

Sari Lehtinen

Päivittäiskirjaamisen laadun kehittäminen Hangan terveyskeskuksen vuodeosastolla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Kliininen asiantuntijuus sosiaali- ja terveysalalla

Opinnäytetyö

08.12.2017

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Sari Lehtinen Päivittäiskirjaamisen laadun kehittäminen Hangon terveyskeskuksen vuodeosastolla 59 sivua + 4 liitettä 08.12.2017
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntijuus sosiaali- ja terveysalalla
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja	Antti Niemi, TtT, lehtori
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida päivittäisen kirjaamisen nykytilan laatua ja koulutusiltapäivien vaikutusta kirjaamisen laadun paranemiseen. Tavoitteena oli kehittää potilaslähtöistä sähköistä hoitotyön kirjaamista Hangon terveyskeskuksen vuodeosastolla. Työ toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä, jossa hyödynnettiin toiminnallisia menetelmiä sekä laadullista ja määrällistä tutkimusotetta.</p> <p>Tutkimukseen kuului neljä vaihetta ja tutkimusaineiston keruu laadunarviointia varten tapahtui kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto kerättiin potilasasiakirjoista alkumittausta varten ajalla 4.5.-18.5.2017. Toisena vaiheena oli osastonkokous 18.5.2017 ja kirjaamisen koulutusiltapäivät hoitohenkilökunnalle 30. ja 31.5.2017. Kolmantena vaiheena kerättiin potilasasiakirjoista aineisto loppumittausta varten koulutusiltapäivien jälkeen ajalla 1.6.-15.6.2017. Neljännessä vaiheessa tehtiin puolistrukturoidut loma-kehaastattelut avoimilla kysymyksillä neljälle hoitajalle.</p> <p>Aineiston analyysi toteutettiin mukailien Kailan ja Kuivalaisen hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin ja arviointilomakkeen avulla. Mittari sisälsi 14 osiota ja kolme osa-alueita. Osa-alueita olivat minimilaatutaso (osiot 1-4), tavoitteellinen kirjaaminen (osiot 5-9) ja yksilöllinen kirjaaminen (osiot 10-14). Haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisälönanalyysillä. Alkumittauksesta saatiin arvoksi heikkoa tasoa vastaava tulos ja loppumittauksessa hyvää tasoa vastaava tulos. Kokonaislaatutasoa osa-alueittain tarkasteltaessa kaikki tasot sekä minimikirjaamisen, tavoitteellisen että yksilöllisen kirjaamisen laatu parainivat koulutusiltapäivien jälkeen. Haastatteluissa päivittäiskirjaamiseen liittyvistä ongelmista esiin nousi ajanhallinnan ja osaamisen haasteet. Koulutusiltapäivän vaikutuksesta omaan kirjaamiseen todettiin, että säännöllisellä koulutuksella voidaan taata laadukas hoitotyön kirjaaminen. Kirjaamisella koettiin myös olevan suuri merkitys hoidon laatuun.</p> <p>Keskeisenä johtopäätöksenä tässä tutkimuksessa nousi esiin kirjaamisen laadun vaikutus hoidon laatuun. Koulutusiltapäivillä voitiin vaikuttaa kirjaamisen laadun paranemiseen. Hyvää kirjaamista pidettiin tärkeänä tekijänä potilaan hoitotyössä. Koulutusiltapäivät voisivat jatkossa olla säännöllinen toimintatapa ajantasaisen tiedon päivittäisessä ja kirjaamisen kehittämisessä vielä laadukkaampaan suuntaan.</p>	
Avainsanat	Päivittäiskirjaaminen, kirjaamisen laatu, hoidon laatu

Author Title	Sari Lehtinen Developing the quality of daily documentation in the ward of Hanko health care center
Number of Pages Date	59 pages + 4 appendices 08 December 2017
Degree	Master of Health Care and Social Sciences
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	
Instructor	Antti Niemi, Lecturer, PhD
<p>The purpose of this thesis was to evaluate the quality of the current state of daily nursing documentation and the effect of the education intervention on the quality of nursing documentation. The aim was to develop patient-focused electronic nursing documentation in the ward of Hanko health care center. The work was carried out as a research developmental work utilizing functional methods as well as qualitative and quantitative research.</p> <p>The study consisted of four phases and the research material for quality assessment was collected in two phases. In the first phase, the material from patient records for initial measurement was collected at 4.5.-18.5.2017. The second phase was the meeting in the ward at 18.5.2017 and the education interventions to nurses at 30. and 31.5.2017. The third phase was to collect the material from patient records for the final measurement after the education interventions at 1.6.-15.6.2017. In the fourth phase, were the half-structured form interviews to four nurses with open questions.</p> <p>The material was analyzed by using a nursing documentation assessment and assessment scale in accordance with Kaila and Kuivalainen. The assessment contained 14 parts and three sub-areas. The sub-areas were a minimum quality level (parts 1-4), goal-directed documentation (parts 5-9) and individual documentation (parts 10-14). The interview material was analyzed by material-based content analysis. In the initial measurement the result was a low level and in the final measurement the result was a good level. When looking at the overall level by sub-area, all levels, as well as minimum quality level, goal-directed documentation and individual documentation improved after the education interventions. In the interviews, the problems related with daily documentation were mentioned as time management and competence. The effect of the education intervention was found that regular education can guarantee the quality of nursing documentation. Documentation was also seen as a significance role in the quality of care.</p> <p>A conclusion in this study was the effect of the quality of documentation on the quality of care. The education could affect the quality of documentation. Good documentation was considered an important factor in nursing. Education could be a regular practice in updating information and developing documentation in an even better quality.</p>	
Keywords	Daily documentation, the quality of documentation, the quality of care

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Rakenteinen kirjaaminen	2
2.1.1	Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTal	4
2.1.2	Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL	6
2.1.3	Suomalainen hoidon tulosluokitus SHTuL	7
2.2	Sähköinen kirjaaminen	8
2.2.1	Hoidon tarve sähköisessä kirjaamisessa	9
2.2.2	Hoitotyön toiminto sähköisessä kirjaamisessa	10
2.2.3	Hoidon tulos ja yhteenveto sähköisessä kirjaamisessa	10
2.2.4	Hoitoisuus sähköisessä kirjaamisessa	11
2.3	Potilaslähtöinen kirjaaminen	11
2.4	Kirjaamiseen mahdollisuudet ja haasteet	12
2.5	Koulutuksen vaikutus kirjaamisen laatuun	16
3	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	18
4	Työn menetelmälliset lähtökohdat	19
4.1	Toimintaympäristö	19
4.2	Työn vaiheet, aineisto ja analyysi	20
5	Tulokset	22
5.1	Palaute kirjaamisen koulutusiltapäivistä	23
5.2	Hoitotyön kirjaamisen laatutaso	25
5.3	Kirjaamiseen liittyvät ongelmat	29
5.4	Koulutusiltapäivän vaikutus kirjaamiseen	30
5.5	Kirjaamisen vaikutus hoidon laatuun	31
6	Pohdinta	33
6.1	Työn tulosten pohdinta	33
6.2	Työn luotettavuus ja eettisyys	38
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	39
	Lähteet	41

Liitteet

Liite 1. Kirjaamisen arviointimittari

Liite 2. Kirjaamisen arviointilomake

Liite 3. Haastattelulomake kirjaamisen laadusta

Liite 4. Palautelomake kirjaamisen koulutusiltapäivistä

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen potilasasiakirjoista (298/2009) mukaan potilasasiakirjoihin merkitään ne tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot, joilla voidaan varmistaa potilaan hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. Potilaskertomus tulee laatia jatkuvaan muotoon ja aikajärjestyksessä eteneväksi. Osastohoidossa potilaskertomukseen on kirjattava potilaan tilan muutokset, hänelle tehdyt tutkimukset ja hänelle annettu hoito riittävän usein aikajärjestyksessä. Potilaan tilaan liittyvät huomiot, hoitotoimet ja vastaavat seikat on kirjattava päivittäin.

Hoidon kirjaamiselle tuo yhä suurempia vaatimuksia potilaiden sairauksien monimuotoisuus, lyhyemmät hoitoajat ja alati lisääntyvä tieto. Myös potilaiden halu osallistua päätöksentekoon, hoidon suunnitteluun ja itse hoitoon tuo haasteita. Siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen ja moniammatilliset toimintatavat tuovat omat haasteensa. Potilaat ovat usein myös hyvin tietoisia omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, joka taas lisää odotuksia sekä hoitajia kohtaan, että siihen, mitä ja miten potilaista ja heidän hoidostaan kirjataan. (Kärkkäinen 2007: 90.)

Hangon terveyskeskuksen vuodeosastolla päivittäiseen kirjaamiseen käytetään Mediat-ri-potilastietojärjestelmää. Sähköinen kirjaaminen on vuodeosastolla ollut käytössä lokakuusta 2014 lähtien. Kirjaaminen sähköisesti on kehittynyt hitaasti. Hyvä kirjaaminen vie aikaa ja joskus sen ajatellaan olevan potilaan hoidosta pois. Usein tärkeitäkin asioita jää kirjaamatta. Kirjaamisen tulisi olla sujuva ja luonteva osa hoitotyötä, jossa näkyy myös potilaan ääni.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida päivittäisen kirjaamisen nykytilan laatua ja koulutusiltapäivien vaikutusta kirjaamisen laadun paranemiseen. Tavoitteena oli kehittää potilaslähtöistä sähköistä hoitotyön kirjaamista Hangon terveyskeskuksen vuodeosastolla. Koulutusiltapäivien aineistoa voidaan hyödyntää myöhemmin uusien hoitajien perehdytyksessä ja hoitohenkilöstön kirjaamisen jatkokoulutuksessa.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Opinnäytetyön teoreettisina lähtökohtina käytettiin kirjallisuutta rakenteisesta kirjaamisesta, sähköisestä kirjaamisesta ja potilaslähtöisestä kirjaamisesta. Sähköiseen kirjaamiseen liittyvät tiiviisti rakenteisuus ja potilaslähtöisyys. Sähköisessä kirjaamisessa on tärkeää ymmärtää rakenteisuuden merkitys, joka perustuu potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Erilaisissa kirjaamiseen liittyvissä tutkimuksissa ja raporteissa käsiteltiin samanlaisia haasteita kuin mitä oli tämän opinnäytetyön lähtökohtana ja tutkimuksen perusteena. Opinnäytetyössä haluttiin tarkastella, voidaanko kirjaamisen koulutuksella vaikuttaa kirjaamisen laatuun.

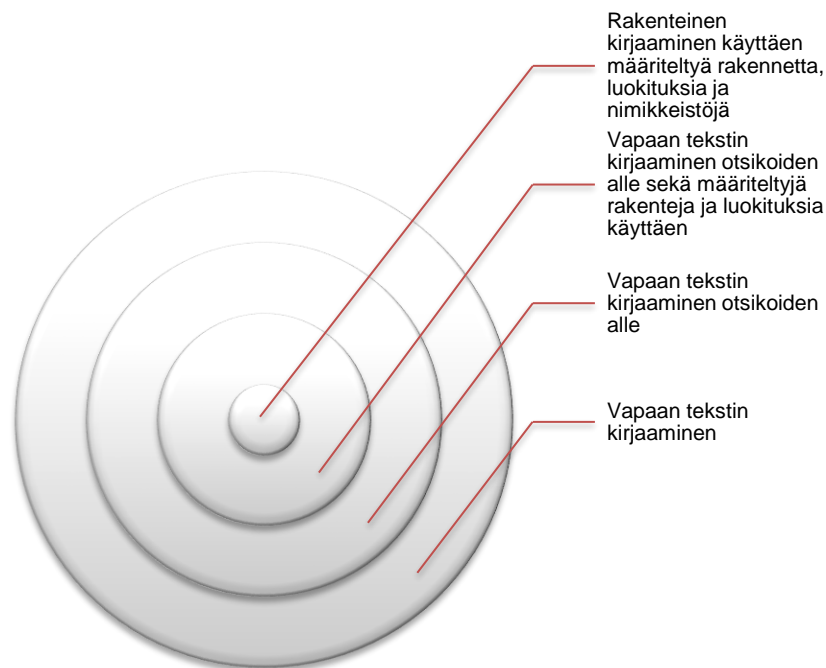
2.1 Rakenteinen kirjaaminen

Mediatrissa hoitotyön kirjaaminen perustuu suomalaiseen hoitotyön luokitukseen eli FinCC-luokitukseen (Mediconsult 2016). FinCC eli Finnish care classification koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tuloksen luokituksesta (SHTuL) (kuvio 1). Potilaan päivittäiseen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen käytetään tarve- ja toimintoluokitusta. Tuloluokituksella arvioidaan hoidon tulosta. 17 komponenttia muodostavat tarve- ja toimintoluokitusten hoitotyön sisältöalueet. Komponentit kuvaavat kaikista abstrakteinta kirjaamisen tasoa. Komponentit sisältävät useita pää- ja alaluokkia, joihin käytännössä kirjataan. (Liljamo - Kinnunen - Ensio 2012: 3.)



Kuvio 1. Mukailten: FinCC-luokituskokonaisuuden rakenne (versio 3.0) (Nykänen - Junttila 2012: 17).

Potilaskohtaisten tietojen tallentaminen ja esittäminen eri näkyminä edellyttää tietokannalta riittävää rakenteisuutta. Mitä rakenteisempaa tieto on, sitä helpompaa on sen jäsentäminen, analysoiminen ja automaattinen käsittely tietokoneella. (Mäkelä 2006: 69-71.) Rakenteisuus tekee potilastiedon kirjaamisesta helpompaa, parantaa tietojen hakemista ja auttaa potilaan hoidon seurannassa. Kirjaamisessa hyödynnetään yhteisiä koodistoja, luokituksia ja muita sovittuja rakenteita. Tiedon yhdenmukainen rakenteinen kirjaaminen parantaa potilastiedon laatua ja edistää tiedon löytymistä. Tiedon rakenteistamisesta voidaan erottaa eri rakenteistamisen asteita (kuvio 2). Valtakunnalliset yhteiset rakenteet mahdollistavat tiedon hyödyntämisen myös muissa terveydenhuollon yksiköissä. (Virkkunen - Mäkelä-Bengs - Vuokko 2015: 13-15.)



Kuvio 2. Mukailten: Rakenteisuuden asteet (Virkkunen ym. 2015: 13).

Rakenteistaminen hyödyttää sekä terveydenhuollon ammattilaista, että organisaatiota. Kun kirjaaminen on yhdenmukaista, myös tiedon haku ja sen käyttö ovat tehokkaampia. Aiemmin kirjattua tietoa voidaan käyttää myös muun muassa läheteissä, hoitopöytäkirjoissa ja hoitoilmoituksissa. Rakenteisuuden voidaan nähdä parantavan myös potilaan hoidon laatua, koska se ohjaa noudattamaan hoitosuosituksia. Rakenteinen tieto tukee hoidon jatkuvuutta, kun tieto on ajantasaista myös muissa potilasta hoitavissa organisaatioissa. Rakenteisuus vaikuttaa myös potilaan oikeusturvaan, kun tietojen

käyttöä pystytään seuraamaan. (Hyppönen – Vuokko - Doupi - Mäkelä-Bengs 2014: 27-28.)

Lisäksi rakenteisuudesta on välillistä hyötyä myös toisiokäytön kannalta. Kerran kirjattua tietoa voidaan hyödyntää erilaisissa käyttötarkoituksissa, kuten tutkimuksissa, järjestelmäkehittämisessä ja rekisteri- ja tilastotiedon keräämisessä. Rakenteinen tieto on hyödyllistä myös terveyden seurannassa ja edistämässä. Seuranta- ja tutkimustiedon perusteella voidaan edistää ihmisten yhdenvertaista hyvinvointia ja terveyttä sekä kaventaa terveyseroja väestö- ja potilasryhmien välillä. Rakenteista tietoa voidaan myös käyttää hyväksi muun muassa terveystiedon tuottamisessa esimerkiksi potilasohjeiden laatimisessa. (Hyppönen ym. 2014: 28.)

2.1.1 Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTal

Hoidon tarveluokituksessa on 17 komponenttia ja pää- ja alaluokkia yhteensä 238. Pää- ja alaluokat kuvaavat hoidon tarpeita. Määriteltäessä hoidon tarvetta komponentin alta valitaan pää- tai alaluokka ja kirjoitetaan siihen vapaata tekstiä. (Ahonen ym. 2012: 48.)

Ensimmäinen tarveluokituksen komponentti on aktiviteetti, joka kuvaa fyysistä toimintaa ja uni- ja valvetilan toimintoja. Aktiviteetin muutos voi olla esimerkiksi väsymystä tai aktiviteetin heikkenemistä sairauden vuoksi. Aktiviteetin muutos voi olla myös unihäiriöön liittyvä. (Liljamo ym. 2012: 25-26; FinCC, Suomalainen hoitotyön tarveluokitus.)

Erittämisen komponentti liittyy ruoansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon tai muuhun erittämiseen. Potilaan tarpeena voi olla esimerkiksi ulostamiseen tai virtsaamiseen liittyvä häiriö, pahoinvointi tai dreenerite. Selviytymisen komponentti liittyy potilaan tai hänen perheensä kykyyn selviytyä terveyteen, terveyden muutoksiin tai sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä ongelmista. (Liljamo ym. 2012: 26-27; FinCC, Suomalainen hoitotyön tarveluokitus.)

Nestetaspaino käsittää elimistön nestemäärään liittyviä tekijöitä. Potilaan nestetasapainon tarpeita ovat esimerkiksi jano, turvotus ja kuivuminen. Terveyskäyttäytyminen tarkoittaa terveellisten elintapojen noudattamista, hoitoon tai terveydentilan ylläpitämiseen sitoutumista, tarvetta terveyden säilyttämiseen ja hoitoon liittyvää päätöksentekoa. Potilaan ongelmina voi olla esimerkiksi päihteiden käyttö, liikunnan puute tai epä-

terveellinen ruokavalio. (Liljamo ym. 2012: 28-29; FinCC, Suomalainen hoitotyön tarveluokitus.)

