

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

2010

Heidi Ojansivu

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN KOTISAIRAANHOITOA TUKEVILLA VUODEOSASTOILLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Huhtikuu 2010 | Sivumäärä 25+6 liitesivua

Heidi Ojansivu

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN KOTISAIRAANHOITOA TUKEVILLA VUODEOSASTOILLA

Tässä tutkimuksessa pyritään saamaan tietoa rakenteisen kirjaamisen tilasta Turun terveystoimen (nyk. Turun sosiaali- ja terveystoimi) kotisairaanhoidon tukevilla vuodeosastoilla. Potilastietojen rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoitoa koskevien tietojen kirjaamista yhteisesti sovitun, rakenteisen mallin mukaan. Tutkimuksessa käytettiin aineistona kymmentä kotisairaanhoidon tukevilla vuodeosastoilta saatua satunnaisotannalla valittua hoitokertomusta. Hoitokertomukset analysoitiin käyttäen sisällönanalyyysirunkoa, joka sisälsi noin 50 kysymystä.

Tutkimus on jatkotutkimus aiemmin vuonna 2008 tehtyyn samanlaiseen tutkimukseen jolloin myös selvitettiin kirjaamisen tilaa samoilla osastoilla. Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää, onko kirjaamisen tilassa tapahtunut muutosta ja millainen on kirjaamisen nykytila osastoilla. Käytetyt kymmenen hoitokertomusta edustavat yhteensä seitsemää eri osastoa, joilla kaikilla hoidetaan turkulaisia yli 65-vuotiaita potilaita. Osastot olivat neurologinen jatkokuntoutusosasto, geriatrinen jatkokuntoutusosasto, akuutit vuodeosastot 1 ja 2, Kotiutuspartio 1 ja 2 sekä Peiponpesä 2. Kaikkien osastojen yhteinen pääasiallinen tavoite on, että potilas kuntoutuu vielä kotikuntoiseksi.

Tutkimusongelmia oli kaksi:

1. Minkälaista kirjaaminen on Turun terveystoimen kotisairaanhoidon tukevilla vuodeosastoilla?
2. Millaisia muutoksia kirjaamisessa on tapahtunut aikaisempaan tutkimukseen verrattuna?

Tämän tutkimuksen aineiston pienuuden takia tuloksista ei saatu suoraan vertailukelpoisia edellisen tutkimuksen kanssa. Esille kuitenkin nousi se, että potilastietojen rakenteinen kirjaaminen on vaihtelevaa ja osittain hyvinkin puutteellista.

ASIASANAT:

Hoitotyö, kirjaaminen, vanhustenhoito, dokumentointi

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered Nurse

April 2010 | Number of pages 25+6 appendices

Heidi Ojansivu

STRUCTURED PATIENT RECORD DOCUMENTATION IN THE HOME NURSING SUPPORTING WARDS

The aim of this study was to survey the state of structured documentation in the home nursing supporting wards in the Turku municipal health department (Turku municipal social- and health department). Structured documentation of patient records means the documentation of information concerning the patient's care. A common structured pattern has been implemented on which the documentation is made. This study withholds ten patient records from seven wards of the home nursing supporting wards. The ten patient records were analyzed using a framework which consisted of about 50 questions.

This study is a follow-up on a previous study made in 2008. The aim of the earlier study was also to survey the state of structured documentation. Therefore, the main purpose of this study was to survey whether or not there had been any changes in the state of documentation. The ten patient records used in this survey represent seven different wards which all specialize in caring for over 65 years old residents of Turku. The main goal of all of the wards is to rehabilitate patients so that they can still carry on living independently.

The research problems were:

1. What is documentation like in home nursing supportive wards?
2. What kind of variation in documentation is there compared to the earlier study?

Due to the small amount of analyzed patient records in this study, a reliable, overall comparison between this study and the earlier study could not be made. However, the results show that there is still need for improvement with correct documentation and that the documentation varies.

KEYWORDS:

Nursing, documentation, geriatric nursing, patient record

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 HOITOTIETOJEN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN	6
2.1 Kirjaamisen tarve	6
2.2 Hoitotietojen rakenteinen kirjaaminen	7
2.3 Turun terveystoimen kirjaamisprojekti	10
3 KOHDEOSASTOJEN ESITTELY	11
3.1 Vanhuspotilaan hyvä hoito	11
3.2 Kotisairaanhoidoa tukevat vuodeosastot	12
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	13
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	14
5.1 Tutkimusaineisto	14
5.2 Tutkimusaineiston analysointi	15
6 EETTISYYS- JA LUOTETTAVUUSTEKIJÄT	15
6.1 Eettiset näkökulmat	15
6.2 Luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä	16
7 TUTKIMUSTULOKSET	18
7.1 Hoitokertomuksiin kirjattu tieto	18
7.2 Tulotilanteessa kirjatut asiat	18
7.3 Hoitosuunnitelma ja potilaan tarpeiden määrittely	18
7.4 Hoitosuunnitelma ja potilaan tavoitteiden määrittely	19
7.5 Hoitotyön toiminnot ja keinot	20
7.6 Potilaan ja omaisten näkemysten kirjaaminen ja ohjaus	20
7.7 Potilaan hoidon arviointi ja mittareiden käyttö	21
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	21
LÄHTEET	23
LIITTEET	
Liite 1. Sisällönanalyysirunko	26
KUVAT	
Kuva 1: Luokituksilla rakenteistettu päivittäinen kirjaaminen	9

1 Johdanto

Hoitotietojen kirjaaminen on vuosikymmenten saatossa kokenut suuria muutoksia, niistä suurimpana muutoksena varmasti käsin tehdystä paperille kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen. Käytössä oli aiemmin suuret määrät erilaisia lomakkeita, jotka olivat erilaisia eri toimipaikoissa. (Ensio & Häyrinen 2007, 67-70.)

Tietokoneiden tulon jälkeen ei kirjaaminen ole silti ollut yhtenäistä eikä se ole palvellut sellaisena tiedonlähteenä, kuin sen pitäisi. Kirjaamistapojen erilaisuus on ongelmallista ja tiedon etsiminen sekalaisten merkintöjen seasta on aikaa vievää. Osastoilla on ollut tapana sopia toimipaikkakohtaisista kirjaamistavoista, jolloin yhdessä paikassa henkilökunta kirjaa yhtenäisesti. Tämäkään ei ole toiminut, sillä ongelmia tulee taas, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen. (Ensio & Häyrinen 2007, 72-73.)

Yhtenäistäminen kirjaamisessa on ollut tavoitteena myös Turun Terveystoimen kirjaamisprojektissa ”Hoitotyön sähköinen kirjaaminen – käytäntöön implementointi”. Hanke alkoi marraskuussa 2007 ja sen tarkoituksena on jalkauttaa valtakunnallinen, hoitotyön ydintietoihin perustuva yhtenäinen rakenteinen kirjaamismalli Turun terveystoimeen. Tähän mennessä hankkeessa on koulutettu kymmenen asiantuntijasairaanhoitajaa, jotka edelleen kouluttavat edelleen osastojen henkilökuntaa. Keväällä 2008 laadittiin myös Turun terveystoimen yhteinen hoitonäkemykset, joka määrittelee, mitä asioita tulisi myös kirjaamisessa ilmetä. Samanaikaisesti toteutettiin hankkeen kaksi ensimmäistä, kirjaamisen tilaa selvittävää tutkimusta. (Salmela 2009.)

