

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2010

Niko Hietanen & Santeri Himanen

HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN SISÄTAUTI- OSASTOILLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hietanen Niko & Himanen Santeri

HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN SISÄTAUTIOSASTOILLA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tarkastella tämän hetkistä kirjaamisen tilaa Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilla ja verrata saatuja tuloksia kevään 2009 tutkimukseen. Lähtökohtana tutkimukselle oli vuonna 2005 alkanut valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. HoiDok-hankkeen tavoitteena oli kehittää kansallisesti yhtenäinen, rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä, joka perustuu kansallisesti määriteltyihin ydintietoihin. Hanke saavutti päätavoitteensa eli hoitotyön kirjaamisen mallin ja hoitotyön luokitukset kehitettiin, jotka perustuvat hoitotyön ydintietoihin ja FinCC-luokituskokonaisuuteen (Finnish Care Classification). Vuodesta 2007 sosiaali- ja terveystoimessa on ollut käynnissä hoitotyön kirjaamisen kehittämishanke, jonka tarkoituksena on jalkauttaa valtakunnallinen rakenteinen kirjaamismalli käytäntöön.

Tutkimus oli kvantitatiivinen ja tutkimusmenetelmänä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimusotanta koostui 40 hoitokertomuksesta. Hoitokertomukset kerättiin vuonna 2009 syksyllä Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilta.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Minkälaista rakenteinen kirjaaminen on Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilla?
2. Miten rakenteinen kirjaaminen on muuttunut Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilla viimeisestä tutkimuksesta?

Tutkimustulosten pohjalta rakenteinen kirjaaminen Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilla on edelleen puutteellista, mutta parantunut viimekertaisesta tutkimuksesta. Tavoitteiden ja hoitotyön toimintojen tai keinojen määrän hoitosuunnitelmassa oli kasvanut viime tutkimuksesta. samoin omaisten osallistuminen potilaan hoitoon, opetuksen ja ohjauksen sisällyttäminen hoitoon sekä jatkohoidon kirjaaminen oli parantunut kevään 2009 tutkimuksesta.

ASIASANAT:

kirjaaminen, sisätautiosasto, hoitotyö, hoitokertomus, rakenteinen kirjaamismalli

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing / Registered nurse

April 2010 | 53 pages + 6 appendices

Hietanen Niko & Himanen Santeri

STRUCTURED NURSING DOCUMENTATION IN MEDICAL WARD

The purpose of this study was to clarify in what condition documentation is on medical wards in Turku Municipal Health Care and Social Services Department. The study compares results received from previous studies made in spring 2009. The basis for this study was electronic patient record project called HoiDok. The HoiDok-project had a goal to develop a national model for documentation of nursing. It's based on nationally defined definitions about basic information concerning patients. The project reached its main goals by developing a model of documentation in nursing and nursing care classifications. They are based in nursing basic information concerning patients and in Finnish Care Classification system. The programme taught introduction to a documentation model. In addition its purpose was to adopt structured documentation model.

The research was quantitative and deductive content analysis was used as a research method. Research sample consisted of 40 different care plans. The care plans were collected during fall 2009 from medical ward in Turku Municipal Health Care and Social Services Department. The care plans were analyzed deductively.

The Research problems:

1. What is structured documentation like on medical ward in Turku Municipal Health Care and Social Services Department?
2. How has it changed compared with the study made in spring 2009 on medical wards in Turku Municipal Health Care and Social Services Department?

The results show that structured documentation is still incomplete on Turku Municipal Health Care and Social Services Department medical wards, although it has improved since the last research was made. The quantity of goals and nursing actions had also increased since the last research. Relatives participating in the patient's care as well as the teaching and guiding had improved since the 2009 research. Also documentation of follow-up treatment had improved.

KEYWORDS:

Documentation, medical ward, nursing, treatment record, structured documentation model

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 HOIDOK-HANKE	7
3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	9
3.1 Hoitotietojen kirjaaminen	9
3.1.1 Hoidon tarve	10
3.1.2 Hoidon suunnittelu ja toteutus	11
3.1.3 Hoidon tulosten arviointi	11
3.2 Systemaattinen kirjaaminen	12
3.3 Rakenteinen kirjaaminen	14
3.4 Elektroninen kirjaaminen	15
3.5 Potilastietojen kirjaamisen lainsäädäntö	17
4 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN SISÄTAUTIOSASTOILLA	18
4.1 Kirjaaminen sisätautiosastoilla	18
4.2 Sisätautipotilaan hoitotyö	19
4.3 Omaisten osallistuminen sisätautipotilaan hoitotyöhön	20
5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA HOITOTYÖN KIRJAAMISESTA	21
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	24
7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	25
7.1 Sisällönanalyysi	25
7.2 Määrällinen tutkimusmenetelmä	26
7.3 Sisällönanalyysi ja aineisto tässä tutkimuksessa	27
7.4 Tutkimustulosten esittäminen	28
7.4.1 Tutkimustulosten esittäminen numeerisesti	28
7.4.2 Tutkimustulosten esittäminen sanallisesti	29
8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
9 TUTKIMUSTULOKSET	33
9.1 Esitiedot	33
9.2 Hoitosuunnitelma	34
9.2.1 Hoitotyön tarve	34
9.2.2 Hoitotyön tavoitteet	37
9.2.3 Hoitotyön toiminnot	39
9.2.4 Hoitotyön toteutus	39
9.2.5 Potilaan näkemys hoidosta	41