Hoidon ja jatkohoidon koordinoinnissa kuvataan potilaan hoidon kannalta oleellista asiantuntijapalveluiden tarvetta, tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvää tarvetta, jatkohoidon tai jatkohoito-ohjeiden tarvetta sekä potilaan oikeuksiin liittyvää tiedon tarvetta. (Liljamo ym. 2012: 29-30; FinCC, Suomalainen hoitotyön tarveluokitus.)

Lääkehoito käsittää hoidon tarpeen, joka sisältää lääkkeiden oikean käytön, lääkehoidon oikean toteuttamisen tai lääkityksen oikean ja riittävän tiedon. Tähän komponenttiin liittyy muun muassa lääkeaineallergia, lääkekielteisyys ja avun tarve lääkkeiden jakamisessa. Ravitsemuksen komponentti liittyy ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen. Tarve voi ilmetä ruokahaluttomuutena, nielemisvaikeutena, imeytymishäiriönä, syömisvaikeutena tai aliravitsemuksena. Potilas voi myös tarvita lisäravinteita tai joitain ravintoaineita voidaan joutua rajoittamaan. (Liljamo ym. 2012: 30-31; FinCC, Suomalainen hoitotyön tarveluokitus.)

Hengityksen komponentti liittyy keuhkojen toimintaan. Hengityksen tarpeita voivat olla muun muassa hengenahdistus, hyperventilaatio, yskä, limaisuus tai jokin hengitykseen liittyvä tiedon tarve. Verenkiertoon kuuluu tarpeita, jotka ovat aiheutuneet verenkiertohäiriöistä tai kehon lämpötilan muutoksista. Aineenvaihdunnan komponenttiin kuuluvat eri syistä johtuvat aineenvaihdintahäiriöt ja immunologiset muutokset. (Liljamo ym. 2012: 31-33; FinCC, Suomalainen hoitotyön tarveluokitus.)

Turvallisuuteen liittyvät sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit. Tähän kuuluvat muun muassa turvattomuuden tunne, putoamisriski, kaatumisriski ja tarttuvan taudin kantajuus. Päivittäiset toiminnot käsittävät omatoimisuuteen liittyviä tekijöitä päivittäin toistuvassa hygienian hoidossa, pukeutumisessa, ruokailussa, liikkumisessa ja wc-toiminnoissa. (Liljamo ym. 2012: 33-34; FinCC, Suomalainen hoitotyön tarveluokitus.)

Psyykkisen tasapainon komponentissa tarve voi näkyä muun muassa potilaan ahdistuneisuutena tai harhaisuutena. Tähän komponenttiin kuuluvat esimerkiksi masentuneisuus, väkivaltaisuus, rauhattomuus, aistiharhat ja sekavuus. Aisti- ja neurologisten toimintojen komponentissa kuvataan aistitoimintojen muutosta, akuuttia ja kroonista kipua

ja neurologisiin muutoksiin liittyviä tarpeita. (Liljamo ym. 2012: 34-36; FinCC, Suomalainen hoitotyön tarveluokitus.)

Kudoseheyden komponentti liittyy limakalvojen, ihon tai ihonalaisten kudosten muutoksiin tai ongelmiin. Tällaisia voivat olla esimerkiksi ihottuma, kirurginen haava, painehaava tai silmien punoitus. Elämänkaari-komponentti käsittää ihmisen normaaliin kasvuun ja kehitykseen liittyviä hoidon tarpeita. (Liljamo ym. 2012: 36-38; FinCC, Suomalainen hoitotyön tarveluokitus.)

2.1.2 Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL

Hoitotyön toimintoluokituksessa on 17 komponenttia ja yhteensä 307 pää- ja alaluokkaa. Kirjattaessa hoitotyön suunniteltuja toimintoja, valitaan toimintoluokituksesta komponentin alta pää- tai alaluokka, jonka alle kirjoitetaan vapaata tekstiä määrittämään hoitotyön toimintoja tarkemmin. (Ahonen ym. 2012: 48.)

Toimintoluokituksen aktiiviteetti-komponentti käsittää toimintoja, joilla tuetaan ja autetaan fyysiseen toimintaan ja uni- ja valvetilaan liittyviä hoidon tarpeita. Tällaisia ovat muun muassa uni- tai valvetilan seuranta ja aktiiviteetin rajoittaminen. Erittämisen toiminnoilla potilasta tuetaan ja autetaan hoidon tarpeissa, jotka liittyvät ruoansulatukseen tai suoliston ja virtsateiden toimintaan. Tähän komponenttiin kuuluvat myös pahoinvoinnin hoito ja dialyysihoidon toteuttaminen. (Liljamo ym. 2012: 39-40; FinCC, Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus.)

Selviytyminen sisältää toimintoja, joilla tuetaan selviytymistä erilaisissa tilanteissa ja pyritään vahvistamaan potilaan omia voimavaroja. Nestetasapainon komponentti käsittää elimistön nestemäärään liittyviä tekijöitä. Tämän komponentin otsikoille kirjataan muun muassa nestetasapainon seuranta, turvotusten tarkkailua, suonensisäistä nesteytystä ja verivalmisteiden antamista. Terveyskäyttäytymisen komponentti käsittää terveyden edistämiseen liittyviä tekijöitä. Tähän komponenttiin kuuluvat muun muassa elintapojen seuranta, terveyttä edistävä ohjaus ja hoitoon sitoutumisen edistäminen. (Liljamo ym. 2012: 41-42; FinCC, Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus.)

Hoidon ja jatkohoidon koordinoinnin komponentissa suunnitellaan, ohjataan, koordinoidaan ja toteutetaan terveys- ja asiantuntijapalveluita. Tähän liittyvät muun muassa tutkimuksen, toimenpiteen tai näytteenoton suorittaminen, valmistaminen, ohjaus ja jatko-

hoidon suunnittelu. Lääkehoito käsittää lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä tekijöitä kuten lääkeinjektion antaminen, inhalaation antaminen ja lääkkeen antaminen tahdosta riippumatta. (Liljamo ym. 2012: 42-44; FinCC, Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus.)

Ravitsemuksessa seurataan, turvataan ja huolehditaan potilaan ravitsemukseen liittyvistä tekijöistä ja ohjataan potilasta ravitsemuksessa. Hengityksen komponentissa seurataan potilaan hengitystä, yskää, hengityseritteiden määrää ja laatua sekä ylläpidetään hengityksen ja keuhkojen toimintaa. Verenkiertoon liittyvillä toiminnoilla seurataan ja edistetään eri elinten verenkiertoa. Myös kehon lämpötasapainosta huolehditaan verenkierron hoitotyön toiminnoilla. (Liljamo ym. 2012: 44-47; FinCC, Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus.)

Aineenvaihdunnan komponentissa seurataan, tarkkaillaan ja hoidetaan aineenvaihdunnallisia, hormonaalisia ja immunologisia muutoksia. Turvallisuuden toimintojen avulla pyritään lisäämään ja huolehtimaan potilaan turvallisuudesta. Päivittäiset toiminnot –komponentti käsittää huolehtimista, tukemista ja avustamista potilaan omatoimisessa selviytymisessä päivittäisistä toiminnoista. Psykkisen tasapainon komponentissa seurataan potilaan psyykkistä tilaa ja mielialaa ja autetaan saavuttamaan psyykinen tasapaino. (Liljamo ym. 2012: 47-50; FinCC, Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus.)

Aisti- ja neurologiset toiminnot –komponenttiin kuuluvat eri aisteihin liittyvien muutosten huomiointi ja niihin liittyvä ohjaus. Tässä komponentissa myös seurataan ja hoidetaan potilaan kipua ja seurataan tajunnantasoja ja neurologisia oireita. Kudoseheyden komponentissa seurataan ja hoidetaan potilaan ihon ja limakalvojen kuntoa. Elämänkaari-komponentissa hoitotyön toiminnot liittyvät elämän vaiheiden terveystilanteisiin ja kuolevan potilaan hoitoon. (Liljamo ym. 2012: 50-53; FinCC, Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus.)

2.1.3 Suomalainen hoidon tulosluokitus SHTuL

Hoidon tulosluokituksessa käytetään kolmea tarkennettua luokkaa, jotka ovat parantunut, ennallaan ja huonontunut. Luokkiin voidaan lisätä vapaata tekstiä. Tulos tarkoittaa potilaan tilassa tapahtunutta muutosta suhteutettuna tarpeeseen ja toteutuneeseen hoitoon. (Liljamo ym. 2012: 54.) Esimerkkinä hoidon tuloksesta hengityksen kom-

ponentista pääluokkana hengitysvajaus ja alaluokkana hengenahdistus: Hengenahdistusta edelleen. Tilanne: ennallaan.

2.2 Sähköinen kirjaaminen

Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa ajantasaisen tiedon hyödyntämisen samaan aikaan useassa eri paikassa. Potilastieto on myös helpommin haettavissa ja luettavampaa kuin paperisessa potilaskertomuksessa. Sähköinen kertomus koostuu aikajärjestyksessä etenevästä tiedosta. (Ahonen ym. 2012: 44-45.)

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) pyritään takaamaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Potilastietojärjestelmien ja potilasasiakirjojen tietorakenteiden tulee olla sellaisia, että valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla mahdollistetaan sähköisten potilasasiakirjojen käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja suojaaminen.

Kanta eli Potilastiedon arkisto mahdollistaa sähköisten potilastietojen säilyttämisen ja tietojen välittämisen terveydenhuollon organisaatioiden kesken. Tieto arkistoidaan teknisesti yhtenevässä muodossa, jolloin tietoja on mahdollista siirtää hoitoyksiköstä toiseen. Potilas itse voi suostumusten ja kieltojen avulla vaikuttaa siihen, miten hänen potilastietojaan hyödynnetään. Omakanta-palvelussa potilas voi katsella omia tietojaan. (Kanta. 2016).

Kanta ohjaa sähköisten potilaskertomusten ja muiden samankaltaisten ohjelmien kehitystä. Kanta-arkiston tehtävänä on muodostaa vähittäisvaatimukset paikallisten järjestelmien tietojen organisoinnista, potilaskertomustiedon tietosisällön jäsentämisestä yhteneviksi asiakirjoiksi ja tietojen siirtämisestä ja hakemisesta kanta-arkistosta. Tämän valtakunnallisen rakenteen turvaamiseksi on paikallisissa potilastietojärjestelmissä oltava käytössä valtakunnallisesti sovitut rakenteiset ydintiedot. Ydintietoihin kuuluvat yhteisesti hyväksytyt käsitteet, termit, luokitukset ja koodistot. (Nykänen - Juntila 2012: 12.)

Sähköisessä potilaskertomuksessa ydintiedot ovat olennaisia potilaan sekä terveydenettä sairaanhoidon tietoja. Hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto ovat ydintietoja, joiden mukaisesti sähköisen potilaskertomuksen hoitotyön prosessi etenee. (Ahonen ym. 2012: 46; Liljamo ym. 2012: 14.) Pääasiallinen

hoidon sisältö kuvataan ydintietojen avulla ja ne mahdollistavat hoitotyön kannalta merkittävien tietojen tallentamisen sekä niiden uudelleen hyödyntämisen (Saranto ym. 2008: 96). Ydintietojen tarkoituksena on terveys- ja sairaushistorian kokonaiskuvan luominen sisältäen myös siihen liittyvän hoidon ja ohjauksen. Ydintiedot muodostuvat hoitojakson tai käynnin aikana, ollen osa potilaan terveys- ja potilaskertomusta. (Häyri- nen – Porrasmaa - Komulainen - Hartikainen 2004: 35.)

Sähköinen kirjaaminen ja tekstin järjestäminen ydintietojen mukaisesti auttaa tietojen hakemisessa, siirrossa ja päätöksenteon tuen käytössä. Edellytyksenä on kuitenkin kirjaamisen kehittäminen ja jatkuva laaduntarkkailu. Päätösten tekeminen hoitotyössä on oltava näkyvillä myös kirjaamisessa. Myös se, miten ja miksi päätökset tehtiin ja miten ne ovat vaikuttaneet, on esiinnyttävä kirjauksissa. Lisäksi eri ratkaisuja tukevat perusteet on selvittävä kirjauksissa. Sähköinen kirjaaminen luo hoitajille mahdollisuuden tuoda päätöksenteko näkyvämmäksi ja yhdenmukaisemmaksi hoitotyön kirjaami- sen näkökulmasta. Vain kirjaukset ja muut potilaaseen liittyvät tiedot mahdollistavat hoitajien päätöksenteon tarkastelemisen jälkikäteen. Sähköinen kirjausten muoto kui- tenkin helpottaa tätä prosessin tarkastelua. (Lundgrén-Laine – Salanterä 2007: 30-32.)

2.2.1 Hoidon tarve sähköisessä kirjaamisessa

Hoidon tarpeessa hoitaja kuvaa potilaan terveydentilaa ja siihen liittyviä ongelmia tai mahdollisia tulevia ongelmia, joita hoitotoimien avulla voidaan helpottaa tai poistaa. Hoitotyön tarpeen määrittäminen tehdään ongelmien kartoittamisella. Hoidon kannalta oleel- liset tiedot kirjataan hoitokertomukseen. (Iivanainen - Syväoja 2009: 651-652; Liljamo ym. 2012: 14.)

Hyvän hoidon perustana on tarpeiden määrittäminen mahdollisimman varhaisessa vaihees- sa, vaikka tarpeet voivatkin muuttua hoidon aikana. Tarpeiden määrittelyssä tärkeää on myös huomioida potilaan oma näkökulma hoitajan näkökulman rinnalla. Hoidon tarpei- den kirjaamiseen käytetään hoidon tarveluokitusta. Komponentti ja sen pää- tai ala- luokka valitaan tarpeen perusteella. Vapaa teksti hoidon tarpeesta kirjataan pää- tai alaluokkaan. (Ahonen ym. 2012: 52.)

2.2.2 Hoitotyön toiminto sähköisessä kirjaamisessa

Hoitotyön toiminto on kuvaus potilaan hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta. Hoidon kannalta oleelliset tiedot kirjataan potilaskertomukseen. Hoitotyön toiminnan perustana ovat hoitajan tiedot ja taidot ja myös potilaan tai omaisen tiedot ja näkemykset. Hoitotyön toiminnoilla on tarkoitus vastata potilaan hoidon tarpeeseen. Merkittävimpien Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen hoitotyön auttamismenetelmien avulla hoidetaan, autetaan, ohjataan, avustetaan ja tuetaan, seurataan ja tarkkaillaan potilaan tilaa ja oireita, toteutetaan, suoritetaan sekä järjestetään erilaisia asioita ja välineitä. (Liljamo ym. 2012: 14-15.)

Suunnitellut toiminnot on kirjattava niin selkeästi, että jokainen hoitaja osaa hoitaa tai ohjata potilasta samalla tavalla. Suunnitelma tukee potilaan hoidon järjestelmällisyyttä. Kun suunnitellut toiminnot on järjestelmällisesti kuvattu, voidaan hoitoa arvioida aidosti. Suunnitelluissa toiminnoissa käytetään hoitotyön toiminto -luokitusta jäsentämään hoidon suunnittelua. Toimintojen kirjaus tehdään aihealueen komponentin pää- tai alaluokkiin liittyen. Kuitenkaan hoitotyön toimintojen pää- ja alaluokkien ei tarvitse olla hoitotyön tarpeen kanssa samaa komponentin aluetta. Komponenttien ristiinkäytössä voidaan esimerkiksi kirjata potilaan kipu tarpeena aistitoimintojen komponenttiin ja toimintona suun kautta otettava lääke lääkehoidon komponenttiin. (Ahonen ym. 2012: 54-55.)

Hoidon toteutuminen perustuu suunniteltuihin toimintoihin, joiden taustana ovat potilaan tarpeet ja asetetut hoidon tavoitteet. Tarpeet ja tavoitteet ohjaavat huomioiden kuvailua ja potilaan omaa kokemusta voinnistaan. Huolellinen potilaan voinnin kirjaaminen on turvallisen hoitotyön kannalta tärkeää. Oleellista ei ole hoitajan tekemisen dokumentointi, vaan potilaan voinnin kuvaaminen, joka kertoo hoitotyön merkityksen. (Ahonen ym. 2012: 55-56.)

2.2.3 Hoidon tulos ja yhteenveto sähköisessä kirjaamisessa

Hoitotyön kirjaamisessa tärkeää on potilaan oman kokemuksen ja hoidon vaikutusten seuranta. Hoidon tuloluokituksessa kuvataan potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset. Tuloluokkia on kolme, tulos ennallaan, tulos huonontunut ja tulos parantunut. Tuloluokan alle kirjataan arviota potilaan voinnista suhteutettuna tarpeeseen ja asetettuun tavoitteeseen. (Ahonen ym. 2012: 48-57; Liljamo ym. 2012: 18.)

Hoitotyön yhteenveto koostuu potilaan senhetkisestä tilasta, jota verrataan tulotilanteeseen. Yhteenvedossa tulevat esille hoidon kannalta oleelliset tarpeet ja tavoitteet, miten niihin vastattiin hoitotyön toimintojen avulla ja millaisiin tuloksiin päästiin. Yhteenveto kootaan hoitotyön kannalta keskeisistä ydintiedoista. Yhteenveto kuuluu koko palvelutapahtuman yhteenvetoon ja sitä voidaan käyttää hyväksi muun muassa potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. (Ahonen ym. 2012: 48-57; Liljamo ym. 2012: 18.) Hyvä päivittäinen kirjaaminen on edellytyksenä hyvän yhteenvedon laatimiselle (Saranto ym. 2008: 114).

2.2.4 Hoitoisuus sähköisessä kirjaamisessa

Hoitoisuuden arviointi kuuluu hoitoprosessiin ja on yksi hoitotyön ydintiedoista. Potilaan hoitoisuutta arvioidaan tarve- ja toimintoluokituksen avulla kirjatun suunnitelman ja toteutuksen pohjalta. Hoitoisuudella kuvataan potilaan yksilöllisiä tarpeita vastaava toteutunut hoitajan työpanos ja potilaan riippuvuutta siitä. (Ahonen ym. 2012: 49.)