Tämä tutkimus on jatkoa vuoden 2008 tutkimukselle ja se pyrkii selvittämään, minkälaista kirjaaminen on Turun terveystoimen kotisairaanhoitoa tukevilla vuodeosastoilla, ja onko kirjaamisen tilassa tapahtunut muutosta edelliseen tutkimukseen verrattuna.

2 Hoitotietojen rakenteinen kirjaaminen

2.1 Kirjaamisen tarve

Potilasasiakirja tarkoittaa mitä tahansa tallenteita, jotka sisältävät tietoa potilaan terveydentilasta ja hoidosta. Potilaskertomus on yksi osa potilasasiakirjaa. Sillä tarkoitetaan tietoja esimerkiksi osastohoitojaksoista, ja siinä on näkyvissä eri ammattiryhmien, kuten lääkäreiden ja sairaanhoitajien, merkintöjä. Se on kronologisessa järjestyksessä etenevä asiakirja. Hoitokertomuksella taas tarkoitetaan lähinnä hoitohenkilökunnan laatimaa osaa potilaskertomuksesta, joka sisältää tietoa potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta, seurannasta ja arvioinnista. (Saranto & Sonninen 2007, 12-13.)

Systemaattisuus hoitotyön kirjaamisessa tarkoittaa sitä, että on yleisesti sovittuna kirjaamisen sisältö ja rakenne. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että on yhteisesti tiedossa sekä se mitä kirjataan että se, miten kirjataan. Yhtenäisyys helpottaa tietojen ymmärrettävyyttä ja siten niiden käyttökelpoisuutta. Ymmärrettävyys ja käyttökelpoisuus hoitotiedoissa puolestaan edistää potilasturvallisuutta parantamalla tietojen nopeaa saatavuutta. Systemaattisuutta tarvitaan jatkuvasti kasvavan tietomäärän käyttämisen helpottamiseksi ja on myös tärkeää, kun kirjattuja tietoja käsitellään potilaan ja esimerkiksi hoitajan ollessa fyysisesti eri paikoissa. Systemaattinen kirjaamistapa yhtenäistää kirjaamista ja kun käytössä on rakenteinen kirjaamistapa, hoitohenkilökunnan on helpompi kirjata juuri ne asiat, jotka ovat merkityksellisiä kunkin potilaan kohdalla. (Saranto & Sonninen 2007, 12-15.)

Potilaalla on myös itsellään oikeus saada tarkistaa häntä koskevat asiakirjat ja nähdä, mitä hänestä on kirjattu hoitokertomukseen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätelee myös itse kirjaamista. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön pitää merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen,

suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Kirjaaminen vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja sen edistymiseen ja luottamuksellisen hoitosuhteen kehittymiseen. Nämä ovat potilaan kannalta tärkeitä asioita. Kirjattua tietoa voisi myös verrata lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Kirjauksista tulee siis selvittää miksi potilas on hoidossa, millaista hoitoa hän on saanut, miten hän voi ja mitä mieltä hän itse on ollut saamastaan hoidosta. (Saranto & Ikonen 2007, 189-190.)

2.2 Hoitotietojen rakenteinen kirjaaminen

Hoitotietojen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoitoon liittyvien asioiden kirjaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä, joissa tiedot ovat kaikkien potilaan hoidosta vastaavien ammattiryhmien saatavilla. Kirjaamisen tulee olla selkeää ja käytettävää kielen ammatillista. Yhteisesti sovittu rakenteinen eli jäsennetty kirjaamistapa edistää kirjaamisen selkeyttä. Rakenteisuus kirjaamisessa tarkoittaa kirjaamisen sisällön ja rakenteen kehittämistä. (Sonninen 2007, 66.) Tornvallin & Wilhelmssonin (2008) tutkimuksessa tuli ilmi, että nimenomaan selkeyden ja rakenteisuuden puute vaikeuttaa asianmukaisen tiedon löytämistä potilaan hoitokertomuksista. Tällöin kirjaaminen ei palvele sen alkuperäistä tarkoitusta; tiedon saamista ja hoitotyön kehittämistä. Kirjaaminen on myös osaltaan juridinen todiste siitä, että potilasta on hoidettu esimerkiksi hoitosuunnitelmassa määritellyillä tavoilla. Esimerkiksi kiistatilanteissa kirjatut tiedot potilaan hoidosta ovat todiste siitä, onko toimittu oikein ja ennalta sovitulla tavalla. (Saranto & Sonninen 2007, 15.)

Ennen sähköisiä potilastietojärjestelmiä kirjaaminen on tapahtunut käsin esimerkiksi erilaisille lomakkeille. Sähköiseen kirjaamiseen on siirrytty Suomessa niin, että ensimmäiset sähköiset ohjelmistot otettiin käyttöön 1990-luvulla. 2000-luvun loppupuolella reilusti yli 90 prosenttia perusterveydenhuollon yksiköistä käytti sähköistä potilaskertomusjärjestelmää. (Häyrinen & Ensio 2007, 98.)

Kirjaamisen tulisi tapahtua hoidollisen päätöksentekoprosessin mukaisesti. Tällöin kirjaamisesta tulee ilmi kaikki päätöksenteon vaiheet. Tällä hetkellä vaiheita voidaan laskea olevan kahdeksan. Vaiheet voi jaotella hoidon tarpeen määrittelyyn, hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen ja hoidon arvioinnin mukaisesti. **Hoidon tarpeen määrittely** pitää sisällään kaksi vaihetta: potilasta koskevan tiedon keruun ja tietojen analysoimisen. Hoidon suunnitteluun sisältyvät vaiheet ovat **päätelmien teko** eli hoidon tarpeiden, potilaan ongelmien tai hoitotyön diagnoosin määrittäminen, edellä mainittujen priorisointi, tavoitteiden tai odotettujen tulosten nimeäminen ja hoitotyön toimintojen valinta. **Hoidon toteutus** pitää sisällään itse hoitotyön toteuttamisen. **Hoidon arviointi** pitää sisällään arviointivaiheen; jatkuvaa arviointia ja loppuarvioinnin tekemisen. (Sonninen & Ikonen 2007, 75-76.)