9.3 Arviointi ja jatkohoito	42
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	44
LÄHTEET	51
LIITTEET	54
Liite 1. Sisällönanalyysirunko	
KUVIOT	
Kuvio 1. Hyvä tieteellinen käytäntö (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002).	30
Kuvio 2. Komponentit hoitosuunnitelmassa. (n=40)	36
Kuvio 3. Fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita hoitosuunnitelmissa. (n=40)	37
TAULUKOT	
Taulukko 1. Hoitotyön toimintoluokitus (Ikonen & Tantt 2007, 115).	14
Taulukko 2. Aikaisemman terveydentilan kirjaaminen.	34
Taulukko 3. Potilaan terveydentilasta kirjatut näkökulmat.	34
Taulukko 4. Tarpeiden/ongelmien määrä aineistossa.	35
Taulukko 5. Tarpeiden määrittämisessä ollut käytössä mittareita.	35
Taulukko 6. Omaisten antama tieto potilaasta.	36
Taulukko 7. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmissa.	38
Taulukko 8. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan.	38
Taulukko 9. Hoitotyön toimintojen/keinojen määrä hoitosuunnitelmissa.	39
Taulukko 10. Toteutuksessa kuvatun hoitotyön toiminnan vastaaminen hoitotyön keinoihin.	40
Taulukko 11. Mainittujen opetus/ohjaus kertojen määrä hoitosuunnitelmissa ja päivittäisissä kirjauksissa.	41
Taulukko 12. Potilaan oma käsitys/näkemykset hoidosta mainittu ainakin kerran.	42
Taulukko 13. Arvioiva kirjaaminen päivittäin.	42
Taulukko 14. Loppuarviointi.	43
Taulukko 15. Kotihoitoon liittyvä ohjaus.	43

1 JOHDANTO

Koko maan laajuiseen hoitotyön sähköisen dokumentointihankkeen päämääränä oli kehittää vuoden 2007 loppuun mennessä kansallisesti yhtenäinen ja rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä. Kirjaamismalli on yhtenäinen, perustuen määrittäisiin ydintietoihin. Tavoitteina oli myös yhdistää hoitotyön tiedot moniammatilliseen potilaskertomukseen sekä määritellä perustiedostot hoitotyön johtamisessa. (HoiDok-hanke 2008.)

Tämä tutkimus pohjautuu Turun sosiaali- ja terveystoimen HoiDok-hankkeeseen, jonka tarkoituksena on jalkauttaa valtakunnallinen hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamisenmalli. Projektin tarkoituksena on parantaa kirjaamisen laatua ja yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä. Tällä pyritään parantamaan hoitotyön laatua ja saamaan laadukas hoitotyö näkyväksi osaksi hoitotyön kirjaamista. (Salmela 11.10.2009.) Parempi ja tehokkaampi potilaan hoitotyön kirjaaminen luo edellytykset hoidon etenemiselle ja jatkuvuudelle sekä parantaa potilasturvallisuutta (Nissilä 2005, 56–57).

Projektin lähtökohtina ovat olleet esimerkiksi kirjaamisen lainsäädännön vaatimukset, eettiset näkökulmat, sosiaali- ja terveystoimen muutokset sekä näyttöön perustuva hoitotyö ja sen merkitys. Projektista on luotu Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteinen hoitotietokanta, kirjaamisen laatuvaatimukset ja kriteerit. (Salmela 11.10.2009.) Keväällä 2008 aiheesta toteutettiin kaksi kartoittavaa tutkimusta. Näissä arvioitiin hoitohenkilöstön muutosvalmiuksia ja kirjaamisen nykytilaa. Touko - lokakuussa 2009 kirjaamisen tilaa arvioitiin uudelleen. Arviointi toteutettiin opinnäytetyönä Turun ammattikorkeakoulussa.

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida syksyn 2009 Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastojen hoitotyön kirjausten tilaa ja verrata niitä viimekertaisen tutkimuksen tutkimustuloksiin. Tutkimustuloksiin haemme vastausta deduktiivisella sisällönanalyysillä. Saatua tietoa voidaan mahdollisesti hyödyntää sisätautiosastojen kirjaamisen kehittämisessä.

2 HOIDOK-HANKE

HoiDok-hanke eli valtakunnallinen hoitotyön kirjaamismallin kehittämishanke toteutettiin 5/2005–5/2008. Tavoitteina oli vuoteen 2007 loppuun mennessä kehittää koko maankattava yhtenäinen rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä perustuen ydintietoihin. Kirjaamisen täytyy yhdistää hoitotyön ydintiedot potilaskertomukseen ja tiedonvälitysratkaisuihin sekä määritellä hoitotyön johtamisen perustiedosto yhdistämällä ydintiedot muihin hoitotyön johtamisen ja toiminnan ohjauksen tietoihin. HoiDok-hanke saavutti päätavoitteen eli hoitotyön kirjaamisen malli ja hoitotyön luokitukset on kehitetty. Kehitettävää löytyy vielä monelta osa-alueelta, kuten potilastietojärjestelmästä, jossa esiintyy vielä runsaasti päällekkäistä kirjaamista. Kirjaamista parantaakseen vaaditaan yhteistyötä moniammatillisten työryhmien ja potilastietojärjestelmien toimittajien kanssa. Luokitusten jatkokehitys ja ylläpito siirtyi Kuopion yliopistolle vuonna 2008. (HoiDok-2008.)