Hoitoisuuden arviointia voidaan käyttää selvittäessä hoitotyön kustannuksia ja määriteltäessä henkilöstön mitoitusta. Sen avulla voidaan arvioida hoidon laatua määrittelemällä eri potilasryhmien tarvitsemaa hoidon määrää ja vaativuutta. Hoitoisuuden arviointi tehdään hoitoisuusluokituksen tai hoitoisuusluokitusmittarin avulla. Luokituksella voidaan arvioida hoidon tuottamisessa tarvittavan hoitohenkilöstön määrää. Mittaus tehdään yleensä kerran vuorokaudessa ja se mittaa annettua hoitoa ja hoitajan työpanosta, mutta ei suoraan potilaan hoidon tarvetta. (Saranto ym. 2008: 124-125.)

2.3 Potilaslähtöinen kirjaaminen

Perinteinen tapa kirjata potilaan kokemukset ja näkemykset omasta hoidosta on ollut vapaamuotoinen teksti hoitajan tulkintana potilaan voinnista. Kirjaaminen on heijastanut enemmän hoitajan käsityksiä hoidosta sekä hänen tunnistamien ongelmien ja tehtyjen toimenpiteiden kuvaamista kuin potilaan omaa näkemystä voinnista ja hoidosta. Kirjattu tieto ei aina vastaakaan todellista tilannetta tai potilaan hoidon tarvetta. Esimerkiksi potilaan kipu voi jäädä kirjaamatta tai se on kuvannut hoitajan käsitystä potilaan kivusta. Kun potilaan mielipidettä ei kysytä, saatetaan potilaasta kirjata jopa virheellisiä tietoja. Jos taas kirjataan vain potilaan fyysistä ja lääketieteellistä hoitoa, voi hoitotyön

sisällöstä syntyä yksipuolinen kuva. Kirjaamatta jätetyllä tiedolla voi olla vaikutus muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten tekemiin ratkaisuihin. (Kärkkäinen 2007: 90-91.)

Potilas voi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Terveystieteidenhuollossa käytetään käsitteitä asiakaslähtöisyys ja potilaslähtöisyys synonyymeinä. Potilaslähtöisen hoitotyön perustana on tieto potilaan tarpeista, toiveista, odotuksista ja omasta kokemuksesta. Toiminnan suunnittelussa tärkeimpänä ei pidetä hoitajien tai organisaation näkökulmaa vaan potilaslähtöisessä ajattelussa ja toimintatavassa lähtökohtana on potilaan ja hänen omaistensa tarpeisiin vastaaminen. (Sarajarvi - Mattila - Rekola 2011: 68-70.)

Hoidon sisällön lisäksi ovat potilaan omat näkemykset ja kokemukset tuotava potilaslähtöisessä kirjaamisessa mahdollisimman kattavasti esille. Kirjaamisessa oleellista on sen perustuminen potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Potilaan oikeutena on hänen tärkeinä pitämien asioiden sekä hoidon toiveiden kirjatuksi saaminen. Aina mahdollisuuksien mukaan olisi kirjaamisen tapahduttava yhteistyössä potilaan kanssa ja hänen vierellään. Näin hoitajan arvion lisäksi saadaan näkyviin potilaan oma arvio hoidosta, joka rikastuttaa hoitamisen sisällöstä saatua kuvaa. Kun kirjaaminen ei ole erillinen toiminto kansliassa työvuoron päätteeksi, vaan tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa, tuo se kirjaamisen sisältöön monipuolisuutta. (Kärkkäinen 2007: 89-91.)

2.4 Kirjaamiseen mahdollisuudet ja haasteet

Suomessa on terveydenhuollon tietojärjestelmiä käytetty 1960-luvulta lähtien ja sähköinen potilaskertomus otettiin käyttöön vuonna 1982. Jotta tietojärjestelmistä saataisiin mahdollisimman suuri hyöty, on hoitajien osattava hyödyntää järjestelmiä ja muokuttaa työtapansa niiden mukaiseksi. Hoitajien epäilevät asenteet ja tietokoneiden käyttöön liittyvät ongelmat voivat kuitenkin olla sähköisen kirjaamisen esteenä. (Kuusisto - Saloniemi 2010: 12.)

Suurimmassa osassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteistä käytetään tietotekniikkaa. Tietotekniset taidot voivat kuitenkin olla puutteellisia ja siksi koulutusten on todettu olevan tarpeellisia. Asenteita on vaikea muuttaa. Tyytyväisyys käytössä olevaan tietojärjestelmään motivoi ja tuo myönteistä suhtautumista. Samoin luottamus siihen, että

järjestelmä on parempi kuin muut. Myönteiseen asennoitumiseen vaikuttavat koulutus ja riittävät tukipalvelut. (Kuusisto - Saloniemi 2010: 13.)

Paperikirjaamiseen verrattuna sähköinen järjestelmä mahdollistaa potilaan hoidon kannalta tarkemman kirjauksen. Sähköinen dokumentointi parantaa kirjaamisen laatua ja mahdollistaa näin turvallisemman hoidon. Järjestelmän avulla on myös pystytty karsimaan päällekkäisiä tutkimuksia. Joskus sähköinen kirjaaminen on kuitenkin koettu aikaa vieväksi, sekoittavaksi, turhauttavaksi, kiusalliseksi ja jopa hermostuttavaksi, joskus myös tietojen tallennus ongelmalliseksi. Sähköisen järjestelmän voidaan kokea vähentävän ajankäyttöä potilastyössä. (Kuusisto - Saloniemi 2010: 13.)

Hoitajat ovat usein todenneet ajanpuutteen olevan kirjaamisen kehittämisen esteenä. He ovat arvioineet käyttävänsä tietojenkäsittelyyn 30-70 % työajasta. Hoitotietojen kirjaamiseen käytettyä todellista aikaa on kuitenkin tutkittu vain vähän. Hyvällä työtehtävien suunnittelulla voidaan ajankäyttöön vaikuttaa niin, että kirjaamista pystytään tekemään joustavasti ja mahdollisimman rauhassa. (Saranto – Ensio – Tanttu – Sonninen 2008: 190.) Sähköinen dokumentointi on kuitenkin vähentänyt suullista tiedottamista sekä helpottanut lääkärin käytännön työtä ja tiedonhankintaa (Kuusisto - Saloniemi 2010: 13).

Kuusiston ja Saloniemen (2010: 13-18) tutkimuksen mukaan sähköisen kirjaamisen haittoina koettiin muun muassa tietokoneiden puute ja hitaus sekä järjestelmän käytön epävarmuudet. Ongelmia voi olla myös päätteelle pääsyssä ja salasanojen, järjestelmän ja ohjelmien käytössä. Työntekoa vaikeuttaa ja hidastaa myös järjestelmien jäykkä toiminta. Sähköisen kirjaamisen etuna nähtiinkin enemmän potilaan saama laadukas hoito kuin sen hyöty hoitotyössä. Sähköinen kirjaaminen ei saa olla potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen vuorovaikutuksen esteenä. Hoitotyön tehokkuuden kannalta on myös olennaista se, että lääkärit tallentavat määräyksensä suoraan järjestelmään ilman, että hoitaja kirjaa määräykset ensin paperille ja siitä myöhemmin järjestelmään.

Kuusiston ja Saloniemen (2010: 18) mukaan sähköisen kirjaamisen tehokkaan käytön esteiksi osoittautuivat tietokoneisiin liittyvät asiat. Tietokoneiden vähyyks tuli esiin etenkin niitä useimmiten käyttäviltä eli välittömässä hoitotyössä olevilta. Ajanmukaisten tietokoneiden riittävyys koettiin olevan edellytyksenä sujuvalle sähköiselle kirjaamiselle. Sarannon ym. (2008: 190) mukaan monissa kehittämishankkeissa onkin kritisoi-

tu tietokoneiden pientä määrää, erityisesti vuodeosastoilla. Kirjaamisen kehittämisessä ei kuitenkaan ole todettu olevan esteenä koneiden vähyyks. Päivittäiset potilastiedot on pystytty kirjaamaan joustavasti pienelläkin tietokonemäärällä.

Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportin mukaan erilaisissa kehittämisprojekteissa on tuotettu hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli, jonka perusteella hoidon merkintöjen yhtenäinen käyttö suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa ja sen jakaminen moniammatillisesti on mahdollista. Hoitotyön rakenteisessa kirjaamismallissa kirjaaminen tehdään sähköisesti hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaan ja FinCC-luokitusta käyttämällä. (Nykänen - Juntila 2012: 4.)

Vaikka kehittämistyötä on tehty paljon, on Suomessa edelleen monia tapoja kirjata. Erityisesti lääkäreiden mielestä FinCC-luokitukset ovat epäkäytännöllisiä ja joidenkin hoitajienkin mielestä kirjaamistapa on haastavaa. Useiden koulutusten tarkoituksena onkin ollut kehittää kirjaamismallia tukemaan potilaan hoidon kirjaamista erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä. (Nykänen - Juntila 2012: 4.)

Myös THL:n raportin (Hyppönen ym. 2014: 60) mukaan muutoskehitys paperisesta kirjaamisesta sähköiseen luokitusten avulla kirjaamiseen on ollut käynnissä jo vuosikymmeniä. Vakioidun termistön käyttäminen hyödyttää päivittäisen hoitoprosessin eteenpäin viemistä ja tiedon uudelleenkäyttöä. Rakenteisuus edistää hoidon jatkuvuutta ja näin myös parantaa potilasturvallisuutta. Hoitajien asenteet vakioituun termistöön ovat olleet enimmäkseen positiivisia, mutta termistön hyödyntämiseen tarvitaan edelleen sekä koulutusta että johdon tukea.

Nykänen, Viitasen ja Kuusiston käytettävyydestutkimuksen (2010: 56) mukaan eri toimintaympäristössä työskentelevillä hoitajilla on erilaisia kirjaamiseen liittyviä tarpeita. Vuodeosastotoiminnalle tyypillisiä piirteitä ovat sekä lyhyet että pitkät hoitajakset ja potilaan osastolle tullessa tehty suunnitelma. Suunnitelmaan kirjataan tulotilanteen jälkeen toteutusta ja arviointia. Hyvä suunnitelma auttaa kirjaamaan myös myöhemmin ja suunnitelma muuttuu hoitajakson edetessä. Tyypillistä vuodeosastolla on myös se, että vuoron alussa luetaan aikaisemmat kirjaukset. Tarkoituksena on reaaliaikainen kirjaaminen myös vuoron aikana, mutta usein kirjaukset tehdään vasta vuoron lopuksi. Mobiilikirjaamista hyödynnetään vielä vähän. Jos hoitajakso on pitkä eikä potilaan kohdalla tapahdu suuriakaan muutoksia, voidaan kirjaus kokea teennäiseksi.

Tiedon välitys eri vuoroissa työskenteleville hoitajille hoidetaan usein hiljaisella raportilla. Olennaista on viimeisimmän tiedon välittäminen. Myös hoitajien ja lääkäreiden välinen tiedonkulku on tärkeää. Kirjaus itsessään on välttämätöntä sekä hoitajan oikeusturvan, että potilaan hoidon kannalta. (Nykänen ym. 2010: 56.)

Kokemusten mukaan hoitotyön prosessimalliin perustuvalla kirjaamisella hoito on suunnitelmallisempaa, se on parantanut kirjaamisen sisältöä ja myös hoitotyö itsessään on saatu näkyvämmäksi. Hyvän kirjaamisen myötä myös hoidon laatua on voitu parantaa. Arviointia tehdään kuitenkin vähän ja hoitajat keskittyvät enemmän toteutuksen kirjaamiseen. Kun kirjaamiseen on aikaa ja se myös osataan tehdä hyvin, voidaan tiedon saantia parantaa ja tiedon välitystä hyödyntää sekä hiljaisen raportoinnin suhteen, että potilaan siirrossa toiselle osastolle. (Nykänen ym. 2010: 57.)

Hoitotyön dokumentointi perustuu potilaan hyvään hoitoon ja kirjaaminen on koettu tärkeäksi työkaluksi hoitajien ja potilaiden väliseen kommunikaatioon. Kuitenkin useiden tutkimusten (Heartfield 1996, Griffiths 1998, Mason 1999, Kärkkäinen – Eriksson 2003, Törnvall – Wilhelmsson – Wahren 2004, Voutilainen – Isola – Muurinen 2004) mukaan käsinkirjoitetut hoitotyön tekstit ovat käsittäneet enemmän fyysisiä tarpeita ja ongelmia sekä lääketieteellistä tarkkailua kuin hoitotyötä. Muun muassa potilaiden omien näkemysten ja kokemusten, psyykkisen tilan ja kivun arvioinnin kirjaukset ovat olleet joko vaillinaisia tai ne ovat jääneet kirjaamatta kokonaan. (Laitinen - Kaunonen - Åstedt-Kurki 2009: 489.)

Terveydenhuollossa on sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö laaja-alaista. Sen kehittämiseen on käytetty paljon aikaa ja vaivaa myöskin siksi, että sen on katsottu parantavan laadukasta potilaslähtöistä kirjaamista. Sähköisen potilastietojärjestelmän suurin etu on välitön pääsy potilastietoihin. Se myös mahdollistaa potilaan viiveettömän, tehokkaan ja turvallisen hoidon. Kuitenkin sähköinen järjestelmä koetaan usein hankalaksi ja aikaa vieväksi. Sen on koettu rajoittavan hoitajien läsnäoloa potilaiden luona ja kasvattavan hoitajien etäisyyttä potilaista. Koska sähköinen kirjaaminen on koettu mahdottomaksi toteuttaa potilaan vierellä, kirjaamista tehdään paljon ensin paperille, josta muistiinpanot siirretään myöhemmin sähköiseen muotoon. (Laitinen ym. 2009: 490.)

Sähköistä kirjaamista ja sen teknistä toteutusta paranneltaessa on kehitetty myös rakenteisen kirjaamisen sisältöä. Tutkimusten (Dochterman ym. 2005, Smith – Smith –

Krugman – Oman 2005, Helleso 2006) mukaan sähköinen rakenteinen kirjaamismalli tarkentaa kirjaamista ja selventää ja parantaa potilaan yksilöllistä hoitoa. Yhtenäinen tieto auttaa hoitajia tiedon siirrossa, joka on hyödyllistä myös potilaille. Kuitenkin sähköinen kirjaaminen, erityisesti potilaslähtöinen tieto, voi olla myös puutteellista. Varsinkin kokonaisvaltainen näkemys potilaasta puuttuu usein. Kirjaamisessa lääketieteellisyys on usein hallitsevampaa kuin hoitotyön asema. (Laitinen ym. 2009: 490.)

Sähköinen kirjaamisjärjestelmä on parantanut potilaslähtöistä kirjaamista, mutta se on tuonut myös useita pettymyksiä. Laadukkaalla hoitotyön tutkimuksella voidaan hoitotyötä ja sen sähköistä kirjaamista ymmärtää paremmin. Yksi monista kirjaamisen tarkoituksista on taata hoitotyön laatu ja tehokkuus. Potilaan näkemykset, toiveet ja tarpeet tehdään näkyviksi hyvällä kirjaamisella. Näin saadaan selville myös se, miten potilaat haluavat tulla hoidetuiksi. Potilaan osallistumisella parannetaan myös tiedon laatua. (Laitinen ym. 2009: 490.)

Laadukas hoitotyön tutkimus on merkityksellistä tietojärjestelmien kehityksessä ja testaamisessa. Kuitenkin laadukkaat tietojärjestelmien tutkimukset ovat harvoin keskittyneet potilaaseen. Siksi sähköinen kirjaamisjärjestelmä tarvitseekin enemmän tutkimusta. (Laitinen ym. 2009: 490.)

2.5 Koulutuksen vaikutus kirjaamisen laatuun

Kirjaamista on mahdollista parantaa koulutuksella, joka sisältää hoitoprosessin hallintaa, potilaan saamaa ohjausta ja neuvontaa ja hoitajan tekemää päätöksentekoa. Hoitajat tarvitsevat usein konkreettista opastusta tarpeen määrittämisestä, tavoitteen ja suunniteltujen toimintojen välisestä erosta sekä potilaan saaman ohjauksen ja neuvonnan kirjaamisesta. Kirjauksen kohteeksi on saatava potilas ja hänen voinnissaan tapahtuneet muutokset. (Mäkilä 2007: 40.)

Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä –kehittämisprojekti toteutettiin Kainuussa vuosina 2006-2007 ja sen tarkoituksena oli ohjata, tukea ja auttaa hoitajia siirtymään strukturoituun kirjaamiseen. Projekti toteutettiin pilotoinnin avulla ja siihen kuului hoitotyön rakenteisen kirjaamisen koulutus. (Härkönen 2008.)

Systemaattinen luokittelu tukee hoitotyön prosessia, sen avulla voidaan parantaa kirjaamisen laatua ja tulkita ja arvioida toimintaa. Hoitotyössä kirjaamisen tason säilyttä-

miseksi tarvitaan suunnitelmallista kehittämistä, koulutusta ja tukea. Koulutuksen lähtökohtana oli hoitotyön kirjaaminen päätöksentekoprosessin mukaisesti. (Härkönen 2008.)

Koulutuksessa korostettiin hoitotyön tarpeen määrittämisen tärkeyttä. Tarve muodostaa hoitotyön muille vaiheille perustan. Potilaskeskeisten, yksityiskohtaisten, mitattavien, realististen, aikaan sidottujen ja hoitotyön keinoin saavutettavissa olevien tavoitteiden tarkoituksena on ilmaista se, mihin hoidossa pyritään. Koulutuksessa korostettiin myös arvioinnin tärkeyttä ja läpikäytiin rakenteisen tiedon merkitystä. (Härkönen 2008.)

Koulutus sisälsi sekä teoriakoulutusta että potilasesimerkkien avulla harjoittelua. Koulutuksen tuloksena todettiin muun muassa, että taitojen lisääntyessä kirjaamisesta on tullut selkeämpää, kirjaaminen on nopeutunut ja sen laatu tullut paremmaksi. Sähköiseen strukturoituun kirjaamiseen siirtymisen myötä on voitu myös siirtyä hiljaiseen raportointiin. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen parantui koulutuksen myötä, vaikkakin koulutusta ja kirjaamisen hiontaa tarvitaan jatkossakin. (Härkönen 2008.)