Suomessa hoitotyön kirjaaminen käyttää kansallisesti hyväksyttyä FinCC-luokitusta (Finnish Care Classification), johon kuuluu kolme osaa: Hoitotyön toimintoluokitus (SHTol) ja hoidon tarveluokitus (SHTal) ja hoidon tulosluokitus (SHTul). Toiminto- ja tarveluokituksella on yhteinen rakenne joka pitää sisällään komponentti-, pääluokka-, ja alaluokkatason. Kirjaaminen tapahtuu pää- ja alaluokkatasolla. (Tanttu & Ikonen 2007, 115 ja Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3.) Kuvassa 1 seuraavalla sivulla on esimerkki luokitusten mukaan tehdystä päivittäisestä kirjauksesta. Kursivoidut tekstit ovat tarve- ja toimintoluokitusta.

Lääketieteen dg: Diabetes mellitus

Hoidon tarve

Lääkehoito: Lääkitykseen liittyvä tiedonpuute. Insuliinin käytössä ohjauksen tarvetta.

Ravitsemus: Ravitsemukseen liittyvä tiedonpuute. Ruokavalio-ohjauksen tarvetta rasvojen ja sokerin käytöstä.

Tavoitteet

Lääkehoito: Insuliinin käytön oppiminen.

Ravitsemus: Oikean ravitsemuksen oppiminen.

Hoidon toteutus

Lääkehoito: Lääkehoidon ohjaus. Insuliinin pistäminen ohjattu. Potilas sai ohjeet sekä kirjallisena että suullisena.

Ravitsemus: Ravitsemukseen liittyvä ohjaus. Diabeteksen hoitoon liittyvän ravitsemuksen ohjaus toteutettu. Annettu ohjeet myös kirjallisena.

Hoidon arviointi

Lääkehoito: Potilas ymmärtää diabeteksen hoidon ja insuliinihoidon käyttöön liittyvät ohjeet sekä osaa pistää insuliinin.

Ravitsemus: Potilas hyväksyy ja ymmärtää ravitsemuksen merkityksen diabeteksen hoidossa sekä on motivoitunut hoitoonsa.

Kuva 1. Luokituksilla rakenteistettu päivittäinen kirjaaminen. (Tanttu 2007).

Laitisen, Kaunosen ja Åstedt-Kurjen (2010, 492-495) tutkimuksessa tutkittiin hoitajien kirjaamisessa käyttämiä ilmaisia ja kirjaamistapoja. Heidän tutkimuksessaan tuli ilmi, että hoitajien kirjaamisista tuli usein esille hoitajan ja potilaan välinen ymmärtämys. Oli esimerkiksi kirjattu, että ”sovittu, että potilas voi soittaa heti osastolle jos tulee ongelmia” joka kuvaa keskinäistä ymmärrystä hyvin. Tutkimuksen mukaan potilaan oma päätöksenteko hoitoaan koskien tuli kuitenkin hyvin harvoin kirjatuksi. Usein potilaan omia näkemyksiä kirjatessa ei tullut selville onko hoitaja tarkoittanut nimenomaan potilaan näkemyksiä vai perustuiko merkintä hoitajan omaan näkemykseen. Kirjaamisessa tulisi myös potilaan oma ääni tulla esille. Potilaslähtöisyys kirjaamisessa tarkoittaa sitä, että potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja hoidon arvioinnista tulee ilmi kirjauksista, eikä kirjaaminen ole vain hoitajan näkökulma. Kärkkäisen ja Erikssonin (2003) tutkimuksen mukaan potilaan omat näkemykset tulevat nousevat kuitenkin hyvin harvoin esille kirjauksissa.

Saksassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin hoitajien asenteita sähköistä kirjaamista kohtaan. Tulosten mukaan hoitajan asennoitumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat ikä, koulutus ja olemassa olevat tietokoneen käyttötaidot. Täten suopeimmin sähköiseen kirjaamiseen yleensä suhtautuvat nuoret, koulutetut hoitajat.

(Fleischmann 2009.) Tutkimustulos myös osaltaan selittää kirjaamisen tason vaihtelua.

Rakenteinen kirjaamismalli on ollut käytössä Turun terveystoimessa kohdeosastoilla, pois lukien akuutit vuodeosastot 1 ja 2, vuodesta 2007 alkaen. Hoitosuunnitelmat tehdään yksilöllisesti jokaiselle osastolle saapuvalla potilaalla. Hoitaja määrittelee tällöin tarpeet, tavoitteet ja toiminnot ja hoitajakson päätyttyä arvioidaan hoitajakson tavoitteiden toteutumista. Päivittäinen sanallinen kirjaaminen tapahtuu tarve- ja toimintoluokitusten pääotsikoiden alle.

2.3 Turun terveystoimen kirjaamisprojekti

Turun terveystoimi on ollut mukana kansallisessa hoitotyön kehittämisen hankkeessa. Turun terveystoimessa aloitettiin ”hoitotyön sähköinen kirjaaminen – käytäntöön implementointi”- hanke vuonna 2007. Sen tarkoitus oli jalkauttaa rakenteinen kirjaamismalli Turun terveystoimen kaikkiin toimipisteisiin. Alussa koulutettiin kymmenen asiantuntijasairaanhoitajaa, jotka edelleen kouluttavat eri osastojen henkilökuntaa rakenteisessa kirjaamisessa. Keväällä 2008 laadittiin myös Turun terveystoimen yhteinen hoitonäkemys, jonka sisältämien asioiden tulisi tulla ilmi myös rakenteisessa kirjaamisessa. Lisäksi laadittiin yhteiset kirjaamisen laatuvaatimukset- ja kriteerit, joiden mukaisesti kirjaamisen tulisi toteutua kaikissa toimipisteissä. Keväällä 2008 tehtiin ensimmäiset kirjaamisen tilaa kartoittavat tutkimukset, kyselytutkimus henkilökunnalle sekä sisällönanalyysi hoitokertomusten sisällöistä. (Salmela, 2009.)

Valtakunnalliset hankkeet, joihin Turun terveystoimenkin hanke pohjautuu, on ollut kaksi. Ensimmäisessä vaiheessa käynnistettiin HoiDok-projekti eli valtakunnallinen hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittämishanke vuonna 2005. Sen tarkoituksena oli kehittää yhtenäinen valtakunnallinen, rakenteinen kirjaamismalli. Hankkeeseen osallistui eri sairaanhoitopiirejä ja kaupunkien terveisyhtymiä. Hankkeessa eri potilaskertomusjärjestelmiin liitettiin hoitotyön toiminto- ja tarveluokitus sekä tulosluokitus (ShTol, ShTal ja ShTul). Hanke päättyi vuonna 2007. (Tanttu 2007.)

Toinen vaihe hankkeessa oli vuosina 2007-2009. HoiData-hanke oli jatkoa HoiDok-hankkeelle, ja siinä hyödynnettiin aiemman hankkeen tuloksia. Sen tarkoituksena oli esittää valmis kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaamisen malli ja sen käyttämät luokitukset. (Tanttu 2008.) Vuonna 2008 tehtiin ensimmäiset tutkimukset kirjaamisen tilasta terveystoimen alueella, joten tämä tutkimus on jatkotutkimus jossa selvitetään, onko kirjaamisen tilassa tapahtunut muutoksia kuluneen ajan aikana.

