamiseen liittyvään lainsäädännön kirjaamiseen. Teoreettista tietoa on käytetty myös Riihimäen kuntayhtymän terveyskeskukselle tehdyn hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen kehittämiseen liittyvän oppaan laatimisessa. Oppaan laadintaa varten on haettu tutkimuslupa (liite 2.) ja sen jälkeen kyselylomakkeet on toimitettu neljälle Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän osastolle. Vastauksia saatiin yhteensä 20 kappaletta 64 vastaajan osalta, näin ollen vastausprosentti oli noin 31 %. Kyselyn vastausaika oli yksi kuukausi. Kyselytulojen luotettavuutta arvioidessa on hyvä ottaa huomioon se, että yhdeltä osastolta ei saatu yhtään vastausta. Vastausaika olisi voitu pidentää, jolloin olisi mahdollisesti saatu lisää vastauksia, myös osastolta, josta vastauksia ei saatu. Matala vastausprosentti heikentää tämän työn luotettavuutta, eikä tuloksista siten voida vetää suoraan johtopäätöksiä. Kolmen osaston vastaukset voitiin huomioida ja hyödyntää oppaan tekemiseen ja tähän opinnäytetyöhön. Hoitotyön yhteenvedon kirjaamiseen liittyvä opasta tullaan jatkossa hyödyntämään neljällä eri osastolla. Tutkimuskysymyksistä ensimmäiseen ja kolmanteen vastattiin monessa vastauslomakkeessa lähes samalla tavoin, joten kysymysten laadinnassa ei täysin onnistuttu erottelemaan sisältöalueita toisistaan.

Opinnäytetyön kirjallinen kysely tehtiin laadullisen tutkimuksen periaatteita soveltaen. Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu taata anonymiteetti valmiissa tutkimuksessa. Tutkimuksen kannalta anonymiteetin säilyttäminen on selkeitä etuja, koska se lisää tutkijan vapautta. Tutkijan on helpompi käsitellä arkojakin asioita, jos anonymiteetti suojaaa hänen tutkimiaan henkilöitä. Henkilöllisyyden salaamisesta tehty lupaus rohkaisee ihmisiä puhumaan suoraan ja rehellisesti ja näin ollen helpottaa tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon keräämistä (Mäkinen 2006, 114.)

Opinnäytetyön kirjallinen kysely tehtiin niin, että vastaajien henkilöllisyys ei tullut esille missään kyselyn vaiheessa. Vastaajissa on ollut lähihoitajia, sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja, mutta kyselyssä ei kysytty vastaajan ammattinimikettä. Tämä on antanut enemmän anonymiteetti suojaa vastaajalle. Valmiin opinnäytetyön tulosten analysointiin on kirjattu vastauksista nousseita asioita suorina lainauksina, ikään kuin selkeyttämään lukijalle mitä ja millä tavoin vastaajat ovat halunneet nostaa asioita esille.

Tutkimusaineiston käsittelyssä luottamuksellisuuteen kuuluu, että ihmisten henkilökohtaisia asioita tai tietoja ei levitellä ympäriinsä. Tutkijan tulisi yksityiskohtaisesti selvittää tutkittavalleen, kuinka käytännössä luottamuksellisuus taataan tutkimuksen eri vaiheissa, kuten esimerkiksi ketkä pääsevät käsiksi heidän antamiinsa tietoihin. Yksityiskohtainen selvitys luotta-

muksellisuudesta kuuluu myös informointiin. Tutkijan moraalinen velvollisuus on taata luottamuksellisuus ja siitä on määrätty myös laissa (Mäkinen 2006, 115-116.)

Opinnäytetyön kirjallisen kyselyn luottamuksellisuus on otettu huomioon niin, että jokaisen kyselylomakkeen liitteeksi (liite 1.) on laitettu saatekirje, jossa on kerrottu, että tutkimusaineisto kerätään vain opinnäytetyötä varten, saadut vastaukset arkistoidaan ja myöhemmin tuhotaan säännösten mukaisesti ja ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa tuloksista. Lisäksi saatekirjeessä on kerrottu, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoinen ja vastaamisen voi lopettaa missä vaiheessa tahansa. Vastauslomakkeet on pyydetty jättämään neljälle osastolle toimitettuun kirjekuoreen. Kirjekuoret on haettu opinnäytetyötekijöiden toimesta osastolta sovittuna aikana, vastausten palautuspäivän jälkeisenä päivänä.