Nurmela (2016: 15-16) Pro gradu -tutkielmassa suunniteltiin ja toteutettiin koulutusinterventio monivaiheisena koulutuksena yhden keskussairaalan viidellä osastolla rakenteisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi. Tutkimuksessa arvioitiin rakenteisen kirjaamisen nykytilaa ja koulutusintervention vaikutusta rakenteisen kirjaamisen laatuun. Koulutusinterventioon kuului neljä osa-aluetta, jotka koostuivat yksiköille suunnatusta asiantuntijan pitämästä osastotunnista, henkilöstölle suunnatusta asiantuntijakoulutuksesta, osastonhoitajille ja kirjaamisvastaaville suunnatusta asiantuntijakoulutuksesta ja yksiköiden omista osastotunneista.

Tutkimus analysoitiin Kailan ja Kuivalaisen kehittämällä strukturoidulla hoitotyön kirjaamisen arviointilomakkeella, joka sisälsi 15 rakenteisen kirjaamisen osiota ja kolme osa-aluetta. Osa-alueina olivat minimilaatutaso, tavoitteellinen kirjaaminen ja yksilöllinen kirjaaminen. Koulutusintervention jälkeen sairaalan viidestä tutkimukseen osallistuneista osastoista kirjaamisen minimilaatutaso parani neljällä osastolla ja pysyi samana yhdellä osastolla. Tavoitteellinen kirjaaminen parani koulutusintervention jälkeen kolmella osastolla, yhdellä osastolla taso pysyi samana ja yhdellä osastolla tavoitteellinen kirjaaminen väheni. Koulutusinterventio vaikutti positiivisesti yksilöllisen kirjaamisen paranemiseen yhdellä osastolla ja neljällä osastolla yksilöllisen kirjaamisen taso pysyi samana. Kokonaislaatu taso muodostui minimilaatutasosta, tavoitteellisesta kir-

jaamisesta ja yksilöllisestä kirjaamisesta. Koulutusinterventio paransi kokonaislaatu-
soa neljällä osastolla heikosta hyvälle tasolle ja yhdellä osastolla kokonaislaatu-
taso pysyi samana. (Nurmela 2016: 19-35.)

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen koulutuksella pystyttiin kirjaamisen laatua paranta-
maan. Tutkimuksessa todettiin, että hoitajille on tärkeää järjestää rakenteisen kirjaami-
sen koulutusta toistuvasti. Koulutuksen jälkeen kirjaaminen osoittautui paremmaksi
kaikilla tutkituilla osa-alueilla, joita olivat minimilaatutaso, tavoitteellinen kirjaaminen ja
yksilöllinen kirjaaminen. (Nurmela 2016: 42, 48.)

THL:n raportin (Hyppönen ym. 2014: 123) mukaan rakenteisen kirjaamisen yhdenmu-
kaista käyttöä haittaa koulutuksen puute ja johdon puutteellinen tuki toiminnan muutok-
sessa. Hyvälle rakenteiselle kirjaamiselle onkin edellytyksenä riittävä koulutus ja joh-
don tuki. Suosituksen mukaan vakiintuneiden rakenteiden käyttö tulisi huomioida jo
terveydenhuollon ammattikoulutuksen yhteydessä.

3 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida päivittäisen kirjaamisen laatua ja kirjaamisen
koulutuksen vaikutusta siihen. Kirjaamisen laadun arviointiin käytettiin Kailan ja Kuiva-
laisen Suomessa kehittämää hoitotyön kirjaamisen arviointimittaria (liite 1) ja kirjaa-
misen arviointilomaketta (liite 2) mukailten (Kaila 2014). Opinnäytetyön tavoitteena oli
koulutuspäivien avulla kehittää sähköistä rakenteista kirjaamista entistä potilaslähtöi-
sempään suuntaan, jossa huomioidaan enemmän muun muassa ohjausta, neuvontaa,
tukemista ja potilaan omaa kokemusta. Tavoitteena oli myös parantaa tarpeiden ja
tavoitteiden kirjaamista, otsikoiden oikeanlaista ja yhtenäistä käyttöä ja rakenteisuuden
ymmärtämistä. Laadukkaammalla kirjaamisella voidaan parantaa myös hoidon laatua
ja selkeyttää hoidon jatkuvuutta. Tavoitteena oli kirjaamisen laadun parantaminen ja
sellaisen tiedon tuottaminen, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyön rakenteis-
ta kirjaamista.

Opinnäytetyössä keskityttiin päivittäisen kirjaamisen laatuun. Rajauksen ulkopuolelle
jätettiin potilaan sisään kirjaus HILMO-järjestelmään, tulotilanteen kirjaus ja hoitotyön
yhteenveto.

Tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Millainen on päivittäiskirjaamisen laatu vuodeosastolla?
2. Miten koulutus vaikuttaa päivittäiskirjaamisen laatuun vuodeosastolla?

4 Työn menetelmälliset lähtökohdat

Työ toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä, jossa hyödynnettiin toiminnallisia menetelmiä sekä laadullista ja määrällistä tutkimusotetta. Laadulliseen lähestymistapaan kuului tutkittavan aineiston tarkastelu ymmärtämisen kannalta ja määrälliseen aineistoon käytettiin tilastollisia menetelmiä. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015: 55-66.) Toiminnallisena osiona järjestettiin hoitohenkilökunnalle kirjaamisen koulutusiltapäivät.

Tämä opinnäytetyö perustui kirjalliseen aineistoon, koulutuspäivien sisältöön ja hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin ja arviointilomakkeen avulla saatuun laadunarviointiin. Aineisto arviointimittariin saatiin potilasasiakirjoista. Aineistoa kerättiin myös haastatteleamalla tarkoituksenmukaisella otannalla neljää hoitajaa päivittäiskirjaamisen laadusta. Tarkoituksenmukaiseen otantaan valittiin ne hoitajat, joiden odotettiin vastaavan kysymyksiin huolellisesti ja omien kokemustensa mukaisesti (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 112).

4.1 Toimintaympäristö

Tutkimuksen toimintaympäristönä on Hangon terveyskeskuksen vuodeosasto. Hangon terveyskeskus palvelee hankolaisia terveydenhoidon, sairaanhoidon ja hammashuollon alueilla. Terveyskeskuksen toiminnan tavoitteena on jatkuva uusiutuminen, laadukkaat palvelut sekä tyytyväiset asiakkaat. (Perehdytyskansio. 2006.) Hangon terveyskeskus kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueeseen. Sairaanhoitoalueella on kaksi sairaalaa, somaattista hoitoa tarjoava Raaseporin sairaala ja psykiatriaan erikoistunut Tammiharjun sairaala. (Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue. 2016).

Hangon terveyskeskuksen vuodeosastolla on 25 + 2 potilaspaiikkaa. Osastolla hoidetaan lyhyt- ja pitkäaikaista sairaanhoitoa vaativia potilaita ja vastataan erikoissaira-

hoidon jälkeisestä jatkohoidosta ja kuntoutuksesta. Saattohoidon avulla pyritään turvaamaan kivuton ja levollinen elämän loppuvaihe. Myös päihdeongelmallisille tarjotaan katkaisuhuitojaksoja. (Vuodeosasto. 2016.)

4.2 Työn vaiheet, aineisto ja analyysi

Tutkimukseen kuului neljä vaihetta ja tutkimusaineiston keruu laadunarviointia varten tapahtui kahdessa vaiheessa (kuvio 3). Ensimmäinen aineisto kerättiin potilasasiakirjoista alkumittausta varten ajalla 4.5.-18.5.2017. Tarkoituksena oli tarkastella uusien osastolle tulleiden potilaiden kirjauksia. Kahden viikon tutkimusaikana uusia potilaita osastolle tuli 18, joista tutkimukseen otettiin 15 potilaan kirjaukset. Kirjauksista tarkasteltiin tulopäivästä seuraavan hoitopäivän aamuvuoron hoitajien kirjauksia.

Toisena vaiheena oli osastonkokous ja kirjaamisen koulutus hoitohenkilökunnalle. Osastonkokous pidettiin 18.5.2017. Siinä keskusteltiin erilaisten otsikoiden käytöstä ja milloin tiettyjä otsikoita olisi hyvä käyttää. Keskustelu otsikoiden käytöstä oli pohdiskelevaa ja eri otsikoihin löytyi useita eri kantoja.

Kirjaamisen koulutusiltapäivät pidettiin 30. ja 31.5. ja niihin osallistui yhteensä 18 hoitajaa, joista osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan lisäksi sairaanhoitajia oli neljä ja perus/lähihoitajia 12. Koulutusiltapäivät olivat saman sisältöiset ja niiden kesto oli noin kaksi tuntia. Koulutusiltapäivien vetäjänä oli tämän opinnäytetyön tekijä. Käsiteltävinä aiheina olivat rakenteisuus ja rakenteistamisen merkitys, lainsäädäntö kirjaamisessa, päivittäiskirjaaminen, FinCC-luokitus ja luokituskokonaisuuden käyttö, ongelmat kirjaamisessa, hoitotyön merkinnät sekä hankalat asiat kirjaamisessa. Teoriaosuuden jälkeen osallistujat saivat harjoitella kirjaamista Mediatriin valmiiden kuvitteellisten potilasesimerkkien avulla. Jokaiselle osallistujalle oli valittu viiden eri potilasesimerkin joukosta yksi ja tarkoituksena oli kirjata esimerkkipotilaan tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot ja toteutus.

Kolmas vaihe oli koulutusiltapäivien jälkeen kesäkuussa, johon kuului aineiston keruu potilasasiakirjoista loppumittausta varten ajalla 1.6.-15.6.2017. Tämän kahden viikon tutkimusaikana uusia potilaita tuli 12, jotka kaikki otettiin mukaan tutkimukseen. Tarkastelun kohteena tutkimuksessa olivat potilasasiakirjojen uusista potilaista tehdyt kirjaukset tulopäivästä seuraavan hoitopäivän aamuvuoron hoitajien kirjaukset.

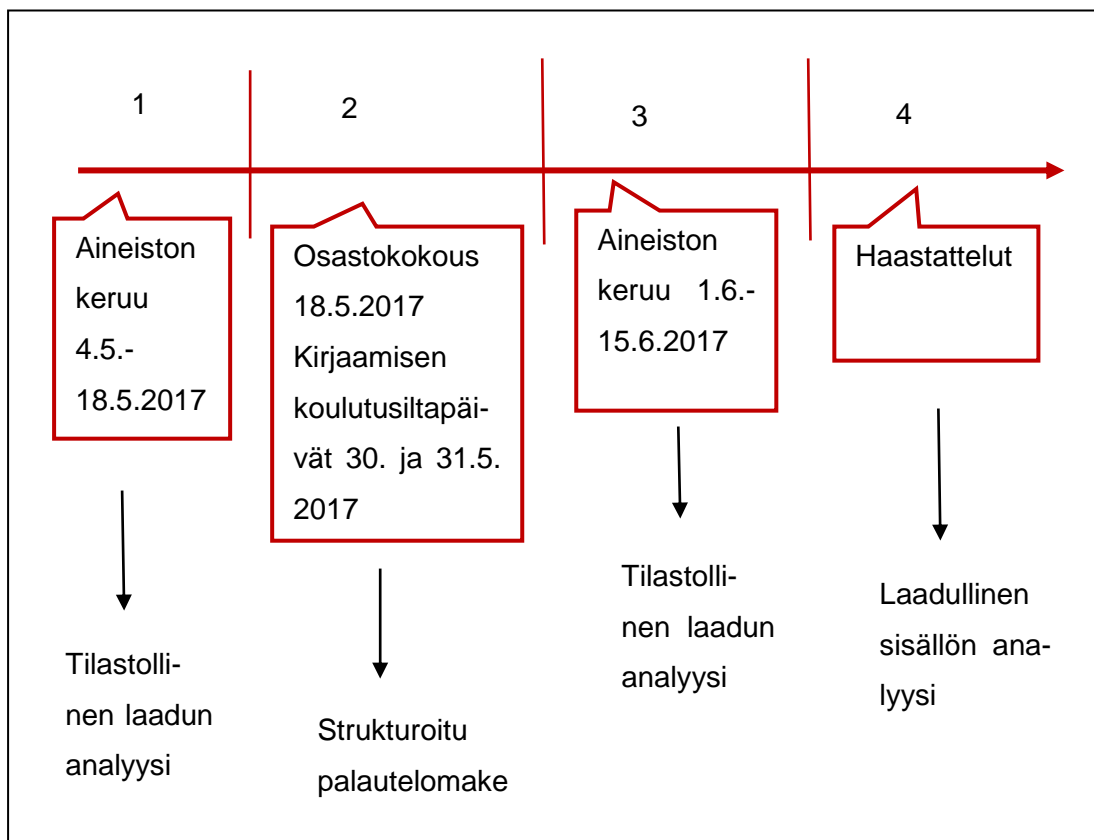
Aineiston analyysi toteutettiin hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin ja arviointilomakkeen avulla. Mittari sisälsi 14 osiota ja kolme osa-aluetta. Arviointia tehtiin arviointiohjeen mukaisesti vastaamalla kysymyksiin kyllä tai ei (liite 1). Osa-alueita olivat minimilaatutaso (osiot 1-4), tavoitteellinen kirjaaminen (osiot 5-9) ja yksilöllinen kirjaaminen (osiot 10-14). Minimilaatutasoon kuuluivat hoitotyön tarve, tavoite, toteutus ja tuloksen arviointi. Tavoitteellinen kirjaaminen sisälsi suunnitellut toiminnot, tuloksen kirjaamisen, tarpeen ja tavoitteen välisen yhteyden, tavoitteen ja toteutuksen välisen yhteyden ja tavoitteen ja tuloksen tai arvioinnin välisen yhteyden. Yksilöllinen kirjaaminen sisälsi tarpeen yksilöllisen kirjaamisen, tavoitteen yksilöllisen kirjaamisen suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen, toteutuksen yksilöllisen kirjaamisen suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen ja tuloksen tai arvioinnin yksilöllisen kirjaamisen suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen. Viimeisessä kohdassa (osio 14) tarkasteltiin kaikkien edellisten osioiden kirjaamista ja olivatko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti. (Kaila 2014: 172.)

Jokaisen kohdan kyllä-vastauksesta tuli yksi piste ja ei-vastauksesta nolla pistettä. Vastaukset kerättiin hoitotyön kirjaamisen arviointilomakkeeseen (liite 2), josta lopullinen kirjaamisen arvioinnin tulos laskettiin keskiarvona. Arviointikohteina olivat kahden viikon ajalta uusien potilaiden hoitotyön kirjaukset tulopäivästä seuraavan hoitopäivän aamuvuoron ajalta. Maksimipisteet yhden potilaan hoitotyön kirjaamisen osalta oli 14 pistettä. Lomakkeessa arvioitiin enintään 15 potilaan hoitotyön kirjaukset.

Neljäntenä vaiheena oli haastattelut päivittäiskirjaamisen laadusta (liite 3). Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina lomakehaastatteluina avoimilla kysymyksillä neljälle hoitajalle. Lomakehaastattelussa haastattelu toteutetaan lomaketta apuna käyttäen (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 208). Vastaajat saivat valmiit haastattelulomakkeet, jotka he saivat täyttää oman aikataulunsa mukaisesti. Haastattelun aiheita olivat kirjaamiseen liittyvät ongelmat, rakenteisuuden merkitys ja ymmärtäminen, koulutuksen vaikutus kirjaamiseen ja kirjaamisen vaikutus hoidon laatuun. Jokaiseen aiheeseen liittyi yksi kysymys, joita olivat: 1. Minkälaisia ongelmia päivittäiskirjaamiseen mielestäsi liittyy? 2. Rakenteisuudella on merkitystä kirjaamisen laatuun a. kyllä b. ei 3. Oliko kirjaamisen koulutusiltapäivällä vaikutusta omaan kirjaamiseen? Miten? 4. Vaikuttaako kirjaaminen hoidon laatuun? Miten?

Haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä aineistoja voidaan analysoida samalla kuvaillen niitä. Se on myös joustava ja

säännötön tapa analysoida. Sisällönanalyysi eteni vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja teoreettisten käsitteiden luomisen mukaisesti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 166-167; Tuomi & Sarajärvi 2009: 108.) Lähtökohtana olivat haastatteluihin vastanneiden alkuperäiset ilmaisut (Janhonen – Nikkonen 2003: 26). Sisällön analyysin avulla pystyttiin haastatteluaineistoa järjestelemään ja kuvaamaan sitä tiivistetysti. Aineisto purettiin osiin ja samankaltaisia asioita yhdistettiin. Aineisto tiivistettiin haastattelukysymysten mukaisiksi kokonaisuuksiksi. (Kylmä – Juvakka 2007: 112-113).



Kuvio 3: Työn vaiheet.

5 Tulokset

Potilasasiakirjoista kerätty aineisto analysoitiin mukailien Kailan ja Kuivalaisen strukturoidulla hoitotyön kirjaamisen arviointilomakkeella. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa kirjausten laadun arvioinnin. Rakenteinen kirjaaminen etenee loogisesti vaiheittain hoitotyön prosessin mukaisesti. Laadukas hoitotyön kirjaaminen sisältää tietyt standardeihin liittyvät vähittäistiedot ja potilaan kannalta yksilöllisen tiedon. (Kaila 2014: 113.)

Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä. Haastattelukysymyksen vastaukset ryhmiteltiin alkuperäisilmaisujen mukaan pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin alaluokkia ja niistä yläluokkia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.) Yhtenä haastattelukysymyksenä oli strukturoitu kysymys rakenteisuuden merkityksestä kirjaamisen laatuun. Kaikki haastateltavat vastasivat kysymykseen ”kyllä”.