HoiData-hanke eli kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke toteutettiin 9/2007–10/2009. Pää tarkoituksena oli vahvistaa HoiDok-hankkeen kehittämä hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja standardoida se käytäntöön. Muita tavoitteita oli osallistua kirjaamismallin vaatimusmäärittelytyöhön ja testauksiin, määritellä hoitotyön johtamisen perustietoja klinisen hoitotyön ja organisaation tasolla, testata tilastojen ja raporttien saatavuutta. Malli perustuu kansallisiin hoitotyön ydintietoihin. (HoiData-2009.)

Toteuttamishanke eteni pääosin suunnitelmien mukaisesti ja HoiDok-hankkeen kehittämä hoitotyön kirjaamismalli on otettu laajalti valtakunnallisesti käyttöön. Hankkeen käyttöönotto vaatii teoreettista ja käytännön koulutusta sekä jatkuvaa seuranta. Potilastietojärjestelmissä näkymät ja kirjaamisen menetelmät voivat vaihdella vaikka hoitotyötä kirjataan samalla periaatteella. (HoiData-2009.)

Turun terveystoimen hoitotyön kehittämishanke; Hoitotyön sähköinen kirjaaminen – käytäntöön implementointi, alkoi marraskuussa 2007. Tarkoituksena oli jalkauttaa Turun terveystoimeen koko maan kattava rakenteinen kirjaamismalli.

Ensimmäiset koulutukset hankkeesta alkoivat Turun terveystoimessa marraskuussa 2005. Tällöin pilottiosaston henkilökuntaa koulutettiin käyttämään yhtenäistä kirjaamismenetelmää. Hankkeen pedagogisena lähtökohtana oli ongelmaperustainen oppiminen, joka perustui henkilökunnan omaan aktiivisuuteen tiedonhankinnassa koulutusten ohella. Kyseessä oli myös yhteisöllinen oppimistapa, jolloin koko hoitoyksikkö sitoutui uuteen kirjaamismalliin. Tutkimuksellisesti näkökulmasta kysymyksessä oli toimintatutkimus, jolloin vuoroin tutkittiin ja vuoroin kehitettiin. (Salmela 11.10.2009.)

Projektiin otettiin mukaan vuoden 2008 alussa 11 asiantuntijasairaanhoitajaa. Asiantuntijasairaanhoitajien tehtävänä oli hallita rakenteinen kirjaaminen ja vastata uuden kirjaamismallin kouluttamisesta osastojen henkilökunnille. Keväällä 2008 laadittiin Turun terveystoimen yhteinen hoitonäkemys, jonka sisältämien asioiden pitäisi ilmetä myös hoitotyön kirjaamisessa. Lisäksi sovittiin yhtenäiset valtakunnalliset kirjaamisen laatuvaatimukset ja -kriteerit. Keväällä 2008 toteutettiin kaksi kartoittavaa tutkimusta projektin lähtökohdista. Ensimmäisessä arvioitiin hoitohenkilökunnan muutosvalmiutta strukturoidulla kyselylomakkeella. Toisessa arvioitiin kirjaamisen nykytilaa sisällönanalyysillä, eri hoitoyksiköiden hoitotyön kirjauksista. Asiantuntijasairaanhoitajat harjoittelivat kirjaamista case-esimerkkien avulla syksyllä 2008. Opinnäytetyöskentely kirjaamisesta alkoi myös syksyllä 2008. (Salmela 11.10.2009.)

Keväällä 2009 toteutettiin kirjaamiskoulutusta kirjaamisvastaaville. Jokaiselle osastolle nimettiin muutama kirjaamisvastaava. Yhdessä asiantuntijasairaanhoitajien kanssa he selvittivät hoitohenkilökunnan ongelmia uudessa kirjaamisessa ja raportoivat asioista kirjallisesti eteenpäin. Ongelmaksi on noussut osastojen vähäinen siirtyminen kirjaamismallin täyspainoiseen käyttöön. Syksyllä 2009 valmistuneet opinnäytetyöt sisälsivät kirjaamisen tilan uudelleen arvioinnin ja tutkimusprojektin eri osapuolten kokemuksia koko muutosprosessista. (Salmela 11.10.2009.)