HoiData-hanke otti käyttöön ydintietojen mukaisen rakenteisen kirjaamistavan 32:ssa terveydenhuollon organisaatiossa. Hankkeen loputtua lokakuussa 2009 käyttöönotto oli edelleen kesken joissakin organisaatioissa. (Tanttu 2009, 4.)

3 Kohdeosastojen esittely

3.1 Vanhuspotilaan hyvä hoito

lääkällä potilaalla (tässä tapauksessa iäkkäällä tarkoitetaan yli 65-vuotiaita) on oikeus hyvään hoitoon siinä missä työikäiselläkin. Vanhusten hoidossa on omat haasteensa, joita tuo mukanaan potilaiden monisairaudet, etenkin dementoivat sairaudet, ja joidenkin potilaiden heikko yleiskunto. Hyvin usein taustalla vaikuttaa vielä voimakkaasti potilaan perhe. Hoidettaessa iäkästä potilasta on hyvin tärkeää huomioida hänen jäljellä olevia voimavarojaan. Potilasta kuunnellaan, sillä hänellä on mahdollisesti heikentyneestä yleiskunnostaan huolimatta vahva näkemys siitä, mitä hän pystyy tekemään ja mitä hän haluaa tehdä. Iäkkäällä potilaalla saattaa myös olla omia selviytymistapoja, jotka ovat kehittyneet vuosien varrella. (Hyttinen 2008.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE on vuonna 2001 määrittellyt terveydenhuollon eettiset periaatteet, jotka luonnollisesti koskevat myös vanhuspotilaita. Periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hy-

vinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 344.)

Osastoilla hoidetaan yli 65-vuotiaita potilaita, jolloin tulee vastaan paljon tilanteita, joissa tarvitaan hyvää eettistä päätöksentekoa. Itsemääräämisoikeus ei katoa ihmiseltä vaikka muisti olisikin heikentynyt. Dementoitunutkin potilas on josain määrin kykenevä päätöksentekoon koskien omaa hoitoaan. Potilasta kuunnellaan niin kauan, kun hän terveytensä puolesta pystyy päätöksiä tekemään. Senkin jälkeen, kun potilas on jo kykenemätön päätöksentekoon, on otettava huomioon hänen mahdollisesti antamansa toiveet ollessaan toimintakykyinen. Nyrkkisääntönä dementoituneellekin vanhukselle ja hänen mielipiteilleen on annettava merkitys eikä niitä saa sivuuttaa. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2006, 22-23.)

Sairaanhoitajan haasteena on turvata iäkkään potilaan terve ja aktiivinen ikäänntyminen. Väestön vanhetessa tämä tulee vain korostumaan. Niin ikään haasteena on moniammatillisen verkoston hyödyntäminen. Useasti iäkkään potilaan hoidosta vastaa useampikin taho, ja vanhus voi tarvita monenlaista apua ja hoitoa. Sairaanhoitajan tehtävänä on olla tietoinen potilaan tarpeista ja saattaa hänet tarvitsemiensa hoitavien tahojen piiriin. (Tiikkainen & Teeri 2009.)

3.2 Kotisairaanhoitoa tukevat vuodeosastot

Tämän tutkimuksen kohdeosastoja ovat Turun terveystoimen kotisairaanhoitoa tukevat vuodeosastot. Hoidettavat potilaat ovat yli 65-vuotiaita turkulaisia, sairaalahoidon tarpeessa olevia vanhuksia. Tässä tutkimuksessa näitä osastoja edustaa seitsemän eri osastoa: akuutit vuodeosastot 1 ja 2, neurologinen jatkokuntoutusosasto, geriatrinen jatkokuntoutusosasto, kotiutuspartio 1 ja 2 ja Peiponpesä 2. Yhteistä kaikille osastoille on moniammatillinen yhteistyö ja lisäksi yhteistyö muiden hoitavien tahojen, kuten kotisairaanhoidon, kanssa. (Turun Kaupunki 2010).

Akuutit vuodeosastot 1 ja 2 on tarkoitettu akuutisti sairaalahoidon tarvitseville. Osasto toimii myös jatkohoitopaikkana Turun Yliopistollisesta Keskussairaala-

(TYKS) kotiutuville vanhuksille, jotka eivät ole aivan kotikuntoisia. Osastoilta on tarkoitus kotiuttaa kuntoutunut, kotona pärjäävä vanhus. Jos potilas ei kuntoudu enää kotikuntoiseksi, voi osastolta siirtyä myös esimerkiksi pitkäaikaissairaanhoidon osastolle. Geriatrinen jatkokuntoutusosasto on tarkoitettu esimerkiksi murtumasta toipuvalle vanhukselle. Osasto on nimestäkin päätellen kuntoutuspainotteinen, potilaat harjoittelevat ja kuntoutuvat muun muassa fysioterapeutin opastuksella. (Turun Kaupunki 2010.)

Neurologiselle jatkokuntoutusosastolle potilaat tulevat TYKS:istä esimerkiksi aivoverenkiertohäiriön jälkeen ennen kuin ovat täysin kotiutuskuntoisia. Osastolla hoidetaan silti myös pitkäaikaissairaita potilaita. Kotiutuspartiot turvaavat sairaalasta äskettäin kotiutuneiden vanhusten kotona selviytymistä (Turun Kaupunki 2010.)

Kotisairaanhoidoa tukevat vuodeosastot ovat olleet mukana rakenteisen kirjaamisen pilottiosastoina vuodesta 2007 alkaen (lukuun ottamatta akuutteja vuodeosastoja 1 ja 2), joten näillä osastoilla on jo totuttu kirjaamaan rakenteisen mallin mukaisesti.

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämä tutkimus on osa suurempaa tutkimusta, jolla selvitetään rakenteisen kirjaamisen nykytilaa Turun terveystoimessa. Aiemmin, kevään 2008 aikana, on kirjaamisen tilaa myös tutkittu. Tämä tutkimus palvelee vertailumielessä, onko muutoksia noin vuoden aikana tapahtunut. Opinnäytetöitä tehdään yhtä aikaa kaikilla Turun terveystoimen alueilla jotta saadaan kartoitettua niin esimerkiksi psykiatrian alan kirjaamisen tila siinä missä kotisairaanhoidoa tukevien vuodeosastojenkin. Tämän tutkimuksen osalta kevään 2009 ajalta saadut kymmenen hoitokertomusta analysoitiin muita vastaavia opinnäytetöitä myöhemmässä vaiheessa, talven ja kevään 2010 aikana. Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Minkäläistä kirjaaminen on Turun terveystoimen kotisairaanhoidon tukevilla vuodeosastoilla?
2. Minkälaisia muutoksia kirjaamisessa on tapahtunut edelliseen tutkimukseen verrattuna?