5.1 Palaute kirjaamisen koulutusiltapäivistä

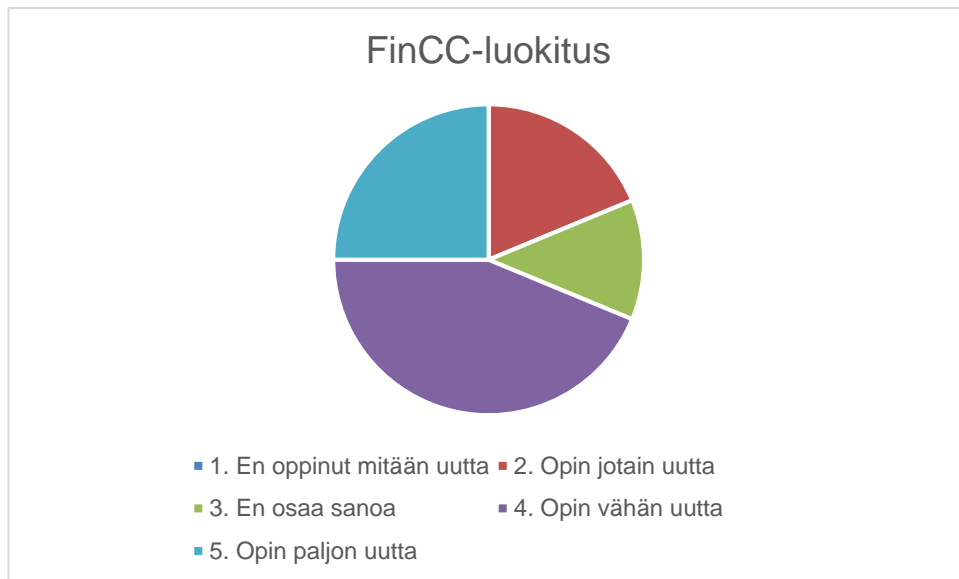
Koulutusiltapäivien jälkeen osallistujia pyydettiin täyttämään palautelomake (liite 4). Palautelomakkeessa kysyttiin taustatietona koulutusta ja sen lisäksi sekä uuden oppimista rakenteisuudesta ja FinCC-luokituksesta, että potilasesimerkkien harjoittelun hyödyllisyydestä. Vastauksia saatiin 16, joista sairaanhoitajia oli kuusi ja lähi- tai perushoitajia kymmenen. Palautteen mukaan rakenteisuudesta oppi jotain uutta neljä hoitajaa, joista oli kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi lähi/perushoitajaa. Vähän uutta oppi yhdeksän hoitajaa, eli neljä sairaanhoitajaa ja viisi lähi/perushoitajaa. Rakenteisuudesta paljon uutta oppi kolme hoitajaa, jotka olivat kaikki lähi/perushoitajia (kuvio 4).



Kuvio 4. Näkemykset rakenteisuuden oppimisesta.

FinCC-luokituksesta jotain uutta oppi kolme hoitajaa, joista oli kaksi sairaanhoitajaa ja yksi lähi/perushoitaja. Vähän uutta oppi seitsemän hoitajaa eli neljä sairaanhoitajaa ja kolme lähi/perushoitajaa. FinCC-luokituksesta oppi paljon uutta neljä hoitajaa, jotka

olivat kaikki lähi/perushoitajia, ja kaksi lähi/perushoitajaa ei osannut sanoa, oppiko FinCC-luokituksesta uutta (kuvio 5).



Kuvio 5. Näkemykset FinCC-luokituksesta.

Potilasesimerkkien avulla harjoittelun hyödyllisyydestä oli täysin samaa mieltä 13 hoitajaa, joista viisi oli sairaanhoitajia ja kahdeksan oli lähi/perushoitajia. Samaa mieltä harjoittelun hyödyllisyydestä oli kolme hoitajaa, eli yksi sairaanhoitaja ja kaksi lähi/perushoitajaa (kuvio 6).



Kuvio 6. Potilasesimerkkien avulla harjoittelun hyödyllisyys.

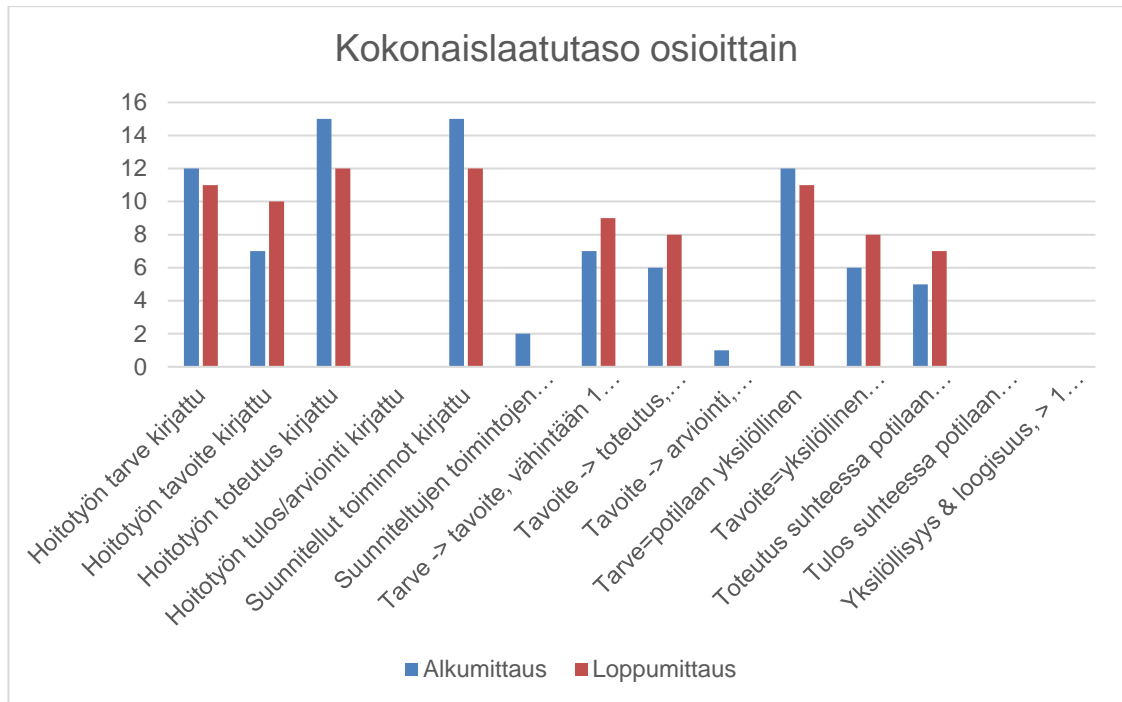
Palautelomake oli strukturoitu lomake, jossa viimeisenä kohtana sai halutessaan antaa muuta palautetta. Muuta palautetta antoi yhdeksän hoitajaa, joista esimerkkinä muun

muassa ”Oli hyvä käydä asioita läpi uudestaan” ja ”Erittäin hyvä. Toivottavasti saamme parempia kirjauksia aikaan. Säännöllinen harjoittelu ja koulutus on hyvä juttu. Hyvä, että alla oli teoria ja sitten sai harjoitella.” Myös jatkoa koulutukselle toivottiin.

5.2 Hoitotyön kirjaamisen laatutaso

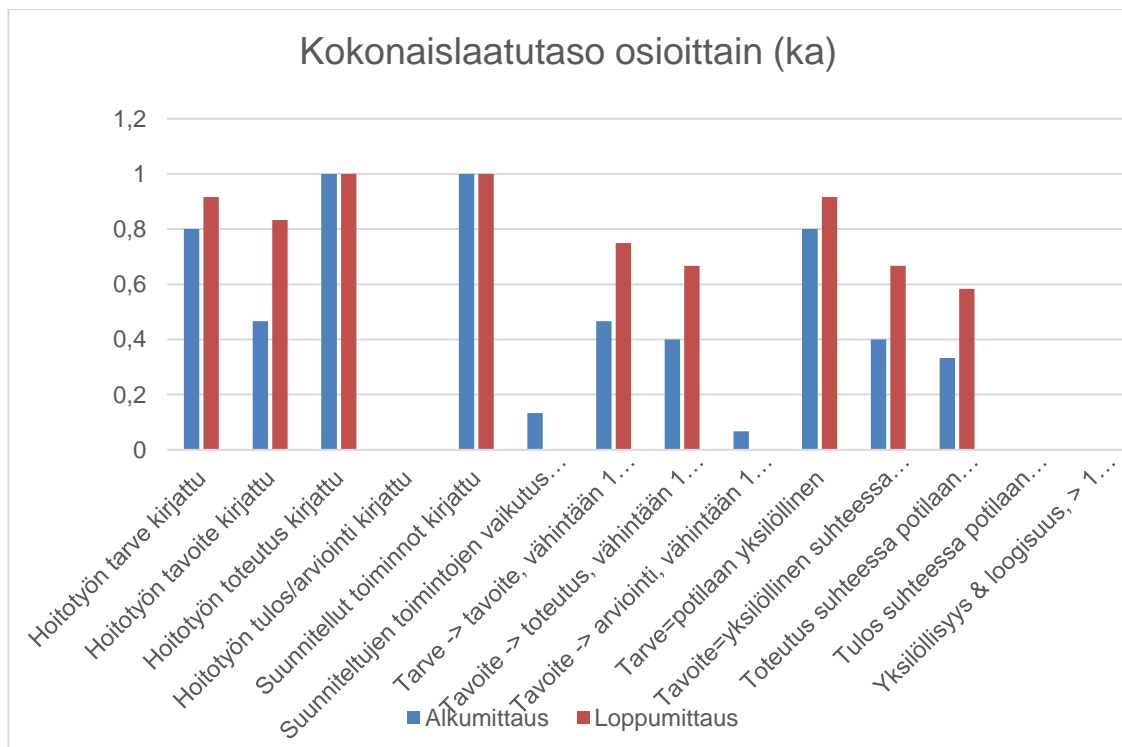
Hoitotyön kirjaamisen laatutasoa arvioitiin kirjaamisen arviointilomakkeeseen kerättyjen pisteiden perusteella. Kokonaislaatutasoa arvioitiin ensin jokaisen 14:n osion kohdalla, jossa pisteet olivat yhden potilaan kirjausten kohdalla korkeintaan 14 ja koko osion kohdalla alkumittauksessa korkeintaan 15 ja loppumittauksessa korkeintaan 12. (Kaila 2014: 172.) Toteutuskohdasta (kohta 3) tuli jokaisen potilaan kohdalla piste eli toteutus oli aina kirjattu. Tulos-kohtaa (kohta 4) ei käytetty kertaakaan, joten jokaisesta tuloskohdasta tuli 0 pistettä. Jonkinlaista suunnitelmaa (kohta 5) oli jokaisen potilaan kohdalla. Arviointia toteutuksen yhteydessä (kohta 6) oli vain kahden potilaan kohdalla. Tavoitteen ja arvioinnin välinen asiayhteys (kohta 9) oli vain yhden potilaan kohdalla.

Myös toisen aineiston kohdalla toteutus (kohta 3) ja suunnitelma (kohta 5) oli aina kirjattu, tuloksia (kohta 4) ei ollut kirjattu kertaakaan. Toisessa aineistossa ei ollut kertaakaan kirjattu arviointia toteutuksen yhteydessä (kohta 6) eikä tavoitteen ja arvioinnin välistä yhteyttä (kohta 9) ollut yhdessäkään kirjauksessa, toisin kuin alkumittauksessa (kuvio 7).



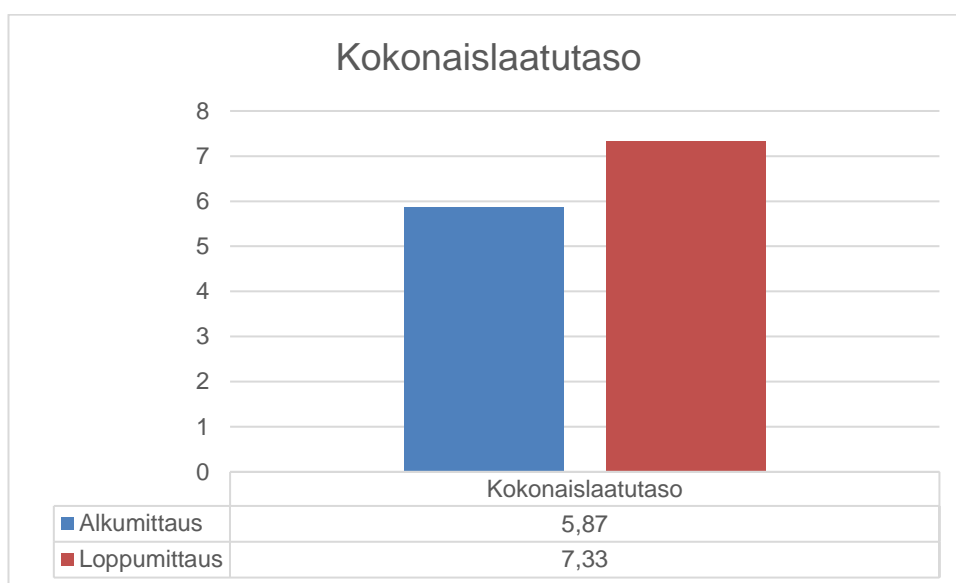
Kuvio 7. Kokonaislaatu-taso osioittain.

Kokonaislaatu-tason osioita tarkasteltiin myös jakamalla jokaisen osion pisteiden määrä hoitokertomusten määrällä (kuvio 8), jolloin alku- ja loppumittauksen osioita pystyttiin vertailemaan paremmin. Kokonaisarvo jokaisen osion kohdalla oli korkeintaan yksi.



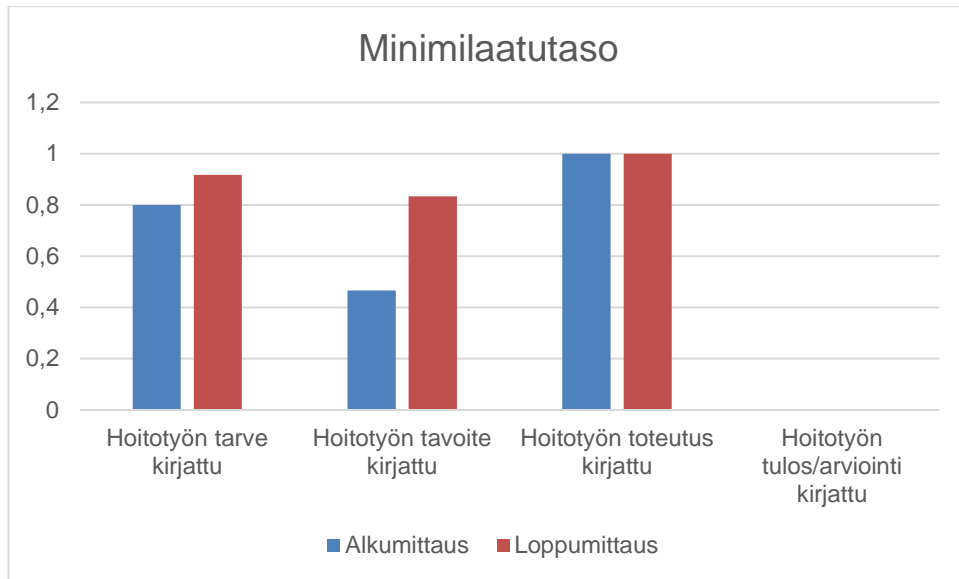
Kuvio 8. Kokonaislaatu-taso osioittain (ka)

Kokonaislaatu tasoa arvioitiin arvolla, jossa kertyneiden pisteiden määrä oli jaettu hoitokertomusten määrällä. Saadun arvon perusteella tulos 0,00-3,99 oli ei hyväksyttävä taso, tulos 4,00-7,30 oli heikko taso, tulos 7,31-10,60 oli hyvä taso ja tulos 10,61-14,00 oli kiitettävä taso. (Kaila 2014: 172.) Alkumittauksesta saatiin arvoksi 5,87, joka vastaa heikkoa tasoa. Loppumittauksen arvoksi saatiin 7,33, joka vastaa hyvää tasoa. Kokonaislaatu tasosi parantui koulutusiltpäivien jälkeen alkumittaukseen verrattuna (kuvio 9).



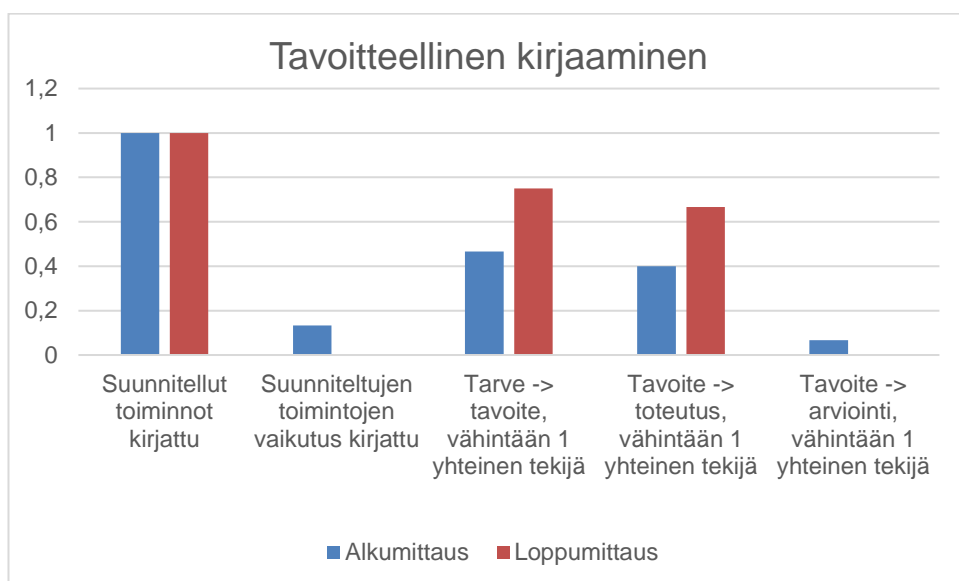
Kuvio 9. Kokonaislaatu tasosi.

Kokonaislaatu tasosi lisäksi aineistoa tarkasteltiin kolmen osa-alueen avulla, joita olivat minimilaatu tasosi, tavoitteellinen kirjaaminen ja yksilöllinen kirjaaminen. Minimilaatu tasosi sisälsi tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja tuloksen. Minimilaatu tasosi kokonaisarvo oli enintään neljä ja jokainen yksittäinen osio enintään yksi. Alkumittauksessa saatiin minimilaatu tasoksi 2,26 ja loppumittauksessa 2,75 (kuvio 10). Pisteet siis paranivat alkumittaukseen verrattuna.