3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

3.1 Hoitotietojen kirjaaminen

Hoitotyön prosessin kokonaisuus muodostuu neljästä osasta, jotka ovat hoitotyön suunnittelu, toteutus, arviointi ja yhteenveto (Ikonen & Tanttu 2007, 112). Hoidon kirjaamisessa on tärkeää loogisuus ja selkeys. Hyvä kirjaaminen takaa laadukkaan hoitotyön. Hoidon laatua ja tehokkuutta tulee arvioida jatkuvasti potilaan hoidon aikana. Oikein kirjattu hoitotyö takaa hoitotyöntekijälle laillisen oikeusturvan. Kirjaamisessa tulisi esiintyä hoitokeinot, hoidon lopputulos sekä hoidon vaikuttavuuden arviointi hoitajakson kaikissa vaiheissa. Yhteisten ohjeiden mukaan laadittu kirjaaminen helpottaa potilaan kannalta olennaisen, yksilöllisen tiedon kirjaamista ja jälkikäteen tarkastelua. Laadukas kirjaaminen mahdollistaa tieteellisen tutkimuksen tekemisen sekä tuottaa näyttöä eettisestä laadunvarmennuksesta. Kirjaamista voidaan käyttää tietokantana kehitettäessä hoitotiedettä, hoitotyön koulutusta sekä kliinisten harjoittelujen standardisoimista. Hoitotietojen kirjaaminen tarjoaa tietokannan, josta voidaan suunnitella tulevaisuuden terveydenhuoltoa. Hyvällä kirjaamisella luodaan edellytykset potilaan hoidon eteenpäin viemiselle ja jatkuvuudelle. Helposti saatava tieto on tae hyvälle ja turvalliselle hoidolle. (Törnvall ym. 2004, 310; Nissilä 2005, 56–57; Cheevakasemsook ym. 2006, 367; Junntila ym. 2007, 74–75.)

Hoitotyön ydinosaminen perustuu tietoon ja taitoon ihmisen fysiologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista perustoiminnoista, sekä niissä esiintyvistä ongelmista. Hoitotyön ydintiedot ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön sisällön kirjaaminen eri vaiheissa hoitoa tapahtuu vapaalla tekstillä tai luokituksia käyttäen, joita täydennetään vapaata tekstiä käyttäen. (Lauri 2006, 100; HoiData-2009, 6.) Hoidon tarve ja hoitotyön toiminnot toimivat hoidon vaikuttavuuden arvioimisen lähtökohtana. Hoidon tarpeen ja odotettavissa olevien hoitotulosten laadukas kirjaaminen edistävät hoitoprosessin arviointia. Hoidon läpivienti voi olla hankalaa, jos potilaan alkutilaa ei ole kunnolla kartoitettu. (Ensio & Saranto 2004, 36–37; Ikonen & Tanttu 2007, 112.)

3.1.1 Hoidon tarve

Potilaan hoitotyön suunnitelman laatiminen alkaa vastaanottotilanteesta. Tähän suunnitelmaan kuuluu tarpeiden arviointi ja tavoitteiden asettaminen, sekä toiminnan tai keinojen suunnittelu tavoitteiden saavuttamiseksi. Taustan selvittämiseksi selvitetään potilaan tulosyy, aikaisemmat sairaudet, lääkitys, terveyteen vaikuttavat tekijät, allergiat ja muut riskitiedot, kotiolot apuvälineineen, omaiset, testamentit ja hoitotahdot. Potilaan henkilökohtainen käsitys voinnista ja mielialasta on tärkeä ottaa huomioon. Huomioon tulee myös ottaa potilaan tavat ja tottumukset ruokailuun, puhtauteen ja liikkumiseen. Lisäksi potilaan odotukset ja toiveet ovat tärkeitä hoidon toteutumisen kannalta. Potilaan taustan selvityksessä tulee kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan. Mahdollisten hoitotahojen ja luovutustestamenttien kirjaaminen on tärkeää, sillä ne ovat potilaan henkilökohtaisia tahdonilmaisuja. (Ensio & Saranto 2004, 36–41; Ikonen & Tantt 2007, 112–113.)

Hoidon tarpeen arviointia varten potilaan aikaisempia hoitotietoja saadaan usein etukäteen lähetteestä. Esitiedot kootaan taustatiedoiksi, jotka koostuvat tulotilanteen haastatteluista potilaalta itseltään tai mahdolliselta saattajalta. Haastattelun ohella potilasta havainnoidaan, jotta oireet ja merkit voidaan hyödyntää tarpeiden arvioimisessa. Potilaskertomukseen kirjataan merkittävät tarpeet, jonka jälkeen ne priorisoidaan. Kootut tiedot analysoidaan ja hoidon tarve määritetään. Yleensä analysoinnin tuloksena syntyy useampia hoidon tarpeita eli hoitotyön diagnooseja. Hoitotyön diagnoosit eivät liity tiettyihin sairauksiin tai tauteihin kuten lääketieteelliset diagnoosit, tällöin ne eroavat toisistaan. Useimmiten hoitajien kirjauksissa ei mainita ollenkaan hoitajien tekemiä diagnooseja. Hoitajien tehdessä diagnooseja ne ovat tehty lähinnä fyysisten ongelmien pohjalta, eikä niinkään psykososiaalisten tarpeiden pohjalta. Hoidon tarve on perustana hoidon vaikuttavuuden arvioinnille. Ilman tulotilanteen kirjaamista on mahdotonta osoittaa hoidon vaikutuksia. (Ensio & Saranto 2004, 36–41; Cheevakasemsook ym. 2006, 367; Ikonen & Tantt 2007, 113.) Ihmisen terveyden ja omatoimisuuden ylläpitämisen ja kehittämisen pitäisi olla oleellinen osa hoitotyön kaikilla eri toiminta-alueilla. Hoitotyön määrittelyssä ei riitä ainoastaan sen hetkisen

hoitotyön tarpeiden määrittely. Oleellista on arvioida ihmisen voimavaroja ja mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa. Ihmisen kykyä ylläpitää ja edistää terveyttään sekä ehkäistä sairauksia tulee myös arvioida. (Lauri 2006, 100–101.)