5 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

5.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona käytettiin kymmentä Turun terveystoimen kotisairaanhoidon tukevilta vuodeosastoilta saatua hoitokertomusta. Kirjaukset sijoittuvat ajallisesti alkuvuoteen 2009. Hoitokertomuksista analysoitiin sekä hoitosuunnitelma että päivittäiset kirjaukset. Hoitokertomukset oli käsitelty ennen tutkijalle saattamista niin, että potilaan tunnistetiedot eivät olleet näkyvissä. Täten tutkija ei voinut tietää, kenen hoitokertomuksesta on kyse. Potilaiden henkilötiedoista jätettiin näkyviin vain etunimi ja syntymävuosi, koska näitä tietoja tarvittiin analysoinnissa.

Otanta tehtiin Pegasoksen pääkäyttäjien toimesta. Otantamenetelmänä käytettiin systemaattista satunnaisotantaa. Satunnaisotanta tarkoittaa otantamenetelmää, jossa jokaisella joukon edustajalla on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi. Otoksoon määrittelee se, miten tarkkoja tuloksia tutkimukselta odotetaan. Yleensä kvantitatiivisissa tutkimuksissa yksinkertaisimmassa tutkimuksissa otantamäärän tulisi olla noin 35. (Alkula, Pöntinen, Ylöstalo, 1994. 110 ja Leinonen, 2010.)

5.2 Tutkimusaineiston analysointi

Hoitokertomukset analysoitiin käyttäen teorialähtöistä deduktiivista sisällönanalyysi-menetelmää. Menetelmä on paljon käytetty hoitotieteellisissä tutkimuksissa ja se on erityisesti sopiva kirjallisen tutkimusaineiston analysointiin. Sisällönanalyysin avulla voidaan kuvailla tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs & Vanhanen, 1999. 3 -4.) Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, etsien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä tiivistäen. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, joten tarkastelun kohteena on tekstimuotoisia aineistoja. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tiivistetty kokonaisuus tutkittavasta ilmiöstä, joka liittyy tutkimuksen suurempaan kontekstiin ja edeltäviin tutkimustuloksiin. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen, 2006.)

Analyysissä käytettiin sisällönanalyysirunkoa, joka sisältää noin 50 kysymystä (LIITE 1), ja joka on vertailukelpoinen edellisen tutkimuksen sisällönanalyysirungon kanssa. Sisällönanalyysirunkoa apuna käyttäen hoitokertomuksista saatiin esille tutkimuksen tarkoitusta palvelevat asiat. Tulokset laskettiin käsin pienen aineistokoon takia.

Tämä tutkimus on lähtökohdaltaan määrällinen eli kvantitatiivinen. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii kuvaamaan tutkittua ilmiötä numeraalisesti, ja usein tutkitut asiat pyritään muodostamaan taulukkomuotoon. Menetelmä on hoitotieteessäkin yleisesti käytetty. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009. 139-140.)

6 Eettisyys- ja luotettavuustekijöitä

6.1 Eettiset näkökulmat

Tutkimuseettiset asiat ovat asioita, jotka tulee huomioida mitä tahansa tutkimusta tehtäessä. Hyvää tutkimuseettistä käytäntöä noudattaen pitää huomioida tut-

kimuskohteen moraalinen asema ja oikeudet. Vaikka tutkimuskohteena onkin ensisijaisesti potilaisiin liittyvää aineistoa, josta henkilötiedot on poistettu, on etiikan huomioiminen silti tärkeää. Hoitokertomusten takana on kuitenkin arkaluontoistakin tietoa osaston potilaista. Tutkijan etiikalla tarkoitetaan eettisiä periaatteita, sääntöjä, normeja, arvoja ja hyveitä joita tutkijan pitäisi ”ammattiaan” toteuttaessa noudattaa. (Pietarinen, 1999.)

Henkilötietolain mukaan arkaluontoisiksi henkilötiedoiksi luokitellaan muun muassa henkilön sairauksia koskevat tiedot, ja niiden käsitteleminen on laissa kiellettyä. Poikkeuksen tekee niiden käyttö tieteellistä tutkimusta varten. Tällöinkin suostumus tutkittavilta on oltava, ellei suuren otannan vuoksi ole mahdollista jokaiselta suostumusta saada. Jos suostumusta jokaiselta tutkittavalta ei ole, voidaan tutkimus silti suorittaa, jos tutkimukseen käytettävistä materiaaleista on asianmukaisesti poistettu henkilötiedot. (Henkilötietolaki, 1999.) Tässä tutkimuksessa käytetyt potilaiden hoitokertomukset toimitetaan käytön jälkeen Turun terveystoimeen, jossa ne tuhotaan asianmukaisesti.

Eettisyyttä tässä tutkimuksessa lisää käytettävän aineiston oikeanlainen käsittely. Aineistoa ei saateta ulkopuolisten nähtäväksi, eikä tutkija edes itse tiedä potilaiden henkilöllisyyttä. Tuloksista ei myöskään yksittäinen potilas ole tunnistettavissa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä

Luotettavuusongelmista esiin nousee tutkijan kokemuksen vähyys, joka omalta osaltaan vaikuttaa tutkimuksen etenemiseen. Myös Turun terveystoimen ja sosiaalitoimen yhdistyminen hankkeen aikana aiheuttaa varmasti jonkinlaista luotettavuuteen vaikuttavaa muutosta aineistoissa. Kohdeosastoilla on potilaita jotka ovat tulleet hoitoon esimerkiksi kotihoidon piiristä, jolloin kirjaamistavat voivat erota toisistaan paljonkin. Tästä syystä aiemman analyysin ja tulevan analyysin tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia. (Salmela, 2009.) Tämän

tutkimuksen osalta keskeiseksi luotettavuusongelmaksi nousee käytettyjen hoitokertomusten vähyys, joka heikentää vertailumahdollisuuksia edelliseen tutkimukseen.

Luotettavuutta voi heikentää myös aineiston vääränlainen analysointitapa. Tämän tutkimuksen tapauksessa vältyttiin eri tulkintatavoista koska tutkijoita on vain yksi. Lisäksi koko ryhmälle, joka teki sisällönanalyysitutkimusta, jaettiin ongelmien ja väärrien tulkintojen välttämiseksi kirjalliset ohjeet ongelmallisten kohtien tulkitsemisesta.

Luotettavuutta parantaa käytetyn mittarin eli sisällönanalyysirungon luotettavuus. Mittari on luotettava, jos se tutkii tarkasti ja rajatusti juuri tutkimusongelmiin liittyviä asioita. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen, 1997, 206-207.) Mittari on luotettava sillä perusteella, että samaa mittaria käytettiin myös ensimmäistä tutkimusta tehtäessä. Mittarin luotettavuutta lisää myös se, että käytössä oli kirjalliset ohjeet sen käytöstä. Tutkimuksen tulokset ovat luotettavia siinä mielessä, että otannassa ei ole tehty minkäänlaista tietoaista valintaa hoitokertomusten suhteen, ja tulokset ovat jollain tasolla siten yleistettävissä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen, 1997, 210-211.)