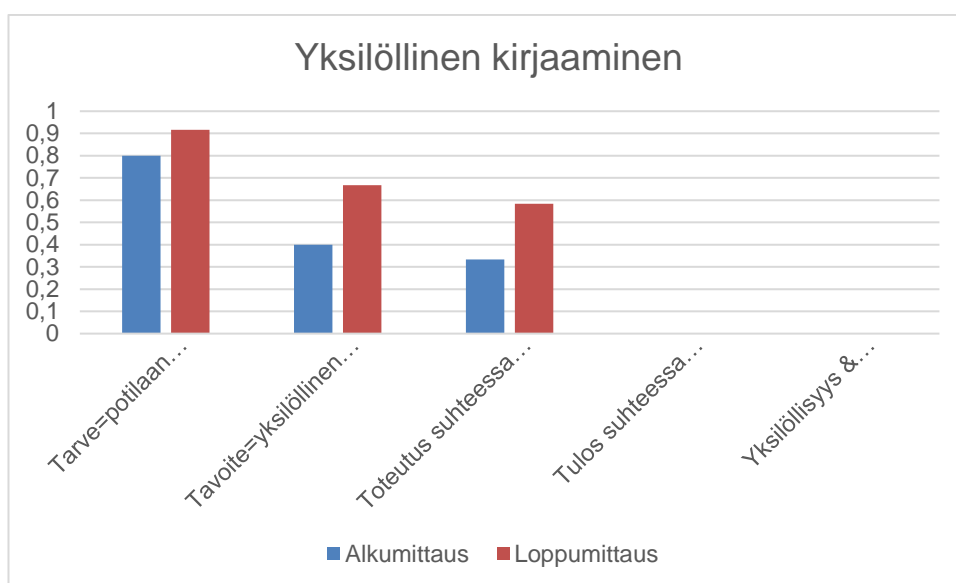
Kuvio 10. Minimilaatutaso.

Tavoitteellinen kirjaaminen sisälsi suunnitellut toiminnot, auttamismenetelmän tuloksen, tarpeen ja tavoitteen välisen yhteyden, tavoitteen ja toteutuksen välisen yhteyden ja tavoitteen ja tuloksen välisen yhteyden. Tavoitteellisen kirjaamisen arvo oli enintään viisi ja yksittäisen osion enintään yksi. Alkumittauksen arvoksi saatiin 2,07 ja loppumittauksen arvoksi 2,42 (kuvio 11). Alkumittauksessa oli kirjattu suunniteltujen toimintojen vaikutuksia ja tavoitteen ja arvioinnin välistä yhteyttä, joita ei oltu kirjattu yhdenkään potilaan kohdalla loppumittauksessa. Tarpeen ja tavoitteen välinen yhteys ja tavoitteen ja toteutuksen välinen yhteys oli kuitenkin kirjattu loppumittauksessa useammin kuin alkumittauksessa.



Kuvio 11. Tavoitteellinen kirjaaminen.

Yksilöllinen kirjaaminen sisälsi tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja tuloksen yksilöllisen kirjaamisen. Viimeisestä osiosta (osio 14) sai pisteen vain, jos kaikkiin edellisiin osioihin oli vastattu kyllä ja yksilölliset asiat oli kirjattu myös loogisesti. Yksilöllisen kirjaamisen arvo oli korkeintaan viisi ja yksittäisen osion korkeintaan yksi. Alkumittauksessa arvoksi saatiin 1,53 ja loppumittauksessa 2,17 (kuvio 12). Loppumittauksessa tarpeen yksilöllistä kirjausta, tavoitteen yksilöllistä kirjaamista suhteessa yksilölliseen tarpeeseen ja toteutuksen yksilöllistä kirjaamista suhteessa yksilölliseen tavoitteeseen ja tuloksen oli kirjattu useammin. Tuloksia ei kirjattu kertaakaan alku- eikä loppumittauksessa eikä siksi viimeiseenkin kohtaan tullut yhtään pistettä.



Kuvio 12. Yksilöllinen kirjaaminen.

5.3 Kirjaamiseen liittyvät ongelmat

Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä. Haastattelun ensimmäiseen kysymykseen kirjaamiseen liittyvistä ongelmista saatiin yhteensä 11 alkuperäisilmaisua, joista muodostettiin kahdeksan pelkistettyä ilmaisua. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin kolme alaluokkaa ja niistä yksi yläluokka (kuvio 13). Alaluokiksi muodostuivat aika, tieto ja osaaminen. Yläluokaksi muodostui ajanhallinnan ja osaamisen haasteet.

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
ajan puute	aika	ajanhallinnan ja osaamisen haasteet
tuplakirjaaminen		
tiedon puute	tieto	
lääkemääräysten päivityksessä ongelmaa		
harjoittelun puute omassa kirjaamisessa	osaaminen	
riittävän kuvaavan kirjaamisen puute		
oikeiden tai sopivien komponenttien tai otsikoiden löytämisen vaikeus		
kirjattu suunnitelma ei toteudu		

Kuvio 13. Sisällön analyysi kirjaamisen ongelmat.

5.4 Koulutusiltapäivän vaikutus kirjaamiseen

Yhtenä haastattelun kysymyksenä kysyttiin koulutusiltapäivän vaikutusta omaan kirjaamiseen. Alkuperäisilmaisuja saatiin yhdeksän, joista muodostettiin kahdeksan pelkistettyä ilmaisua. Näistä pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin kolme alaluokkaa ja yksi yläluokka (kuvio 14). Alaluokiksi muodostui kirjaamisen merkityksen sisäistäminen, oman asiantuntijuuden vahvistuminen ja koulutuksen pysyvyys ja jatkuvuus. Yläluokaksi muodostui laadukkaan kirjaamisen takaaminen säännöllisellä koulutuksella.

Pelkistetyt ilmaisut	alaluokka	yläluokka
ymmärrys kirjaamisen tärkeistä; tiedot on löydettävä myöhemminkin myös mahdollisissa ongelmatilanteissa	kirjaamisen merkityksen sisäistäminen	
kokonaisuuden ymmärtäminen		
hyvä kirjaaminen auttaa seuraavaa jatkamaan ja suunnittelemaan hoitoa		laadukkaan kirjaamisen takaaminen säännöllisellä koulutuksella
oman kirjaamistavan oikeellisuuden vahvistuminen	oman asiantuntijuuden vahvistuminen	
tietojen päivittäminen		
uuden tiedon saaminen		
esimerkeistä apua kirjaimiseen	koulutuksen pysyvyys ja jatkuvuus	
lisäharjoittelun tarve jatkossakin		

Kuvio 14. Sisällön analyysi koulutusiltapäivän vaikutus.

5.5 Kirjaamisen vaikutus hoidon laatuun

Haastattelujen kysymykseen kirjaamisen vaikutuksesta hoidon laatuun saatiin kymmenen alkuperäisilmausta, joista muodostettiin kahdeksan pelkistettyä ilmaisua, kolme alaluokkaa ja yksi yläluokka (kuviot 14 ja 15). Alaluokiksi muodostuivat kirjatun hoitosuunnitelman toteutuminen ja seuranta, hoidon tuloksellisuus ja jatkuvuus ja yhdenvertainen hoito. Yläluokaksi muodostui yhdenvertainen hoito hyvällä hoitosuunnitelmalla ja tuloksilla.

Pelkistetyt ilmaisut	alaluokka	yläluokka
kun hoidon syy on kirjattu ja ongelmat tiedetään, on helpompi pyrkiä tavoitteisiin ja vaikuttaa laatuun	kirjatun hoitosuunnitelman toteutuminen ja seuranta	
ilman hoitosuunnitelmaa ei voi hoitaa		
potilaan voinnin seurannan mahdollisuus koko hoitajakson aikana		
suunnitelman toteutumisen seuraamisen mahdollisuus		
tuloksista näkee hoidon tai lääkkeen hyödyllisyyden		
kirjaamisella, arvioinnilla ja samoilla linjoilla ovat hoitajakset laadukkaampia	hoidon tuloksellisuus ja jatkuvuus	yhdenvertainen hoito hyvällä hoitosuunnitelmalla ja tuloksilla
tietojen huolellinen kirjaaminen auttaa seuraavaa hoitajaa jatkamaan samoihin tavoitteisiin tähtäävää hoitoa		
tiedon siirron luotettavuus		
tiedon helppo löydettävyys helpottaa työtä ja potilaan/omaisen tyytyväisyyttä	yhdenvertainen hoito	
hoitotyö on selkeää ja yhdenvertaista kun kaikki hoitavat samalla tavalla		

Kuvio 15. Sisällön analyysi kirjaamisen vaikutus hoidon laatuun.

6 Pohdinta

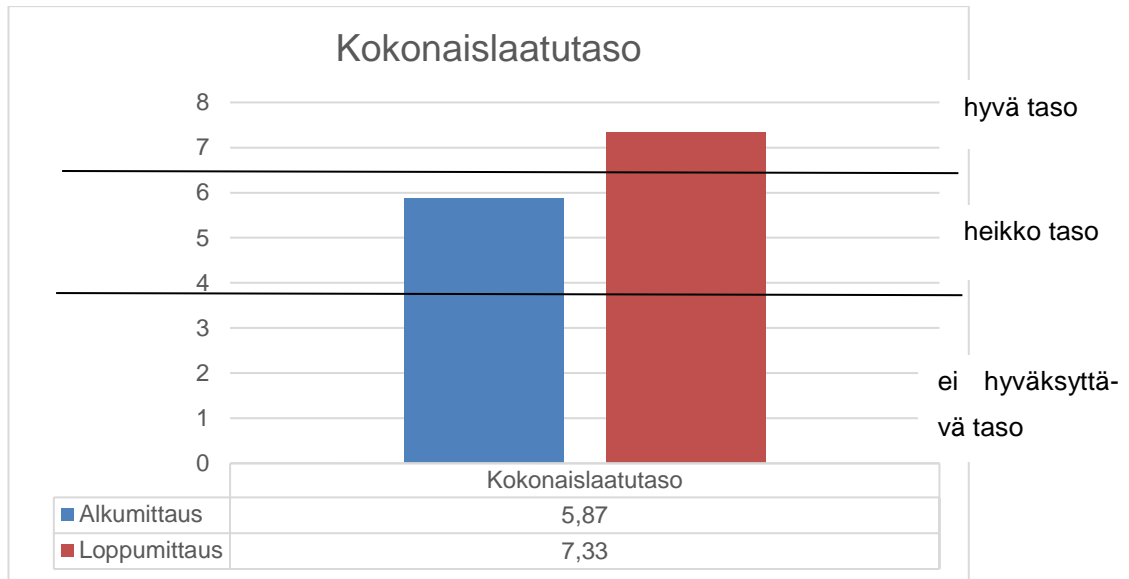
Opinnäytetyö oli monivaiheinen. Koulutusiltapäivien sisällön suunnitteli opinnäytetyön tekijä itse. Koulutusiltapäivät muodostuivatkin mielenkiintoisiksi kokonaisuuksiksi, joista saatiin hyvää palautetta. Opinnäytetyössä oli selkeä päämäärä päivittäiskirjaamisen laadun kehittämiseksi ja osittain tämä tavoite saavutettiin.

Tutkimustulosten perusteella koulutuksen vaikutus päivittäiskirjaamisen laatuun oli pieni. Kuitenkin sekä palautelomakkeen, haastattelujen että muun palautteen perusteella koulutusta pidettiin tarpeellisena. Suullisen palautteen perusteella myös hoidon tuloksiin pyrittiin kiinnittämään enemmän huomiota. Tämä näkyi jo osastolla pidempään olleiden potilaiden kohdalla, jotka eivät olleet tutkimusaineistossa mukana.

Tutkimuksen otos oli hyvin pieni, joten myös muutokset olivat pieniä ja pienetkin muutokset kirjaamisessa vaikuttivat tuloksiin herkästi. Laajempi aineisto olisi mahdollisesti voinut tuoda erilaisia tuloksia. Tutkimuksessa ei huomioitu eri taustamuuttujia, kuten sairaanhoitajien ja lähi- tai perushoitajien kirjaamisia. Päivittäiseen kirjaamiseen yhden potilaan kohdalla saattaa osallistua useampi hoitaja, joten heidän tekstien erottelminen yhdestä kirjauksesta on hankalaa. Lopputulokseen tällaisella erottelulla ei kuitenkaan olisi ollut vaikutusta. Koska vuodeosastoja on vain yksi, ei eri osastojen välistä vertailua voitu tehdä. Työssä keskityttiin muutokseen kirjaamisen laadussa koulutusiltapäivien jälkeen.

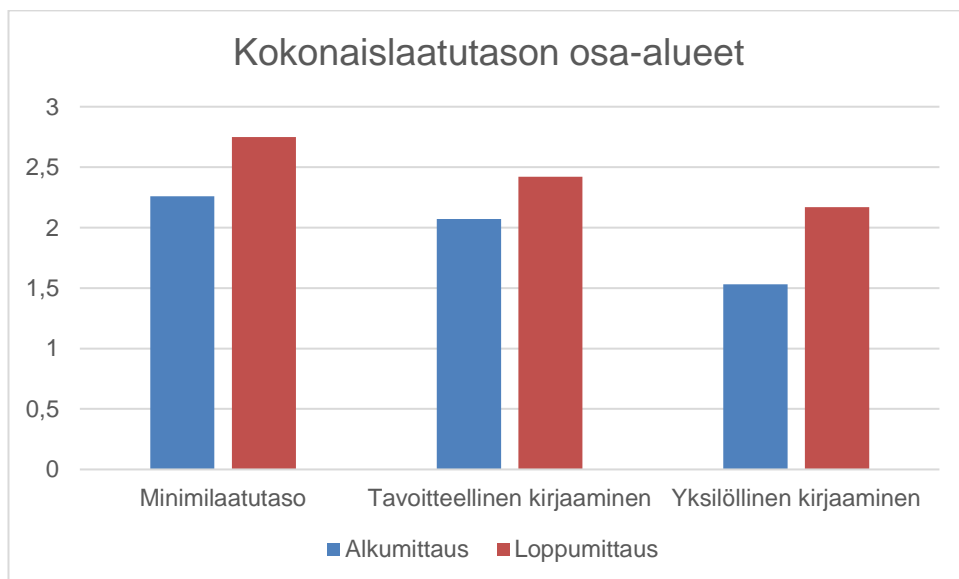
6.1 Työn tulosten pohdinta

Kirjaamisen laatua arvioitiin hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarilla, jonka perusteella kokonaislaatutasoksi alkumittauksessa saatiin 5,87, joka vastaa heikkoa kirjaamisen tasoa. Loppumittauksessa kokonaislaatutasoksi muodostui 7,33, joka vastaa hyvää tasoa (kuvio 16).



Kuvio 16: Kirjaamisen kokonaislaatu.

Tulosten perusteella kirjaamisen laatu oli ennen koulutusiltapäiviä heikkoa ja koulutusiltapäivien jälkeen kirjaamisen laatu nousi hyvälle tasolle. Osa-alueiden tasoissa minimilaatutasoksi alkumittauksessa saatiin 2,26 loppumittauksessa 2,75. Tavoitteelliseen kirjaamiseen saatiin alkumittauksessa arvo 2,07 ja loppumittauksessa arvo 2,42. Yksilöllisen kirjaamisen arvo alkumittauksessa oli 1,53 ja loppumittauksessa 2,17. Kokonaislaatutason osa-alueittain tarkastellessa kaikki tasot sekä minimikirjaamisen, tavoitteellisen että yksilöllisen kirjaamisen laatu paranivat koulutusiltapäivien jälkeen (kuvio 17).



Kuvio 17. Kokonaislaatu osa-alueet.

Sekä alku- että loppumittauksessa oli toteutusta ja suunnitelmaa kirjoitettu jokaisen potilaan kohdalla. Arviointia oli kirjattu vain yhden potilaan kohdalla ja vain alkumittauksessa. Samoin tavoitteen ja arvioinnin välinen asiayhteys löytyi alkumittauksessa vain yhden potilaan kohdalla.

Alkumittauksessa parhaimmat pisteet 11/14 pistettä oli yhden potilaan kirjauksissa. Muun muassa tarve oli kirjattu yksilöllisesti. Tavoite oli kirjattu yhden komponentin, selviytymisen kohdalle, mutta se oli hyvin selkeästi ja yksilöllisesti ilmaistu. Myös tarpeen ja tavoitteen välillä oli selvä yhteys. Koska tulosta ei ollut kirjattu, ei pisteitä voinut tulla myöskään kahdesta viimeisestä osiosta eli tuloksen yhteys tavoitteeseen ja tarpeeseen ja viimeinen osio vaati, että kaikkiin 13:en edelliseen osioon oli vastattu kyllä. Tämän potilaan kohdalla oli kuitenkin toteutuksessa kirjattu kivun arviointia suhteessa tavoitteeseen, minkälaista yhteyttä ei muissa kirjauksissa ollut.

10 pistettä sai yhden potilaan kirjaukset. Tavoitteita oli kirjattu hyvin kolmen komponentin, aktiviteetin, erittämisen ja päivittäisten toimintojen kohdalle. Tuloksia ei ollut kirjattu, ei myöskään arviointia, joka olisi suhteessa tavoitteeseen. Kahdesta viimeisestä osiosta ei tullut pisteitä. Yhdeksän pistettä sai kolmen potilaan kohdalla tehdyt kirjaukset. Näissä pisteet jäivät saamatta kahden viimeisen osion lisäksi osiosta tulosten, suunnitteluvaiheessa valitun auttamismenetelmän tuloksen ja tavoitteen ja arvioinnin välisen yhteyden kirjaamisesta. Sekä tarpeita että tavoitteita oli kuitenkin näissä kirjattu hyvin useamman komponentin alueelta.