Tärkeää tutkimuksen laadun kannalta olisi hyvä, että tutkimusprosessi antaisiin mahdollisimman luonnonmukaisen kuvan tutkimusympäristöstä. Tutkijan ilmestyminen johonkin sosiaaliseen ympäristöön voidaan kokea häiritseväksi, jos hänen rooliaan ei täysin ymmärretä ja ihmiset tiedostavat hänet tarkkailijana. Toiset haluavat osallistua tutkimukseen aktiivisesti, toiset puolestaan muuttua epäluuloiseksi ja yhteistyöhaluttomaksi. Eettiseltä kannalta on tärkeää, ettei tutkimuskohteena oleville ihmisille tuoteta tarpeetonta häiriötä (Mäkinen 2006, 117.)

Päädyimme opinnäytetyössä kirjalliseen kyselyyn haastattelujen sijaan osittain sen vuoksi, että hoitohenkilökunnalle ei tulisi ajankäytöllistä häiriötä perustyoensä ohelle ja, että jokaisella vastaajalla olisi riittävästi aikaa pohtia omia näkemyksiään itselle sopivana ajankohtana.

Lähteet

Painetut lähteet

Häytinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. Sanoma pro. Helsinki.

Lehnbom, E., Raban, M., Walter, S., Richardson, K. & Westbrook, J. 2014. Do electronic discharge summaries contain more complete medication information? A retrospective analysis of paper versus electronic discharge summaries. Artikkel. Health information management journal Vol 43, nro 3. Australia.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Edita Prima. Helsinki.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. Helsinki.

Sähköiset lähteet

Arkistolaki 23.9.1994/831. Viitattu 25.5.2015

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831#L4>

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Viitattu 22.5.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L7>

Kansallinen terveystietokanta ammattilaisille. 2015. Sähköinen resepti terveydenhuollossa. Viitattu 6.10.2015

<http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/ereseptin-esittely-ap>

Kansallinen terveystietokanta. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. Viitattu 21.6.2015

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

Kansallinen terveystietokanta ammattilaisille. 2015. Omakanta. Viitattu 29.10.2015

<http://www.kanta.fi/web/ammattilaisille/omakanta2>

Kansallinen terveystietokanta ammattilaisille. 2015. Potilastiedon arkiston esittely. Viitattu 25.6.2015.

<http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/earkiston-esittely>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 25.5.2015

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

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Viitattu 22.5.2015

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007/61.

Viitattu 25.5.2015

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 22.5.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L1P1>

Lehtovirta, J. & Vuokko, R. Terveyden ja hyvinvoinnilaitos. 2014. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Viitattu 18.5.2015.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. THL. Helsinki. Viitattu 12.5.2015

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Nykänen, P., Junntila, K. Terveyden ja hyvinvoinnilaitos. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Helsinki. Viitattu 15.5.2015.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1

Rantalainen, T. 2009. Hoitotyön kirjaamisen lähtökohdat. Duodecim. Viitattu 15.5.2015.

http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00284&p_haku=kirjaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Asetus 298/2009. Finlex. Viitattu 22.5.2015

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

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisesta tietojärjestelmäpalveluista 11.4.2012/165. Viitattu 23.9.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120165>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus, opas 2004:3. Viitattu 22.5.2015

http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1068121

Valvira. Terhikki -rekisterin julkinen tietopalvelu. Viitattu 25.5.2015.

http://www.valvira.fi/tietopankki/rekisterit/terveydenhuollon_ammattihenkilot/julkiterhikki

Kuvat

Kuva 1 FinnCC - mallin tarveluokitus (SHTaL) ja hoitoluokitus (SHToL)	16
---	----

Taulukot

Taulukko 1 FinCC - luokituskokonaisuuden komponentit ja sisällön kuvaus (Liljamo ym.2012, 11.).....	17
---	----

Liitteet

Liite 1 Opinnäytetyön kysely hoitohenkilökunnalle	36
Liite 2 Tutkimuslupa.....	38
Liite 3 Opas hoitotyön kirjaamisen tueksi	40
Liite 4 Check in - lista.....	41

Liite 1. Kysely hoitohenkilökunnalle



Hyvä hoitotyöntekijä!