Tässä tutkimuksessa mittarin käyttö ei osoittautunut kuitenkaan täysin ongelmattomaksi. On hyvin mahdollista, että tulkintaeroja verrattuna edelliseen tutkimukseen on tapahtunut. Joidenkin sisällönanalyysirungon kysymysten kohdalla oli myöskin tutkijan mielestä tulkinnanvaraisuutta joka saattaa johtaa virheellisiin tulkintoihin.

Käytetyt hakukoneet ja tietokannat voivat myös osaltaan parantaa tai heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa käytettiin ensisijaisesti Turun Ammattikorkeakoulun Aura-hakua kun etsittiin kotimaista kirjallisuutta aiheesta. Muita käytettyjä tietokantoja olivat Medic, Wiley Interscience, PubMed ja Pubget. Hakusanoina käytettiin muun muassa termejä hoitotyö, kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, geriatrinen hoitotyö, geriatric nursing, electronic documentation ja patient records.

7 Tutkimustulokset

7.1 Hoitokertomuksiin kirjattu tieto

Aineiston kymmenen hoitokertomusta jakautuivat siten, että naisia oli seitsemän ja miehiä kolme kappaletta. Potilaiden iät vaihtelivat välillä 58- 89 vuotta. Eniten oli 75-85 -vuotiaita potilaita. Keski-ikä oli 75 vuotta.

7.2 Tulotilanteessa kirjatut asiat

Tulotilanteessa ei yhdenkään hoitokertomuksen kohdalla oltu kirjattu, kenelle potilasta koskevia tietoja saa luovuttaa. Vain yhdessä hoitokertomuksessa ei ollut kerrottu potilaan aiempaa terveydentilaa tulotilanteessa. Niissä yhdeksässä hoitokertomuksessa, jossa aikaisempi terveydentila oli kirjattu, yksi oli kirjattu vain lääketieteellisestä näkökulmasta hoidollisen näkökulman sijaan.

Muissa hoitokertomuksissa potilaan aiempi terveydentila oli kirjattu useimmiten vain hoidollisesta näkökulmasta. Kolmessa hoitokertomuksessa oli kirjattu sekä lääketieteellinen että hoidollinen näkökulma potilaan aiemmasta terveydentilasta. Potilaan aikaisempia kokemuksia hoidosta ei ollut kirjattuna yhdessäkään hoitosuunnitelmassa.

7.3 Hoitosuunnitelma ja potilaan tarpeiden määrittely

Hoitokertomuksista kaikissa paitsi yhdessä oli potilaalle tehty hoitosuunnitelma. Tarpeita oli määritelty hoitokertomuksiin kahdesta yhdeksään kappaletta potilasta kohden. Tarpeet laskettiin mukaan niin, että huomioitiin itse hoitosuunnitelmassa esillä olleet valmiiksi määritellyt tarpeet, sekä lisäksi huomioitiin päivitteisistä kirjauksista ilmi tulleita tarpeita, joita ei ollut etukäteen määritelty hoitosuunnitelmaan.

Useimmiten tarpeet oli määritelty kattavasti hoitosuunnitelmaan niin, ettei päivitteisistä kirjauksista löytynyt uusia tarpeita. Kaikkien hoitosuunnitelmien tarpeet

ja ongelmat olivat hoitotyön keinoin autettavia. Uusia tarpeita hoitosuunnitelmiin ei kirjattu enää tulotilanteen jälkeen. Tarpeita oli esimerkiksi:

”Potilaalla on alavatsavaivoja (ummetustaipumusta)”

”Hoidon jatkuvuus – Asunnoton?”

”Kehon lämpötilan muutos, pneumonia”

”Hengityksen vajaus, COPDn paheneminen”

”Kipu. Kaatunut eilen, tuore vas. alaraamuksen hyväasentoinen murtuma”

Tarpeita ja ongelmia oli useimmiten kirjattu fyysisten tarpeiden/ongelmien alle. Fyysiset tarpeet pitivät sisällään aktiviteettiin, erittämiseen, ravitsemukseen, kudoseheyteen, päivittäisiin toimintoihin, aistitoimintoihin, hengitykseen, verenkiertoon ja lääkehoitoon liittyviä ongelmia. Psykkiset tarpeet pitivät sisällään psyykkiseen tasapainoon liittyvät ongelmat. Sosiaalsiin tarpeisiin luettiin jatkohoidon ja selviytymisen ongelmia.

7.4 Hoitosuunnitelma ja potilaan tavoitteiden määrittely

Tavoitteita oli kirjattu hoitosuunnitelmiin nolasta viiteen kappaletta potilasta kohden. Yhdenkään hoitokertomuksen kohdalla niitä ei kirjattu hoitosuunnitelmaan päivittäin. Tavoitteita oli kirjattu muodollisesti oikein konkreettisena potilaan voinnin tai käyttäytymisen muutoksena kaikissa niissä hoitosuunnitelmissa, joissa oli tavoitteita merkittynä. Täsmällisesti kirjattuja tavoitteita oli kuudessa hoitosuunnitelmassa kymmenestä. Täsmällisesti kirjatuksi laskettiin sellaisetkin hoitosuunnitelmat, jotka sisälsivät useita tavoitteita ja joista edes yksi oli täsmällisesti kirjattuna. Aikarajaa tavoitteiden saavuttamiselle ei oltu määritelty ainoasakaan hoitosuunnitelmassa. Alla esimerkkejä potilaiden tavoitteista:

”Pyörätuolin käytön lopettaminen”

”Itsenäinen adl-toiminta”

”Hengityksen helpottuminen”

7.5 Hoitotyön toiminnot ja keinot

Hoitotyön toimintoja ja keinoja oli kirjattuna hoitosuunnitelmissa yhdestä peräti kolmeenkymmeneen potilasta kohden. Hoitosuunnitelmissa oli kirjattuna useita erilaisia hoitotyön toimintoja ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi:

- ”Jatkohoidon suunnitelman laatiminen”
- ”Kivunhoitoon liittyvä ohjaus. Liikkuminen kivun sallimissa rajoissa”
- ”Puhtaudesta huolehtiminen”
- ”Lääkelaastarin laittaminen”
- ”Hengityksen seuranta”
- ”Suonensisäisen nesteytyksen aloittaminen”
- ”Toiminnallisuuden ylläpitäminen”
- ”Asennonvaihdoista huolehtiminen. Iho painuvainen”

7.6 Potilaan ja omaisten näkemysten kirjaaminen ja ohjaus

Potilaan omia näkemyksiä hoidon tarpeesta, tavoitteesta, toteutuksesta, arvioinnista ja hoitokeinoista tuli esille hoitokertomuksista. Yhdeksässä hoitokertomuksessa tuli ilmi vähintään kerran potilaan näkemys hoidon tarpeesta. Useimmiten, kahdeksassa tapauksessa, se koski lääkehoitoa. Potilaan näkemys hoitokeinoista ja hoidon toteutuksesta ei tullut ilmi yhtä paljon kuin hoidon tarvetta koskevat asiat. Kertaalleen oli yhdessä hoitokertomuksessa kirjattu potilaan näkemys hoidon toteutuksesta koskien peseytymistä. Potilaan näkemyksiä hoitokeinoista oli kirjattuna kahdessa hoitokertomuksessa. Potilas oli esimerkiksi esittänyt toiveen kipulääkemäärän vähentämisestä.