Huonoimmat pisteet, vain kaksi pistettä, saivat kolmesta potilaasta tehdyt kirjaukset. Näissä kaikissa oli kirjattu vain toteutusta ja jonkinlaista suunnitelmaa. Tarpeita oli kirjattu näistä kahden potilaan kohdalle, mutta niitä ei voinut katsoa hoitotyön tarpeiksi eikä siksi myöskään antaa pisteitä. Yhden potilaan kohdalla minkäänlaisia tarpeita ei ollut kirjattu. Tavoitteita ei ollut ollenkaan. Myöskään viiden muun potilaan kirjausten kohdalla tavoitteita ei ollut ollenkaan, mutta tarpeita oli kirjattu. Näistä viidestä kirjauksesta tuli kaikista neljä pistettä.

Loppumittauksessa parhaimmat pisteet 9/14 pistettä sai kuusi eri kirjausta. Kaikista näistä puuttuivat tulokset, suunnitteluvaiheessa valitun auttamismenetelmän tulos, tavoitteen ja arvioinnin tai tuloksen välinen yhteys, tuloksen yhteys tavoitteeseen ja tarpeeseen ja viimeinen osio, joka yhdistäisi kaikki edelliset osiot. Kaikissa oli kuitenkin kirjattu tarpeita ja tavoitteita yksilöllisesti ja myös toteutus oli kaikissa suhteessa yksilöl-

liseen tavoitteeseen. Loppumittauksessa huonoimmat pisteet sai yhden potilaan kirjaukset, kaksi pistettä. Neljä pistettä sai myöskin vain yksi kirjaus.

Vaikka alkumittauksessa kahden potilaan kohdalla tuli paremmat pisteet kuin loppumittauksessa, oli myös huonoja pisteitä alkumittauksessa enemmän. Loppumittauksessa oli kirjattu useammin eri kohtiin ja yksilöllisemmin kuin alkumittauksessa, jonka vuoksi myös pisteet paranivat.

Ensimmäisessä tutkimusaineistossa potilaan ohjaamisesta oli kirjattu kahden potilaan kohdalla, omaisten ohjauksesta oli kerrottu yhdessä tapauksessa ja potilaan omaa kokemusta kivusta oli yhden potilaan kohdalla. Toisessa tutkimusaineistossa neuvontaa oli kirjattu kahden potilaan kohdalla ja potilaan omaa kokemusta kivusta ja limaisuudesta yhden potilaan kohdalla. Potilaan ja omaisten ohjausta sekä potilaiden omia kokemuksia kirjataan siis edelleen liian vähän eikä tähän alueeseen pystytty koulutusiltapäivillä vaikuttamaan.

Haastatteluissa päivittäiskirjaamiseen liittyvistä ongelmista esiin nousi puutteita ajassa, tiedossa ja harjoittelussa. Ajan puute voidaankin kokea kirjaamisen kehittämisen esteenä (Saranto ym. 2008: 190). Puutteelliset tiedot potilaasta hankaloittavat kirjaamista ja potilaan hoidon eteenpäin viemistä. Kun kirjaamiseen on aikaa ja se tehdään hyvin, voidaan tiedon saantia parantaa (Nykänen ym. 2010: 57). Hyvällä työtehtävien suunnittelulla voidaan ajankäyttöön vaikuttaa niin, että kirjaamista pystytään tekemään joustavasti (Saranto ym. 2008: 190). Myös lääkemääräysten päivittämisen ongelmallisuus hidastaa hoidon etenemistä. Hoitotyön tehostamiseksi tulisikin lääkärin päivittää määräykset suoraan järjestelmään, jolloin hoitajat voivat keskittyä itse potilaan hoitoon ja määräysten toteuttamiseen (Kuusisto – Saloniemi 2010: 18).

Haastattelujen perusteella puutteita koettiin myös riittävän kuvailevassa ja reaaliaikaisessa kirjaamisessa. Kirjaamista ei ole mahdollista tehdä potilaan vierellä, joten mitausarvoja ja muita huomioita kirjataan ensin paperille, josta ne siirretään koneelle myöhemmin. Reaaliaikainen kirjaaminen todettiin hankalaksi myös Nykäsen ym. (2010: 56) ja Laitisen ym. (2009: 490) tutkimuksessa. Tietojen saatavuuden kannalta kirjaaminen olisi tehtävä vuoron kuluessa, mutta yleensä kirjaukset tehdään vasta vuoron lopuksi. Myös Kärkkäisen (2007: 89-91) mukaan kirjaamisen olisi tapahduttava mahdollisuuksien mukaan aina yhteistyössä potilaan kanssa ja hänen vierellään, jolloin kirjaamisen sisältöä rikastuttaa hoitajan arvion lisäksi potilaan oma arvio hoidosta.

Haastatteluissa tuli esiin kirjaamisen keskittyminen edelleen vain toteutukseen. Myös Nykäsen ym. (2010: 57) mukaan hoitajat keskittyvät toteutuksen kirjaamiseen ja arviointia tehdään vähän. Kirjaamisen ongelmaksi koettiin myös suunnitelman toteutumattomuus. Silloin kun suunnitelmaa on kirjattu, sitä ei aina huomata lukea eikä kirjattu suunnitelma toteudu. Siten unohdetaan helposti suunnitelman merkitys. Hyvä suunnitelma auttaa kirjaamaan myöhemmin, vaikka suunnitelma usein muuttuukin hoitojakson aikana (Nykäsen ym. 2010: 57). Suunnitellut toiminnot on myös kirjattava niin selkeästi, että jokainen hoitaja osaa hoitaa tai ohjata potilasta samalla tavalla (Ahonen ym. 2012: 54). Kirjaamiseen liittyvät ongelmat liittyvät siis usein ajanhallinnan ja osaamisen haasteisiin.

Koulutusiltapäivän vaikutuksesta omaan kirjaamiseen löytyi useita positiivisia asioita. Teoriatieto koettiin hyödylliseksi ja se toi myös uutta tietoa. Koulutusiltapäivä auttoi vahvistamaan näkemystä kokonaisuudesta ja jatkuvuudesta, joihin hyvällä kirjaamisella voidaan vaikuttaa. Rakenteisuus edistää hoidon jatkuvuutta ja parantaa siten myös potilasturvallisuutta (Hyppönen ym. 2014: 60). Koulutusiltapäivä koettiin hyödylliseksi myös oman kirjaamistavan vahvistumisen kannalta. Teoriaosuudessa esitellyt esimerkiksi kirjaukset koettiin hyödyllisiksi. Koulutusiltapäivä herätti myös ajatuksia lisäharjoittelun tarpeesta. Koulutusta tarvitaan kirjaamisessa edelleen (Hyppönen ym. 2014: 123; Härkönen 2008; Nurmela 2016: 48). Ilman suunnitelmallista kehittämistä, koulutusta tai tukea ei voida hoitotyön kirjaamisen tasoa säilyttää tai parantaa (Härkönen 2008). Säännöllisellä koulutuksella voidaan taata laadukas hoitotyön kirjaaminen.

Kirjaamisella koettiin olevan suuri merkitys hoidon laatuun. Yksi monista kirjaamisen tarkoituksista onkin taata hoitotyön laatu ja tehokkuus (Laitinen ym. 2009: 490). Hyvä kirjaaminen auttaa tavoitteiden asettamisessa ja niihin pyrkimisessä. Myös hyvin kirjattu hoitosuunnitelma ja tulosten arviointi koettiin tärkeäksi. Tuloksista nähdään hoidon hyödyllisyys. Hyvällä kirjaamisella varmistetaan tietojen löydettävyys, joka helpottaa hoitotyötä vaikuttaen sekä potilaiden että omaisten tyytyväisyyteen hoitoon. Hyvän kirjaamisen myötä hoitotyö on selkeää ja yhdenvertaista kun kaikki hoitavat samalla tavalla. Hyvällä kirjaamisella tiedon siirto on luotettavaa ja potilaan vointia voidaan seurata koko hoitojakson ajan. Myös suunnitelman toteutumisen seuranta on silloin mahdollista.

Samankaltaisia asioita laadusta ja suunnitelmallisuudesta nousi esiin myös Nykäsen ym. (2010: 57) ja Kuusiston ja Saloniemen (2010: 13) tutkimuksissa. Hoito on suunnitelmallisempaa ja kirjaamisen sisältö on parantunut prosessimallin mukaisen kirjaamisen myötä. Sähköinen dokumentointi parantaa kirjaamisen laatua ja mahdollistaa turvallisemman hoidon. Hyvällä kirjaamisella vaikutetaan hoidon laatuun.

6.2 Työn luotettavuus ja eettisyys

Virheiden välttäminen on tutkimuksen luotettavuuden kannalta oleellista. Tässä opinäytetyössä käytettiin määrällisiä, laadullisia ja toiminnallisia menetelmiä. Määrällisessä osiossa käytettiin testattua ja validoitua mittaria ja tulokset perustuvat selkeisiin lukuihin. Laadullisen aineiston keruussa ei ollut tutkijalähtöisiä häiriötekijöitä. Haastattelut saivat täyttää haastattelulomakkeen omassa tahdissaan. Aineiston analyysiin käytettiin luokituksia. (Hirsjärvi ym. 2009: 231-232.) Toiminnallisesta osiosta pyrittiin tekemään kiinnostava ja jokaisen omaa kehittymistä tukeva koulutusiltapäivä.

Laadullisen aineiston tarkoituksena oli saada tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman luotettavaa ja totuudenmukaista aineistoa. Luotettavuuskriteereinä olivat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä - Juvakka 2007: 127-128).

Uskottavuuden periaatteen mukaan opinäytetyön tutkimustulokset vastaavat sitä tietoa, mitä koulutusiltapäiviin ja haastatteluihin osallistujilla on ollut. Tulokset on myös kuvailtu mahdollisimman selkeästi, jotta lukijalle selviää, miten analyysi on muodostettu. Sisällönanalyyseissä muodostetut luokat kattavat koko haastattelujen aineiston. (Kylmä - Juvakka 2007: 128-129; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 198).

Vahvistettavuuden mukaan tutkimusprosessia on kirjattava niin, että toinen tutkija pystyy seuraamaan prosessia. Tutkimusprosessi on ollut selkeä ja sitä pystyisi myös toinen tutkimuksen tekijä seuraamaan. Reflektiivisyyden kriteerin mukaisesti opinäytetyön tekijä itse on ollut tietoinen omista lähtökohdistaan kirjaamisen kehittämisessä ja koulutusiltapäivien rakentamisessa tässä tutkimuksessa. Siirrettävyyden kriteerin mukaan tämän opinäytetyön tulokset ovat sellaisia, että ne voitaisiin siirtää muihin samankaltaisiin tilanteisiin. (Kylmä - Juvakka 2007: 128-129).

Tutkimusetiikan mukaan tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessa toteutetaan avoimuutta ja vastuullista viestintää. (Hyvä

tieteellinen käytäntö. 2016.) Yhtenä tärkeimmistä tutkimuksen eettisistä periaatteista on myös tutkimustulosten paikkansa pitävyys ja yleistettävyyt (Mäkinen 2006: 102). Tässä työssä saatuja tuloksia on käytetty vain tähän tutkimukseen. Tulokset perustuvat mittarista saatuihin lukuihin ja haastattelujen sisällönanalyysiin. Potilasasiakirjoja käsiteltäessä ei ole tutkittu potilaita tai heidän saamaansa hoitoa vaan vain sitä, mitä on kirjattu. Potilaita ei voi tunnistaa kirjaamisen arviointilomakkeen perusteella. Tutkimuksessa ei ole eritelty yksittäisten hoitajien kirjauksia, eikä yksittäisiä hoitajia pysty aineistosta tunnistamaan. Myöskään haastatteluista ei pysty tunnistamaan vastaajan henkilöllisyyttä. Tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta on tiedotettu avoimesti työyhteisössä. Tutkimuslupa, johon kuului potilasasiakirjojen tarkastelu ja hoitohenkilökunnan haastattelut, pyydettiin omasta organisaatiosta.

Yleensä tutkimuksessa kannattaa käyttää valmiita, testattuja ja standardoituja mittareita. Mittarin valinnassa on pohdittava sen luotettavuutta mitata juuri sitä, mitä halutaankin mitata. Mittarin on oltava myös tarpeeksi kattava, jotta se mittaa juuri oikeaa ilmiötä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 190.) Tähän kehittämistyöhön mittariksi valittiin Kailan ja Kuivalaisen kehittämä hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittari ja hoitotyön kirjaamisen arviointilomake. Mittarista jätettiin pois yhteenvedon osuus, koska tutkimuksessa keskityttiin pelkästään päivittäiskirjaamisen laadun kehittämiseen. Kirjaamislomakkeen ja mittarin käyttöön pyydettiin lupa sähköpostitse lomakkeen laatijalta Arja Kailalta.

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittari sopi pienellä muokkauksella hyvin tähän kehittämistyöhön. Mittari on kehitetty asiantuntijatyönä eri hankkeissa vuosien 2007-2009 ja 2010-2012 aikana. Mittari on rakennettu suomalaisista aineistoista, joita olivat Ydintieto-opas 2007, FinCC-luokituskokonaisuus 2007, induktiivinen sisällön analyysi 2008 ja sähköisen rakenteisen kirjaamisen tilastot PKSSK:sta maaliskuulta 2008. Mittarin luotettavuus on testattu sen kehittämisen yhteydessä. (Kaila 2014: 115.)

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Hoitotyön kirjaamista ja kirjaamisen koulutusta pidetään tärkeänä. Myös säännöllinen harjoittelu ja kertaus ovat hyödyllisiä. Kirjaamisesta vastaavalla hoitajalla on merkittävä osuus ohjaamisessa ja kirjaamiseen liittyvien asioiden julkituomisella.

Keskeisenä johtopäätöksenä tässä tutkimuksessa nousi esiin kirjaamisen laadun vaikutus hoidon laatuun. Koulutusiltapäivillä voitiin vaikuttaa kirjaamisen laadun paranemiseen. Hyvää kirjaamista pidettiin tärkeänä tekijänä potilaan hoitotyössä. Koulutusiltapäivät voisivat jatkossa olla säännöllinen toimintatapa ajantasaisen tiedon päivittämisessä ja kirjaamisen kehittämisessä vielä laadukkaampaan suuntaan.

Tämä tutkimus toteutettiin yhdellä terveyskeskuksen vuodeosastolla. Jatkossa kehittämistyötä voisi laajentaa myös poliklinikan ja kotihoidon kirjaamisen kehittämiseen. Hoitotyön laadun, jatkuvuuden ja moniammatillisen yhteistyön kannalta hyvään kirjaamiseen on panostettava. Kirjaamiskäytäntöjä on uudistettava järjestelmien ja rakenteiden muutosten mukana.

Jatkotutkimushaasteena on hoitoisuusluokituksen käyttö vuodeosastolla. Hoitoisuuden määrittämisellä voidaan paremmin tuoda näkyviin hoitotyön vaativuus ja vaikuttaa siten resursointiin. Hoitoisuuden määrittämisessä myös päivittäiskirjaamiseen on panostettava todenmukaisen luokituksen saamiseksi. Yhteenvedon kirjaamiseen tulisi myös jatkossa panostaa. Tässä tutkimuksessa yhteenvedon tarkastelu jätettiin pois, mutta jatkossa sitäkin pitäisi kehittää laadukkaamman kirjaamisen kokonaisuuden aikaansaamiseksi. Potilaat voivat itse katsoa hoitajakson yhteenvedon OmaKanta-palvelusta. Oleelliset hoitajakson tapahtumat olisi yhteenvedossa tultava esille.

Reaaliaikaisen kirjaamisen turvaamiseksi mobiilikirjaamisen käyttöönotto olisi tarpeellista. Teknologian kehittyessä mobiilikirjaaminen on nykyaikainen tapa kirjata potilaan vierellä. Reaaliaikaisessa kirjaamisessa potilaiden omat näkemykset ja kokemukset tulisivat helpommin kirjatuksi.

Jatkossa voisi myös tutkia, miksi hoitotyö jää lääketieteen varjoon myös kirjaamisessa. Kirjaamista tehdään usein lääketieteellisten diagnoosien ja lääketieteellisen näkökulman perusteella ja itse hoitotyön kirjaaminen jää vähemmälle. Esimerkiksi usein on helpompaa kirjata annettu lääke ja syy sen antamiseen kuin lääkkeen vaikutus potilaan kokemana. Osaammeko siis arvostaa tekemäämme työtä itse ja oikeasti huomioida potilaan kokemukset ja näkemykset. Hoitajat ovat potilaita lähellä ja usein myös toimivat potilaan ”äänenä”. Tämän tulee näkyä myös hoitotyön kirjaamisessa. Kuitenkin hyvä yhteistyö lääkärin kanssa kirjaamiseenkin liittyen on edelleen tärkeää.

Lähteet

Ahonen, Outi - Blek-Vehkaluoto, Mari - Ekola, Sirkka - Partamies, Sanna - Sulosaari, Virpi - Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-2. painos. Helsinki: Sanomapro.

FinCC, suomalainen hoitotyön tarveluokitus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Itä-Suomen yliopisto.

<https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438202/SHTaL_ver+3.0.pdf/c37fa754-2792-41bb-9ccb-d08d43ee1472>. Luettu 16.1.2017.

FinCC, suomalainen hoitotyön toimintoluokitus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Itä-Suomen yliopisto.

<https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438202/SHToL_ver+3.0.pdf/9ef9350a-fc57-4652-938a-46b5ce73a0cc>. Luettu 16.1.2017.

Dochterman, Joanne – Titler, Marita – Wang, Jenny – Reed, David – Pettit, Debra – Mathew-Wilson, Mary – Budreau, Ginette – Bulechel, Gloria – Kraus, Vicki – Kanak, Mary 2005. Describing use of nursing interventions for three groups of patients. Journal of Nursing Scholarship 37. <<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=MJDHPDKPNBHFNAEHFNHKPDJHNBIMAA00&Complete+Reference=S.sh.21%7c1%7c1>>. Luettu 15.4.2017.

Griffith, P. 1998. An investigation into the description of patients' problems by nurses using two different need-based nursing models. Journal of Advanced Nursin 28.

<<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=NHBMPDECPCCHFOAFPFNHKLEJHLLDCAA00&Abstract=S.sh.21%7c2%7c1>> . Luettu 15.4.2017.

Heartfield, M. 1996. Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. Journal of Advanced Nursing 15.

<<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=NHBMPDECPCCHFOAFPFNHKLEJHLLDCAA00&Complete+Reference=S.sh.43%7c1%7c1>>. Luettu 15.4.2017.