3.1.2 Hoidon suunnittelu ja toteutus

Potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta kuvaavat hoitotyön toiminnot. Suunnitteluvaiheessa potilaan hoidon tavoitteet, hoitotyön keinot sekä odotettavissa olevat tulokset määritellään. Tavoitteiden tulee olla realistisia, arvioitavia, suhteutettuna hoitoaikaan sekä resursseihin. Tavoitteet laaditaan mahdollisuuksien mukaan asiakas- tai potilaslähtöisesti kattaen kaikki hoidon tarpeet. Tavoitteiden tulisi sisältää toimintaa kuvaavia verbejä, aikamääreitä ja jatkuvuutta. Tavoitteiden kirjaaminen hoitotyön suunnitelmaan on yksi hoidon laadun kriteereistä. (Voutilainen ym. 2004, 73.) Hoitosuunnitelmiin merkityissä tavoitteissa on paljon epätäydellisyyksiä, tämä lisää tarpeettoman tiedon kirjoittamista ja puutteellisen tiedon saantia potilaasta (Cheevakasemsook ym. 2006, 367, 370). Hoidon toteuttamisvaiheessa kirjataan merkittävät näyttöön perustuvat hoitotyön hoitotoiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi (Ensio & Saranto 2004, 42–43; Ikonen & Tantt 2007, 113–114).

Kirjaamisen sisältö koostuu luokituksista. Komponentti kuvaa kokonaisuutta, josta kirjataan hoitotyön tarpeita ja toimintoja. Tarve- ja toimintoluokitusten komponentit jakautuvat pää- ja alaluokkiin, joiden avulla tarkennetaan kirjaamista. Pää- tai alaluokan alle kirjataan vapaasti hoitoon liittyviä asioita. Hoidon tavoitteita kirjatessa käytetään tarveluokituksen komponenttia ja hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa suomalaista toimintoluokitusta. (HoiData-2009, 6.)

3.1.3 Hoidon tulosten arviointi

Arviointivaiheessa potilaan sen hetkistä tilaa verrataan hoidon tarpeisiin eli tarkastellaan potilaan keskeisiä tapahtumia tulotilanteessa. Näitä tapahtumia ovat: hoitotyöhön käytetyt toiminnot, auttamismenetelmät sekä niiden tulokset ja arviot. Arvioinnin apuna käytetään hoidon aikaista vapaata tekstiä, hoidon tarpeita

ja tavoitteita sekä toteutusvaiheen otsikointia ja luokituksia. Yhteenveto ja lääketieteellinen epikriisi muodostavat kokonaisarvion potilaan hoitojaksosta. Nämä muodostavat tärkeän kokonaisuuden potilaan jatkohoidon suunnittelulle ja toteutukselle sekä seuraavalla hoitojaksolle. (Ensio & Saranto 2004, 43; Ikonen & Tantt 2007, 114; HoiData-2009, 8.)

Hoitosuunnitelman päivitys on edellytys hoidon arvioinnille ja hyvälle tiedon saannille. Jatkuvasti siis määritellään uudelleen potilaan hoidon tarve, ongelmien tai hoitotyön diagnoosien tärkeysjärjestys. Lisäksi arvioidaan annettua hoitoa vertaamalla tavoitteita tai odotettujen tulosten saavuttamista. Tarvittaessa muutetaan hoitotyön suunnitelmaa. (Sonninen & Ikonen 2007, 77–78.)

Hoitoisuuden arviointi on osa potilaan hoitoprosessia. Hoitoisuuden arvioimista mitataan esimerkiksi asteikolla huonompi, ennallaan ja parempi. Hoitoisuus kuvaa potilaan hoidon tarvetta vastaavasta hoitotyön työpanoksesta. Potilaiden hoitoisuuden arviointi tapahtuu hoitoisuusluokitusten tai hoitoisuusluokitusmittarin avulla. Hoitoisuusluokituksen tarkoituksena on arvioida hoidon tuottamisessa tarvittavan hoitotyön henkilöstön määrä ja toteutunut työpanos. Näin potilaiden yksilölliseen hoidon tarpeeseen pystytään vastaamaan riittävällä teholla. Hoitoisuusluokitus mittaa annettua hoitoa eikä sen tarvetta. Saatua tietoa voidaan käyttää hoidon laadun arvioinnissa ja kustannuslaskelmissa, mutta tiedon systemaattinen käyttöön ottaminen vaatii edelleen tietojärjestelmiä ja tiedonhallinnan kehittämistyötä. Valtakunnallisena tavoitteena on liittää potilaan hoitoisuus-tieto osaksi päivittäistä hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista. Tarkoituksena on, että potilaan hoidon tarpeen määrittäminen ja hoitotyön toteuttamisen kirjaukset tukevat hoitoisuuden arviointia. (Ikonen & Tantt 2007, 123–125; HoiData-2009, 7.)