Potilaan ohjausta tai opetusta oli kirjattuna viidessä hoitokertomuksessa. Niissä kaikissa oli myös kirjattu ohjauksen aihe. Useimmiten ohjaus liittyi henkilökohtaiseen puhtauteen ohjaamiseen tai liikeharjoitusten ohjaamiseen. Sitä, miten potilas on ymmärtänyt ohjauksen, ei ollut kuitenkaan kirjattuna kertaakaan. Kotihoitoon liittyvää ohjausta ei ollut kirjattuna yhdessäkään hoitokertomuksessa.

Omaisten antamaa tietoa potilaasta oli kirjattuna kahdessa hoitokertomuksessa. Omaiset olivat antaneet tietoa esimerkiksi potilaan alkoholin käyttötavoista, itsemurhayrityksestä ja masennusoireista. Kertaakaan ei omainen ollut konkreettisesti osallistunut potilaan hoitoon.

Potilaan voimavaroja tuli esille hoitokertomuksista. Voimavaroiksi laskettavia asioita ilmeni kuudessa hoitokertomuksessa. Useimmiten voimavaroiksi luettiin omatoiminen liikkuminen esimerkiksi rollaattorin avulla, perheen tuki, itsenäinen kaupassa asiointi, kotona asuminen, motivaatio fysioterapiaan ja yhden potilaan kohdalla myös se, että apuvälineitä liikkumiseen ei tarvitse.

7.7 Potilaan hoidon arviointi ja mittareiden käyttö

Viidellä potilaalla oli käytetty mittareita hoitajakson aikana. Useimmiten käytetyt olivat muistitesti MMSE ja toimintakykymittari RAVA. Loppuarvioinnin tukena mittareita ei oltu käytetty yhdenkään potilaan kohdalla.

Kaiken kaikkiaan kirjaaminen oli kaikissa hoitokertomuksissa jokseenkin arvioivaa. Arvioitiin esimerkiksi potilaan kykyä liikkua itsenäisesti ja potilaan ihon kuntoa.

8 Johtopäätökset ja pohdinta

Hoitokertomuksiin kirjattu tieto oli samansuuntaista hoitotyön kirjaamista käsittelevien tutkimusten tutkimustulosten kanssa. Edelleen on kautta linjan huonosti kirjauksissa huomioitu potilaan näkökulma ja kirjaamisessa on puutteita, eli taso ei vastaa rakenteisen kirjaamisen laatukriteereitä. Kirjausten sävy on usein kertova; kerrotaan hoitajan näkökulmasta mitä on tehty ja unohdetaan potilas vain hoitotoimenpiteiden kohteeksi, eikä häntä huomioida aktiivisena toimijana ja oman terveytensä asiantuntijana. Samankaltaisia tuloksia tuli esille Laitisen,

Kaunosen ja Åstedt-Kurjen (2010) tekemässä tutkimuksessa, jossa tutkittiin hoitajien kirjaamistapoja.

Positiivista on, että ylivoimaisesti lähes jokaisessa hoitokertomuksessa oli tehtynä hoitosuunnitelma. Toisaalta siihen ei silti välttämättä ole kirjattu kaikkea potilaan hoidon kannalta keskeistä tietoa, vaan se on suppea. Kirjaamisen laadun vaihtelua voi mahdollisesti selittää hoitohenkilökunnan asenteella kirjaamiseen. Kuten usein kuulee puhuttavan, kokevat monet hoitajat kirjaamisen työlääksi ja tietokoneen käytön ylipäättään hankalaksi. Saksassa tehdyn tutkimuksenkin mukaan nimenomaan hoitajien oma suhtautuminen tietokoneisiin ja kirjaamiseen vaihtelee muun muassa iän mukaan. (Fleischmann, 2009).

Johtuen analysoitujen hoitokertomusten pienestä määrästä, ei näiden tulosten perusteella voida tehdä kattavaa vertailua edellisen tutkimuksen tulosten kanssa. Jotta saataisiin tutkittua luotettavasti ja kattavasti kirjaamisen tila kotisairaanhoidon tukevissa vuodeosastoilla, tulisi tehdä uusi, laajempi tutkimus. Koska eri hoitokertomusten välillä kirjaamistavat vaihtelivat runsaasti, tulee aiheelliseksi pohtia henkilökunnan lisäkoulutuksen tarvetta. Tämän tutkimuksen tulokset ovat silti karkeasti samansuuntaisia edellisen tutkimuksen (Salmela & Ylönen 2008) tulosten kanssa.

LÄHTEET

Alkula, T., Pöntinen, S & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.

Ensio, A & Häyrinen, K. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. 67-73.

Fleischmann, N. Attitudes of nurses towards electronic documentation: A literature research. *Pflegewissenschaft*, 2009 Mar; 11(3): 161-9. Viitattu 9.4.2010. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010318466&site=ehost-live>

Henkilötietolaki 22.4.1999/523

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Hyttinen, H. 2008. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY. 45-47.

Häyrinen, K & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. 97-98.

Ikäihmisten sairaalahoito. Turun Kaupunki 2010. Viitattu 26.3.2010. <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=14677>

Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede-lehti*, Vol.11, no 1/99, 3-4.

Kärkkäinen, O & Eriksson, K. 2003. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. Viitattu 6.4.2010. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118847599/HTMLSTART>

Laitinen, H., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. 2010. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses 19(3-4):489-497 (2010). Viitattu 6.4.2010. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/123238692/HTMLSTART>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Leinonen, T. 2010. Luentomateriaali. Turun Ammattikorkeakoulu.

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopio: Kuopion Yliopisto.

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U., Pyykkö, V. & Kivelä, S. 2005. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2006. Dementiaan vaikutuksesta oikeudelliseen toimintakykyyn. Teoksessa Topo, P. Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Stakes, työpapereita. 22-23. Viitattu 8.4.2010. <http://www.stakes.fi.ezproxy.turkuamk.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/t21-2006-verkko.pdf>

Pietarinen, J. 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa Lötjönen, S. Tutkijan ammattietiikka. Viitattu 13.4.2009. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 10.4.2009 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Salmela, M. 2009. Opinnäytetyön pohjustus. Luento. Turun Ammattikorkeakoulu. 12.4.2009.

Salmela, M. & Ylönen, M. 2008. Hoitotyön kirjaaminen Turun Terveystoimessa – kirjaamisen sisällönanalyysi. Julkaisematon käsikirja. Turku: Turun Terveystoimi.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. 189-190.

Saranto, K & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. 12-15.

Sonninen, A-L. 2007. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. 66.

Sonninen, A-L & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. 75-76.

Tantt, K. & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. 112.