Teemme opinnäytetyötä Riihimäen seudun kuntayhtymälle hoitotyön yhteenvedon ja sen kehittämiseen liittyen, tarkoituksena on tuottaa kaikille hoitotyöntekijöille opas, joka työvälineenä helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekoa.

Kyselyssä kartoitamme kirjaamiselle asetettujen kriteerien edellytyksiä ja esteitä sekä sitä mikä kirjaamisessa tuottaa haasteita ja miksi.

Toivomme, että Sinä Kuntayhtymän vakituinen hoitotyöntekijä, tai vähintään kolme kuukautta sijaisena ollut sairaanhoitaja, lähi- tai perushoitaja tai fysioterapeutti vastaisit kyselyyn. Kysely on Sinulle vapaaehtoinen, kyselyyn vastaamisen voit lopettaa missä kyselyn vaiheessa tahansa.

Ystävällisesti pyydämme, että vastaisit kyselyyn 26.5.2015 mennessä. Vastaukset palautetaan suljettavaan kirjekuoreen, joka noudetaan osastolta 27.5.2015.

Vastaukset käsittelemme ehdottomasti luottamuksella, yksittäistä vastaajaa ei voi tuloksista tunnistaa. Tutkimusaineisto kerätään vain tätä opinnäytetyötä varten. Työn valmistuttua saatut vastaukset arkistoidaan ja myöhemmin tuhotaan opinnäytetyötä koskevan säännösten mukaisesti.

Tutkimustulokset sekä hoitotyön yhteenvedon opas tullaan esittämään henkilöstölle Riihimäen seudun kuntayhtymän pääterveysaseman auditoriossa, joulukuussa 2015.

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Laurean ammattikorkeakoulusta Tikkurilasta, opiskelemme hoitotyön koulutusohjelmassa.

Mikäli sinulla on jotain kysyttävää opinnäytetyöstä tai kyselykaavakkeesta, niin vastaamme mielellämme.

Yhteistyöterveisin


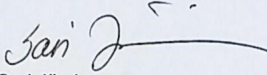
Suvi Nurminen

suvi.k.nurminen@student.laurea.fi

Marjo Niskanen

marjo.niskanen@student.laurea.fi

Liite 2 Tutkimuslupa

	RIIHIMÄEN SEUDUN TERVEYSKESKUKSEN KY	Viranhaltijapäätös
va. johtava ylihoitaja/SK	16.4.2015 H/4/2015	Dnro TK:68 /2015
Tutkimusluvan myöntäminen opinnäytetyön tekemistä varten		
Selostus asiasta	<p>Laurea ammattikorkeakoulussa opiskelevat sairaanhoitajaopiskelijat Marjo Niskanen ja Suvi Nurminen pyytävät lupaa tehdä opinnäytetyön Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä.</p> <p>Opinnäytetyön aihe on: Opas hoitotyön yhteenvedon kirjaamiseen Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymälle. Opinnäytetyön tavoitteena on laatia hoitotyön yhteenvedon opas henkilökunnan käyttöön.</p> <p>Opinnäyte tehdään ajalla 1.3.2015 - 31.12.2015 ja kyselytutkimus ajalla 1.5. - 30.5.2015. Kysely suunnataan vuodeosastolla työskenteleville sairaanhoitajille, lähihoitajille ja fysioterapeuteille, jotka ovat kuntayhtymän vakituisia työntekijöitä tai pitkäaikaisia sijaisia.</p> <p>Toimeksiantosopimuksella, joka tehdään opiskelijoiden ja kuntayhtymän välillä, sovitaan tarkemmin opinnäytetyöhön liittyvistä yksityiskohdista.</p> <p>Riihimäen seudun terveyskeskuksen ky:ssä yhteyshenkilönä opinnäytetyön tekemisessä on osastonhoitaja va. Vilma Väättäinen.</p>	
Päätös	Myönnetään tutkimuslupa esityksen mukaisesti.	
Allekirjoitus	Riihimäellä 21.4.2015	
		