3.2 Systemaattinen kirjaaminen

Nykypäivän terveydenhuollossa potilastietojen käsittely ja hallinta on muodostunut laajaksi kokonaisuudeksi eli systeemiksi. Tähän systeemiin kuuluvat välineet, joilla voidaan tuottaa, säilyttää ja jakaa kerätty tieto. Tämän kerätyn tiedon välittäjänä toimii ihminen. Jotta kerätty tieto saadaan kulkemaan eteenpäin ha-

lutulla tavalla, tarvitaan oikeat menettelytavat ja ohjeet. Kirjatun tiedon tulee olla käytettävissä viiveettä sitä tarvitseville. Erityisesti potilaan päivittäisessä hoidossa tämä on hyvin tärkeää. Kirjaamisen tulee olla yhtenäistä ja rakenteista. Hoitotyön systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan sitä, että ennalta sovitaan mitä kirjoitetaan ja miten hoitotiedot kirjataan. Kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista elektronisessa potilaskertomusjärjestelmässä ja se tapahtuu hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Tavoitteena on päästä yhtenäiseen kirjaamistyyliin, sillä se edesauttaa hoitotyön tekemistä. (Saranto ym. 2007, 12–14.)

Sosiaali- ja terveysministeriön yhtenä tavoitteena on saada terveydenhuollon potilastietojen kirjaaminen yhtenäiseksi sähköiseksi potilaskertomusjärjestelmäksi. Tavoitteena on kehittää valtakunnallinen sähköinen potilasasiakirja. Tällä tarkoitetaan yhden potilaan hoitoa kuvaavaa sähköistä asiakirjakokonaisuutta, mikä on kansallisesti yhteensopiva ja tietoturvallinen. Valtakunnallisesti tullaan käyttämään keskeisiä hoitotietoja eli ydintietoja, jotka kirjataan rakenteisesti. (Saranto ym. 2007, 13.)

Potilaan tietoja käyttävät useat ammattiryhmät. Potilas saattaa olla fyysisesti eri paikassa, kuin potilaan tietoja tarvitseva henkilö. Tärkeintä on halutun tiedon löytäminen runsaasta tietomassasta. Tällöin on erittäin tärkeää, että tiedot ovat yhtenäiset ja helposti luettavissa. Oikein kirjatun tiedon avulla terveydenalan ammattilaiset voivat kommunikoida keskenään. (Monarch 2007, 60; Saranto ym. 2007, 14–15.) Epäselvän käsialan aiheuttamat ongelmat poistuvat, kun hoitotyön kirjaaminen suoritetaan sähköisesti. Hoitotyön tietojen löytäminen helpottuu sähköisen kirjaamisen myötä ja tiedot ovat löydettävistä eri osioista eri otsikoiden alta. Otsikot ohjaavat kirjaamista ja järjestelmään kirjaaminen on selkeämpää ja järjestelmällisempää. (Hartikainen 2008, 48.) Hoitajilla kuluu paljon aikaa oikeita otsikoita etsiessä. Tutkimusten mukaan jopa 70 % hoitajien ajasta kuluu ei-hoidollisten asioiden toteuttamisessa. (Törnvall ym. 2004, 311.)

3.3 Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteinen tieto tarkoittaa luokiteltua tietoa. Suomessa on käytetty kolmea eri luokitusta, tarveluokitus (SHTaL 2.0), toimintaluokitus (SHToL 2.0) ja hoidon tuloksen tilan luokitusta (SHTuL 1.0). Nämä kolme muodostavat Finnish Care Classification eli FinCC-luokituskokonaisuuden. (Hoidok-2008.) Rakenteinen tieto mahdollistaa hoitoprosessin näkyvyyden. Lisäksi kyseistä tietoa voidaan hyödyntää erilaisiin tarkoituksiin. Yhtenäiset hoitotiedot ja toimintakäytänteet helpottavat hoidon jatkuvuutta ja luovat mahdollisuuden toimintaprosessien kehittämiseen. (Rusi & Tantt 2007, 113.) Välttyäkseen päällekkäiseltä kirjaamiselta, käytetään toimintoluokituksien hoitotyön toimintoja (taulukko 1.), jotka myös siirtyvät automaattisesti kirjaamis pohjaan (Ikonen & Tantt 2007, 113–114).

Taulukko 1. Hoitotyön toimintoluokitus (Ikonen & Tantt 2007, 115).

aktiviteetti	ravitsemus	kudoseheys
erittäminen	hengitys	jatkohoito
selviytyminen	kanssakäyminen	elämänkaari
nesteytys	turvallisuus	verenkierto
terveyskäyttäytyminen	päivittäiset toiminnot	aineenvaihdunta
terveyspalveluiden	psykykinen tasapaino	
lääkehoito	aistitoiminta	

Kirjaamisen rakenteella hoitotyössä tarkoitetaan potilaan hoitokertomukseen kirjattuja sisällöllisten osien luokiteltuja hoitotyön tarpeita, ongelmia, toimintoja ja tuloksia. Rakenteinen kirjaaminen vaatii koodistoja, sanastoja, nimikkeistöjä, luokituksia ja tiedon esitystapojen standardointia. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu monista tietokokonaisuuksista, joita ovat näkymä, hoitoprosessin vaihe, otsikko ja ydintiedot. (Ensio & Saranto 2004, 44; Saranto & Ensio 2006, 201–205; Häyrinen & Ensio 2007, 100–101.)

Rakenteisten ydintietojen käsite on yksi potilasasiakirjan peruskäsitteitä ja sen kehittämistä on vastannut Suomen Kuntaliitto. Rakenteisilla ydintiedoilla tarkoitetaan kaikkia potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, jotka on ohjelmistossa kuvattu yhtenevällä määrämuotoisella tavalla. Nämä tiedot voidaan tarvittaessa siirtää standardoitujen määrittysten mukaisesti tietojärjestelmästä toiseen. (Häyrinen & Ensio 2007, 104.)