Tantt, K. 2007. HoiDok I-vaiheen loppuraportti. Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 4-7. Viitattu 9.4.2010. www.vsshp.fi/.../HoiDok-I-vaiheen-Loppuraportti-150307.pdf

Tantt, K. 2009. HoiData-hankkeen loppuraportti. Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 4. Viitattu 23.4.2010. <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf>

Tiikkainen, P & Teeri, S. 2009. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Viitattu 31.3.2010. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/9_2009/gerontologinen_hoitotyö/gerontologisen_hoitotyön_osaaminen/

Tornvall, E. & Wilhelmsson, S. 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal Of Clinical Nursing* 17(16), 2116-2124. Viitattu 8.4.2010. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/120174551/HTMLSTARTW>

Vehviläinen-Julkunen, K & Paunonen, M. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY: Juva. 206-207, 210-211.

LIITE 1

SISÄLLÖNANALYYSIRUNKO

Hoitotyön kirjaaminen –kysely TAUSTATIEDOT

1. Toimialue

1. Perusterveydenhuolto
 - a) Sairaanhoidajan vastaanotto
 - b) Hoidon tarpeen arviointi
 2. Kaupunginsairaala
 - a) Vuodeosasto
 - b) Poliklinikka
 3. Pitkäaikaissairaanhoito
 4. Kotisairaanhoito
 5. Kotisairaanhoitoa tukevat vuodeosastot
 6. Psykiatria
 - a) Aikuispsykiatria
 - a1) Vuodeosasto
 - a2) Poliklinikka
 - b) Geropsykiatria
 - b1) Vuodeosasto
 - b2) Poliklinikka
- b1) Vuodeosasto
b2) Poliklinikka

2. Yksikön luonne

1. Vuodeosasto
2. Vastaanottotoiminta (esim. terveysasema, poliklinikka, neuvola, hoidon tarpeen arviointi)
3. Avoterveydenhuolto
4. Toimenpideoosasto
- Muu, mikä?

4. Asiakkaan ikä

5. Asiakkaan sukupuoli

Nainen

Mies

6. Tulotilanteessa on kirjattu, kenelle potilasta koskevia tietoja saa antaa

Kyllä

Ei

7. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila

*Kyllä**Ei***8. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisemmat kokemukset hoidosta***Kyllä**Ei***9. Hoitosuunnitelma***On**Ei ole***10. Asiakkaan/potilaan tarpeet/ongelmat on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan***Kyllä**Jossain määrin**Ei**Hoitosuunnitelmaa ei ole**Päivittäistä kirjausta ei voi olla***11. Tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä ?****12. Ongelmiin voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoin***Kyllä**Ei***13. Mitä voimavaroja kirjattu?****16. Onko käytössä ollut mittareita?***Kyllä**Ei***17. Mitä mittareita?****18. Tarpeiden/ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa + tulovaiheessa, kpl kpl**

0 1 2 3 4 5

*Aktiviteetti**Erittäminen**Selviytyminen**Nesteytys**Terveyskäyttäytyminen**Terveyspalveluiden**käyttö**Lääkehoito**Ravitsemus*

Hengitys
Kanssakäyminen
Turvallisuus
Päivittäiset toiminnot
Psyykinen tasapaino
Aistitoiminnot
Kudoseheys
Jatkohoito
Elämänkaari
Verenkierto
Aineenvaihdunta

19. Mitä tarpeita/ongelmia? Ja minkä otsikkojen alle ne on kirjoitettu hoitosuunnitelmassa ja/tai toteutuksessa?
(Psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien ero on siinä, että edellinen liittyy ihmisen tunteisiin tai kognitioon esim. pelko tai tiedon/taidon puute, ja jälkimmäinen ihmissuhteisiin, esim. läheisyyden tarve.)
Fyysiset
Psyykkiset
Sosiaaliset

20. Montako kertaa omaisten antama potilasta koskeva tieto on kirjattu?

21. Mitä omaisten antamia tietoja on kirjattu?

22. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

Kyllä
Jossain määrin
Ei
Hoitosuunnitelmaa ei ole
Päivittäistä kirjausta ei voi olla

23. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa?

26. Kuinka monta tavoitetta on kirjattu muodollisesti oikein/kpl?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

Konkreettisenä
asiakkaan/potilaan
voinnin tai
käyttäytymisen
muutoksena

Täsmällisesti

Aikaraja

määritelty

*Tavoite vastaa
hoidon tarvetta*

27. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa, kpl

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

*Suunniteltujen
hoitotyön
toimintojen/keinojen
määrä*

*Kuinka moneen
tavoitteeseen on
kirjattu ainakin yksi
hoitotyön keino?*

*Kuinka moneen
tavoitteeseen ei ole
kirjattu hoitotyön
keinoa?*

**29. Vastaako toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta hoitosuunnitelmaan kirjat-
tuja
hoitokeinoja?**

Kyllä

Jossain määrin

Ei

Hoitokeinoja ei ole kirjattu hoitosuunnitelmaan

Hoitosuunnitelmaa ei ole

**32. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (sis. keskustelu) on mainittu hoitotyön
keinot -kohdassa?**

**33. Opetus/ohjaus on yksi hoitotyön keino. Jos se on mainittu, niin onko mainittu
opetuksen/ohjauksen aihe**

Kyllä

Jossain määrin

Ei

Opetusta/ohjausta ei ole mainittu

**34. Jos opetus/ohjaus on mainittu, niin onko arvioitu, miten potilas ymmärsi
opetuksen/ohjauksen tai reagoi niihin?**

Kyllä

Jossain määrin

Ei

Opetusta/ohjausta ei ole mainittu

35. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon tarpeesta kirjattu (potilaan pyynnöstä, potilas kertoo)

Kyllä

Ei

36. Kuinka monen asian kohdalla?

37. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon tavoitteesta kirjattu

Kyllä

Ei

38. Kuinka monen asian kohdalla?

39. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoitokeinoista kirjattu

Kyllä

Ei

40. Kuinka monen asian kohdalla?

41. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon toteutuksesta kirjattu

Kyllä

Ei

42. Kuinka monen asian kohdalla?

43. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon arvioinnista kirjattu

Kyllä

Ei

44. Kuinka monen asian kohdalla?

45. Montako kertaa omainen on osallistunut kirjausten mukaan potilaan hoitoon?

46. Miten omainen on kirjausten mukaan osallistunut?

50. Loppuarviointi

Kyllä

Ei

51. Arvioivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa/muussa toteutuksen kirjaamisessa

Kyllä

Jossain määrin

Ei

52. Arviointi on tehty tavoitteeseen määriteltynä ajankohtana/kpl

56. Arvioinnin apuna käytetty mittareita*Kyllä**Ei***57. Mitä mittareita?****59. Mitä terveydentilasta on kirjattu? Liittyy kysymykseen 7.***Potilaan lääketieteellinen tila**Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta**Molemmat***60. Onko asiakas / potilas saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta***Kyllä**Ei***61. Onko jatkohoito merkitty hoitosuunnitelmaan tarpeeksi / toiminnoksi?***Kyllä**Ei**Hoitosuunnitelmaa ei ole*