Helleso, Ragnhild 2006. Information handling in the nursing discharge note. Journal of Clinical Nursing 15.

<<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=MJDHPDKPNBHFNAEHFNHKPDJHNBIMAA00&Complete+Reference=S.sh.24%7c1%7c1>>. Luettu 15.4.2017.

Hyppönen, Hannele - Vuokko, Riikka - Doupi, Persephone - Mäkelä-Bengs, Päivi (toim) 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. THL, Raportti 31/2014.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1>. Luettu 22.9.2016.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2016. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

<[www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen -kaytanta](http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta)>. Luettu 24.9.2016.

Härkönen, Mikko 2008. Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä –kehittämisprojekti Kainuussa vuosina 2006-2007.

<http://sote.kainuu.fi/general/Uploads_files/Julkaisut/Sarja%20d/d_13_loppuraportti_hoidok.pdf> Loppuraportti. Luettu 11.12.2016.

Häyrinen, Kristiina – Porrasmaa, Jari - Komulainen, Jorma - Hartikainen, Kauko 2004. Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Loppuraportti 3.2.2004. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 5/2004.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103073/osve5_04.pdf?sequence=1>. Luettu 3.11.2016.

Iivanainen, Ansa – Syväoja, Pirjo 2009. Hoida ja kirjaa. 1.-3. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WSOY.

Kaila, Arja 2014. Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013.
<<http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/Kaila%2C%20Arja+Potilasohjaus+vaikuttavammaksi.pdf/c67dcf5e-3047-4ec8-af1a-10eb5e173cf5>>. Luettu 31.3.2017.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kanta. 2016. <www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille>. Luettu 22.9.2016.

Kuusisto, Anne - Saloniemi, Antti 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkiva hoitotyö. Vol 8 (4).

Kylmä, J. - Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita.

Kärkkäinen, Oili – Eriksson, Katie 2003. Evaluation of patient records as a part of developing a nursing classification. Journal of Clinical Nursing 12.
<http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=NHBMPDECPCHFOAFPFNHKLJHLLDCAA00&Link+Set=S.sh.46%7c7%7csl_10>. Luettu 15.4.2017.

Kärkkäinen, Oili. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa: Hopia, Hanna - Koponen, Leena 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.
<[http://finlex.fi/fi/laki/haku/?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20sosiaali-ja%20terveydenhuollon%20asiakastietojen%20s%C3%A4hk%C3%B6isest%C3%A4%20k%C3%A4sittelyst%C3%A4&h=Hae&category\[\]=ajantasa&category\[\]=alkup&category\[\]=smur&category\[\]=kaannokset&all=on](http://finlex.fi/fi/laki/haku/?search[type]=pika&search[pika]=laki%20sosiaali-ja%20terveydenhuollon%20asiakastietojen%20s%C3%A4hk%C3%B6isest%C3%A4%20k%C3%A4sittelyst%C3%A4&h=Hae&category[]=ajantasa&category[]=alkup&category[]=smur&category[]=kaannokset&all=on)>. Luettu 22.9.2016.

Laitinen, Heleena - Kaunonen, Marja - Åstedt-Kurki, Päivi 2009. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. Journal of Clinical Nursing.
<<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/results?sid=0fc1f031-32ac-4b65-b602-912d2403dd92%40sessionmgr103&vid=1&hid=116&bquery=patient-focused+nursing+documentation+expressed+by+nurses.&bdata=JmRiPWNjbSZ0eXBIPtAmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>>. Luettu 25.9.2016.

Liljamo, Pia - Kinnunen, Ulla-Mari - Ensio, Anneli 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. THL – Luokitukset, termistöt ja tilastoohjeet 2/2012. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC->

[luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](#)>. Luettu 25.9.2016.

Lundgrén-Laine, Heljä – Salanterä, Sanna 2007. Hoitotyön päätöksenteko – muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa: Hopia, Hanna - Koponen, Leena 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue. 2016. HUS-tietoa. <www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/lansiuusimaa/Sivut/default.aspx>. Luettu 21.9.2016.

Mason, C. 1999. Guide to practice or “load of rubbish”? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. Journal of Advanced Nursing 29. <<http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=NBHBPDAPEHFOAOKFNHKCEJHMEFGAA00&Complete+Reference=S.sh.21%7c1%7c1>>. Luettu 15.4.2017.

Mediconsult. 2016. <<https://mediconsult.fi/tuotteet-ja-palvelut/mediatri/rakenteinen-hoitotyön-kirjaaminen>>. Luettu 21.9.2016.

Mäkelä, Kari 2006. Terveystieteiden tietotekniikka. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin sovellukset. Helsinki: Tammer-Paino.

Mäkilä, Minna. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvä vai ei? Teoksessa: Hopia, Hanna - Koponen, Leena 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nurmela, Esa-Petri 2016. Koulutusintervention vaikutus hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99144/GRADU-1464869393.pdf?sequence=1>>. Luettu 3.11.2016.

Nykänen, Pirkko - Junttila, Kristiina (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti – suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. THL, Raportti 40/2012. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1>. Luettu 25.9.2016.

Nykänen, Pirkko - Viitanen, Johanna - Kuusisto, Anne 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. <<http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>>. Luettu 25.9.2016.

Perehdytyskansio. 2006. Hangon terveyskeskus, vuodeosasto.

Sarajärvi, Anneli - Mattila, Lea-Riitta - Rekola, Leena. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. 1. painos. Helsinki: WSOYpro.

Saranto, Kaija – Ensio, Anneli – Tanttu, Kaarina – Sonninen, Anna Liisa 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Smith, Kathy – Smith, Vivienne – Krugman, Mary – Oman Kathleen 2005. Evaluating the impact of computerized clinical documentation. Computers in Nursing 23. <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=MJDHPDKPNBHFNAEHFNHKPDJHNBIMAA00&Link+Set=S.sh.27%7c22%7csl_10>. Luettu 15.4.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. <<http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaali-%20ja%20terveysministeri%C3%B6n%20asetus%20potilasasiakirjoista>>. Luettu 16.9.2016.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Törnvall, Eva – Wilhelmsson, Susan – Wahren Lis Karin 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 18. <<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=NBHBPDFAPEHFOAOKFNHKCEJHMEFGAA00&Complete+Reference=S.sh.42%7c1%7c1>>. Luettu 15.4.2017.

Virkkunen, Heikki - Mäkelä-Bengs, Päivi - Vuokko, Riikka (toim.) 2015. Terveystuolion rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Versio 2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1>. Luettu 16.9.2016.

Voutilainen, Päivi – Isola, Arja – Muurinen, Seija 2004. Nursing documentation in nursing homes--state-of-the-art and implications for quality improvement. Scandinavian Journal of Caring Sciences 18. < <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=NBHBPDFAPEHFOAOKFNHKCEJHMEFGAA00&Complete+Reference=S.sh.45%7c1%7c1>>. Luettu 15.4.2017.

Vuodeosasto. 2016. <www.hanko.fi/palvelut/terveyspalvelut/vuodeosasto>. Luettu 21.9.2016.

Hoitotyön kirjaamisen arviointimittari**Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje**

Minimilaatutaso: osiot 1-4 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 5-9 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 10-14	Kyllä = 1 Ei = 0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan va- paata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön mai- ninta riittää
1 Tarve: onko hoitotyön tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?	Kyllä	Hoitotyön tarve on kirjattu sille varattuun kohtaan
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoi- totyön tarve (esim. on lääketie- teellinen ongelma, dg, toimenpide, tulosy kuten astman seuranta tai suunniteltu toiminto esim. tarvit- see silmällä pitoa vrt. karkailee)
2 Tavoite: onko hoitotyön tavoite kir- jattu sille varattuun kohtaan?	Kyllä	Hoitotyön tavoite on kirjattu sille varattuun kohtaan
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoi- totyön tavoite (esim. leikkaus on- nistuu) tai on suunniteltu toiminto (esim. mobilisointi onnistuu, huo- mioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa, motivointi, saa tie- toa leikkauksesta, sairaudesta vrt. potilas oppii, osaa, ymmärtää...)
3 Toteutus: onko hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) kirjattu sille va- rattuun kohtaan?	Kyllä	Hoitotyön toteutus (hoitotyön toi- minnot) on kirjattu sille varattuun kohtaan
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoi- totyön toteutusta (esim. on arvi- ointia)
4 Tuloksen arviointi: onko hoitotyön	Kyllä	Hoitotyön tulos on kirjattu sille

tulos/ arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?		varattuun kohtaan: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tulos (esim. on toteutusta kuten ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty tai on tarpeen määrittelyä)
5 Onko valitut auttamismenetelmät (suunnitellut toiminnot) kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?	Kyllä	Suunnitellut toiminnot on kirjattu sille varattuun kohtaan
	Ei	Ei ole kirjattu tai eivät ole hoitotyön toimintoja
6 Onko suunnitteluvaiheessa valitun auttamismenetelmän tulos kirjattu?	Kyllä	On kirjattu vähintään yhden suunnitellun toiminnon/ auttamismenetelmän vaikutus sille varatussa kohdassa: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla ”lautasmallia”, epäileväinen vielä onnistuuko)
	Ei	On kirjattu suunniteltu toiminto/auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa arviointikohdassa sen tuloksesta (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30 tai keskusteltu ravitsemuksesta)
7 Onko kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?	Kyllä	Kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti tai asiayhteys)

	Ei	Ei ole yhtään
8 Onko kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?	Kyllä	Kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti tai asia-yhteys)
	Ei	Ei ole yhtään
9 Onko kirjatun tavoitteen ja tuloksen/arvioinnin välillä yhteys?	Kyllä	Kirjatun tavoitteen ja arvioinnin välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti tai asia-yhteys)
	Ei	Ei ole yhtään
10 Onko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti?	Kyllä	Tarve on ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmiutena (esim. muutokseen tai suhteessa ikään) sisältäen vapaa-tekstiä (esim. kiinnostunut tietämään, missä mennään tai onko kunnossa, reipas, itsenäinen, yksin asuva, väliaikainen, vähäinen, ajoittainen, toistuva, jatkuva vaiva) tai vähintään 4 eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tarve on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiinomaisella vapaalla tekstillä (esim. potilaan tiedon

		tarve kontrolliajasta)
11 Onko hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen?	Kyllä	Tavoite on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja se on ilmaistu potilaan konkreettisenä tekemisenä (esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, tilanne pysyy ennallaan) sisältäen vapaata tekstiä (esim. selviytyy ensin autettuna ruokailusta ja viikon kuluttua itsenäisesti) tai vähintään 4 eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tavoite ei ole yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen tai se on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiinimaisella vapaalla yleisluonteisella tekstillä (esim. vointi säilyy hyvänä, motivoituu omahoitoon)
12 Onko hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?	Kyllä	Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla (esim. vähäinen, toistuva, jatkuva avustaminen; helppo, melko tai erittäin vaativa ohjaus; väliaikainen, hetkittäinen, toistuva, yhtäjaksoinen seuranta)

	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai hoitajan toiminta on kirjattu rutiininomaisena tekemisen luettelemisena (esim. annettu ohjelehtinen, keskusteltu ravitsemuksesta, muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään) tai on kuvattu potilaan toiminta irrallisena toteamuksena (esim. nukkunut, syönyt iltapalan, vieraita käymässä, potilas kertonut pahasta olostaan, ilman tarkempaa yksilöllistä sisältöä tai yhteyttä tarpeeseen ja tavoitteeseen)
13 Onko tulos/ arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?	Kyllä	Tulos on vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioivaa
	Ei	potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai tulos on irrallista toteavaa kuvausta hoitajan tekemisestä/ toteutuksesta
14 Kun kaikki edelliset osiot 1-13 ovat kyllä -> onko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti?	Kyllä	Osiot 1-13 ovat kyllä ja sen lisäksi on kirjattu hoitotyön kannalta olennaiset yksilölliset asiat myös loogisesti >1 yhteinen tekijä (sama komponentti ja asiayhteys)
	Ei	Osiot 1-13 eivät kaikki ole kyllä tai osiot 1-13 ovat kyllä, mutta kirjaaminen on rönsyilevää ja/ tai joiltain osilta niukkaa, jolloin on vaikea löytää olennaisia asioita

Mukaillen: Kaila & Kuivalainen 2012 Kirjaamisen arviointimittari

1 (2)

Kirjaamisen arviointilomake

KIRJAAMISEN ARVIINTILOMAKE, alkumittaus Arviointikohde = yhden potilaan hoitosuunnitelma (Hoitotyön merkinnät)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Summa	ka
1 Hoitotyön tarve kirjattu	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12	0,8
2 Hoitotyön tavoite kirjattu	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	7	0,466667
3 Hoitotyön toteutus kirjattu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
4 Hoitotyön tulos/arviointi kirjattu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 Suunnitellut toiminnot kirjattu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1
6 Suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0,133333
7 Tarve -> tavoite, vähintään 1 yhteinen tekijä	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	7	0,466667
8 Tavoite -> toteutus, vähintään 1 yhteinen tekijä	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	6	0,4
9 Tavoite -> arviointi, vähintään 1 yhteinen tekijä	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,066667
10 Tarve=potilaan yksilöllinen	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12	0,8
11 Tavoite=yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	6	0,4
12 Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	5	0,333333
13 Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 Yksilöllisyys & loogisuus, > 1 yhteinen tekijä	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summa	4	7	2	2	7	9	4	4	4	4	10	2	9	9	11	88	5,866667
Tuloksen arviointi																	
ei hyväksyttävä taso	0,00-3,99																
heikko taso	4,00-7,30																
hyvä taso	7,31-10,60																
kiitettävä taso	10,61-14,00																
Mukaillen: Kaila & Kuivalainen 2012 Kirjaamisen arviointilomake.																	

2 (2)

KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE, loppumittaus Arviointikohde = yhden potilaan hoitosuunnitelma (Hoitotyön merkinnät)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Summa	ka
1 Hoitotyön tarve kirjattu	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0,916667
2 Hoitotyön tavoite kirjattu	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	10	0,833333
3 Hoitotyön toteutus kirjattu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1
4 Hoitotyön tulos/arviointi kirjattu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 Suunnitellut toiminnot kirjattu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1
6 Suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 Tarve -> tavoite, vähintään 1 yhteinen tekijä	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	9	0,75
8 Tavoite -> toteutus, vähintään 1 yhteinen tekijä	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	8	0,666667
9 Tavoite -> arviointi, vähintään 1 yhteinen tekijä	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 Tarve=potilaan yksilöllinen	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0,916667
11 Tavoite=yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	8	0,666667
12 Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	7	0,583333
13 Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 Yksilöllisyys & loogisuus, > 1 yhteinen tekijä	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summa	7	9	8	2	9	6	4	9	9	7	9	9	88	7,333333
Tuloksen arviointi														
ei hyväksyttävä taso	0,00-3,99													
heikko taso	4,00-7,30													
hyvä taso	7,31-10,60													
kiitettävä taso	10,61-14,00													
Mukaiillen: Kaila & Kuivalainen 2012 Kirjaamisen arviointilomake.														

Haastattelulomake kirjaamisen laadusta

Päivittäiskirjaamisen laadun kehittäminen Hangon terveyskeskuksen vuodeosastolla

Kirjaamiseen liittyvät ongelmat

1. Minkälaisia ongelmia päivittäiskirjaamiseen mielestäsi liittyy?

Rakenteisuuden merkitys ja ymmärtäminen

- Rakenteisesti kirjattaessa hyödynnetään luokituksia valikoimalla niistä esimerkiksi se hoidon tarve tai hoitotyön toiminto, jossa voidaan kuvata ammatillisessa ajatteluprosessissa muodostunutta lopputulosta.
- Tarve- ja toimintoluokitusten komponenttitaso kuvaa kirjaamisen asiakokonaisuutta. Komponentit sisältävät pää- ja alaluokkia, joiden avulla tarkennetaan asiaa, josta kirjataan.
- Rakenteisella tiedon kirjaamisella on etuna se, että tietoa voidaan usein suoraan hyödyntää eri näkymillä ja tieto voidaan kerätä esimerkiksi yhteenvetoon.
- Otsikkotason rakenteisuus tarkoittaa otsikon alle vapaana tekstinä kirjaamista.
- Hoitotyön keskeisiä rakenteisia tietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto.
- Hoitotyön sisällön kirjaaminen hoitoprosessin eri vaiheissa tehdään FinCC-luokituksesta valittavalla luokalla, johon voidaan lisätä vapaata tekstiä.
- Yhteenveto muodostetaan otsikoiden avulla jatkuvan kertomuksen muotoon. Yhteenveto koostuu rakenteisista tiedoista sekä vapaasta tekstistä.

2. Rakenteisuudella on merkitystä kirjaamisen laatuun

- a. kyllä
- b. ei

Koulutuksen vaikutus kirjaamiseen

- 3. Oliko kirjaamisen koulutusiltapäivällä vaikutusta omaan kirjaamiseen? Miten?**

Kirjaamisen vaikutus hoidon laatuun

- 4. Vaikuttaako kirjaaminen hoidon laatuun? Miten?**

Palautelomake kirjaamisen koulutusiltapäivistä

Päivittäiskirjaamisen laadun kehittäminen Hangon terveyskeskuksen vuodeosastolla

Palaute kirjaamisen koulutusiltapäivästä/koulutusinterventiosta (30.5. ja 31.5.)

1. Koulutus

- a. sairaanhoitaja
- b. lähihoitaja/perushoitaja

2. Opitko mitään uutta?

a. Rakenteisuus

- 1. en oppinut mitään uutta
- 2. opin jotain uutta
- 3. en osaa sanoa
- 4. opin vähän uutta
- 5. opin paljon uutta

b. FinCC-luokitus

- 1. en oppinut mitään uutta
- 2. opin jotain uutta
- 3. en osaa sanoa
- 4. opin vähän uutta
- 5. opin paljon uutta

3. Potilasesimerkkien avulla harjoittelu oli hyödyllistä

- 1. täysin eri mieltä
- 2. eri mieltä
- 3. en osaa sanoa
- 4. samaa mieltä
- 5. täysin samaa mieltä

Muu palaute