Kansallisten määrittysten mukaan hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Nämä viisi ydintietoa toimivat uuden kirjaamismallin luomisen pohjana. Potilaan hoitoa koskevat ydintiedot kirjataan rakenteisesti käyttämällä tiettyä termistöä. Jokaista termiä vastaa tietty koodi. Näiden koodien avulla tieto tallennetaan sähköiseen tietokantaan. Ydintiedoilla pystytään kuvaamaan potilaiden hoitoa erilaisissa yksiköissä sekä osoittamaan ja arvioimaan hoitoprosesseja, hoitokäytäntöjä ja potilashoidon resursseja. (Saranto & Ensio 2006, 201–205; HoiDok-hanke 2008.)

Kirjaaminen on monimutkaista Suomessa. Sen kehittymistä ovat hidastaneet hoitotyön aliarvostus sekä lainsäädännön puutteellisuus. Hoitotyön johtajat ja ylihoitajat ovat sitä mieltä, että heidän tulisi kehittää kirjaamista osastonjohtajien kanssa, mutta resurssit ovat riittämättömiä. Hoitotyöntekijöillä voi kulua runsaasti aikaa potilaan hoitoa koskevan tehokkaan kirjaamisen oppimiseen. (Hallila 2005, 6-7.)

3.4 Elektroninen kirjaaminen

Manuaalisen kirjaamisen käsite on otettu käyttöön yleistyvän tietokoneilla tehtävän elektronisen kirjaamisen rinnalle. Eroa näillä kahdella on muun muassa siinä, että elektronisesti kirjattu tieto on selkeämpää, tiiviimpää ja jäsennellympää. Potilaan hoitotiedot elektronisessa hoitokertomuksessa muodostuvat samalla tavalla kuin manuaalisessa kertomuksessa. Elektroninen kirjaaminen mahdollistaa hoitosuunnitelman tietojen jäsentelyn ja hyödyntämisen saumattomasti hoitoketjussa. Potilaskertomukseen ovat yhteydessä useat moniammatilliset työryhmät, joihin kuuluvat hoitajien ja lääkäreiden lisäksi esimerkiksi laborantit ja fy-

sioterapeutit. Tavoitteena on, että erilaisilla tavoilla kerätyt ja useaan tarkoitukseen hyödynnettävät hoitotiedot muodostaisivat kattavan kokonaisuuden elektronisena potilasasiakirjana. (Ensio & Saranto 2004, 13–14, 31–35.) Elektronisen potilaskertomusjärjestelmän käyttöönoton myötä lisääntyivät sairaskertomuksien ja hoitosuunnitelmien laadun ja sisällön vaatimukset etenkin perusterveydenhuollossa. Elektronisen potilasasiakirjan tarkoituksena on tukea kirjaamista, hoitopäätöksen tekoa sekä hoidon arviointia. (Törnvall ym. 2004, 310.)

Liikuteltavat laitteet, kuten kannettavat tietokoneet mahdollistavat hoitopäätösten kirjaamisen potilasasiakirjoihin jo lääkärin kierron aikana. Kierron aikana lääkärin tai hoitajan on mahdollista päivittää potilaan lääketiedot ja hoitomääräykset. Näin ollen potilasasiakirjojen nopeampi käsittely voi nopeuttaa potilaan kotiutumista. (Ensio & Saranto 2004, 14.) Kaikilla osastoilla ei kuitenkaan ole käytössä kannettavaa tietokonetta tietojen suoraan kirjaamiseen sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään, vaan määräykset kirjataan kierron jälkeen kansliassa. Tällöin kirjaamisessa saattaa esiintyä päällekkäistä kirjaamista, koska hoitajat joutuvat tekemään kirjaamiset kansliassa paperilta koneelle. (Hartikainen 2008, 62; Laitinen ym. 2010, 490.) Lääkärit eivät välttämättä pidä hoitajien kirjaamismenetelmästä, sillä hoitotyön kirjaaminen on liian laaja-alaista ja siitä on vaikea löytää haluttu informaatio (Törnvall ym. 2004, 314).

Elektroninen järjestelmä helpottaa potilaan hoitoa koskevaa viestintää. Järjestelmän sisällä on mahdollista lähettää ohjeita ja konsultoida potilaan hoitoa koskevia tietoja muille työryhmän jäsenille. Elektroninen järjestelmä poistaa fyysisiä esteitä, sillä hoitotietoja voidaan lukea ja kirjoittaa useassa paikassa. (Ensio & Saranto 2004, 14.) Tietokoneiden lisääntyminen vähentää raportointien määrää (Hietanen ym. 2004, 62). Uski-Tallqvist (2005, 43) toteaa pro gradu tutkielmaansa elektronisen potilaskertomuksen parantavan potilaan saaman hoidon laatua ja tukevan tehokasta potilashoitoa.

Tietokoneiden käyttöön ja ohjelmiin liittyy ennakkoluuloja sekä pelkoja kaikissa terveydenhuollon ammattiryhmissä ja ikäluokissa. Osa käyttäjistä kokee epävarmuutta omista taidoistaan uusien ohjelmien ja järjestelmien kanssa. Koulutus ja työkokemus vaikuttavat käyttäjän ennakkoluuloihin tietokoneen käytössä.