	Sari Järvinen va. johtava ylihoitaja	
Tiedoksianto pvm		
Jakelu	Sairanhoitajaopiskelijat Marjo Niskanen ja Suvi Nurminen Osastonhoitaja va. Vilma Väättäinen Osastonhoitaja Salme Anttila Osastonhoitaja Päivi Sinisalo Osastonhoitaja vs. Tiina Nurmela Osastonhoitaja Kirsi-Marja Rissanen Ylihoitaja vs. Susanna Hurme Arkisto	

Oikaisuvaatimusohjeet

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän yhtymähallitukselle, osoite PL 13, 11101 RIIHIMÄKI.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen). Oikaisuvaatimuksen saa tehdä myös kuntayhtymän jäsenkunta ja sen jäsen.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Jäsenkuntien ja niiden jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun päätöspöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.

Liite 3 Hoitotyön yhteenvedon opas hoitohenkilökunnalle



opas
hoitohenkilökunnalle.doc

Liite 4 Check in lista

Hoitotyön yhteenveto -opas kirjaajalle	HOIDON TARVE
LOPPUARVIO	Mitä hoitoa potilas on tarvinnut, hoitotoimenpiteet?
<i>Huomioi RISKITIEDOT</i> Potilaan tulosyy, taustatiedot lyhyesti "Potilaan vointi hoitoon tullessa, mitä tutkimuksia tehty, taustatiedot"	Liikuntakyky? Päivittäiset toiminnot? Potilaan oma mielipide ja näkemys hoidosta huomioitava! "Miksi potilas on tullut osastolle ja mitä hoitoa potilas on tarvinnut?"
HOITOTYÖN TOIMINNOT	HOIDON TULOKSET
Pääasialliset hoitotoimenpiteet? Ohjausta, neuvontaa? Toiminnot vastaavat tarpeita ja ovat keinoja hyvään hoitotulokseen. "Mitä hoitotoimenpiteitä on tehty?"	Hoidosta saatu hyöty? Liikuntakyky ja tarvittavat apuvälineet? Erityistarpeet? "Hoitotyön tulokset, onko annettu hoito tuottanut tulosta? Mikä tilanne on nyt?"

JATKOHOITO	LÄÄKEHOITO
Suunniteltu jatkohoito, kontrollikäynnit? Hoito-ohjeet esim. haavan hoito Kotiutumisen tiedot: miten, millä ja milloin? Ilmoitus omaiselle, kotihoitoon? "Kirjataan jatkohoitoon liittyvät suunnitelmat kuten labrat, tutkimukset ja hoito-ohjeet"	Huomioi <i>Lääkeaine-allergiat</i> Viimeksi annettu lääkeannos ja kellonaika Ajantasainen lääkelista, uudet lääkkeet, reseptit sekä erillisen ohjeen mukaan annettavat lääkkeet lista. Konkreettinen tieto lääkehoidon järjestämisestä, kuka hoitaa ja miten?
<i>Henkilö, joka saattaa hoitotyön yhteenvedon loppuun, allekirjoittaa sen omalla nimellään sekä tittelillään, yhteenvedon loppuun lisätään osaston yhteystiedot.</i>	"Läkelistan tulisi olla ajan tasalla sekä tieto mitä lääkkeitä potilas on saanut siirtopäivänä. Lääkekuurien kesto, uudet lääkkeet, miksi?"
	<i>Hoitotyön yhteenveto aloitetaan kun potilas saapuu osastolle ja yhteenvetoa täydennetään koko osastojakson ajan.</i>