Tietotekniikkaan perehtyneemmät työntekijät hallitsevat uuden potilastietojärjestelmän käytön paremmin. Työnantajan velvollisuus onkin kartoittaa henkilökunnan tietotekniset valmiudet ja huolehtia, että työntekijät saavat riittävän opetuksen tietotekniseen osaamiseen sekä taidon ylläpitämiseen. Näin voidaan ehkäistä ennakkoluuloja, edistää positiivista asennoitumista tietokoneita kohtaan sekä vahvistaa niiden käyttöturvallisuutta. (Ensio & Saranto 2004, 15; Törnvall ym. 2004, 310-312.)

3.5 Potilastietojen kirjaamisen lainsäädäntö

Suomen laissa on asetettu erilaisia lakeja suojaamaan potilaan oikeuksia ja asemaa (Ensio & Saranto 2004, 21). Vuonna 2007 astui voimaan laki, jonka tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla taataan yhtenäinen potilastietojen sähköinen käsittely- ja arkistointimenetelmä. Tarkoitus on tuottaa terveydenhuollolle järjestelmä, joka on potilasturvallinen, tehokas ja edistää potilaan tiedonsaanti mahdollisuuksia. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetusta potilasasiakirjoista 30.3.2009/298 sovelletaan potilaan hoitoon liittyvien materiaalien säilyttämiseen, joita syntyy potilaan hoidon järjestämisestä ja toteuttamisesta. Asetuksen mukaan potilasasiakirjoja ovat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot, sekä kuolemansyyn tutkimuksen yhteydessä syntyneet asiakirjat ja tiedot. Terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä muut henkilöt, jotka toimivat ammattihenkilöiden ohjeiden mukaan, voivat kirjata potilaan hoitoon liittyviä asioita. Potilaan hoitoon osallistuva hoitohenkilökunta saa käsitellä potilasasiakirjoja siltä osin, kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa edellyttävät.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määrätään oikeus terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveystensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviin toimenpiteisiin. Toimenpiteet suorittaa terveydenhuollon ammattihenkilö terveydenhuollon toimintayksikössä. Potilasasiakirjojen ja hoitoon liittyvän muun materiaalin pykälässä määritetään, miten terveydenhuollon ammattihenkilön

tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurannan turvaamiseen liittyvät tarpeelliset tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Henkilötietolain mukaan potilaalla on tarkastusoikeus häntä koskevien tietojen paikkansa pitävyydestä (Henkilötietolaki 22.4.1999/523). Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitolaki tarkoittaa, että potilasasiakirjoihin kirjattavat ja kirjatut tiedot ovat salassa pidettäviä. Ilman potilaan kirjallista suostumusta hänestä kirjattuja tietoja ei saa luovuttaa sivullisille. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 30.6.2000/653.)

4 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN SISÄTAUTIOSASTOILLA

4.1 Kirjaaminen sisätautiosastoilla

Sisätautiosastoilla on ominaista potilaiden suuri ikäjakauma. Potilaat saattavat olla lisäksi monisairaita. Sisätautiosastoilla hoidetaan muun muassa sydän-, veri-, suolisto-, hengitys-, tulehdus- ja neurologiasairauksia sairastavia potilaita. Tärkeänä osana hoitoa ovat kipujen lievitys ja mahdollinen saattohoito. Päivittäiseen toimintaan kuuluu potilaiden ja omaisten ohjaus, kuuntelu ja neuvonta. Sisätautiosastojen potilaat tulevat yleensä päivystyksenä tai jatkohoitoon toiselta osastolta. Sisätautiosastojen kirjaamisen sisältö määräytyy osastojen luonteen mukaan. (Holmia ym. 2006, 55–56; Tietohallintostrategia 2007; Turun kaupunki 2010.)

Luokitusten laaja käyttö on yleistä sisätautipotilaiden hoitotyön kirjaamisessa. Tämä tuottaa haasteita hoitohenkilökunnalle kirjaamisen suhteen. (Holmia ym. 2006, 55–56; Tietohallintostrategia 2007.) Dokumentointi on informaatio siitä, että hoitotyötä on toteutettu ja tämän avulla hoitohenkilökunta osoittaa ammatillisen vastuullisuutensa potilaasta. Tietoon jota ei ole kirjattu, ei voida varmuu-

della luottaa. (Voutilainen 2004, 75.) Mikäli tietoa tehdystä työstä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty (Törnvall ym. 2004, 315; Owen 2005, 48). Kirjaaminen voi olla hoitotyön apuväline erityisesti aloitteleville hoitotyöntekijöille. Sen avulla hoitotyöntekijä pystyy näkemään potilaan tilanteen kokonaisuutena ja huomioimaan sairauden ja sen hoidon erityispiirteet potilasturvallisuuden takaamiseksi. (Suhonen 2005, 36.) Tietokoneen käyttö hoitotyön apuvälineenä parantaa tiedon saantia, mutta vähentää potilaan kanssa käytettyä ajan määrää. Oikein kirjaaminen elektronisessa potilastietojärjestelmässä edellyttää uuden teknologian ja tietokoneen käytön hyvää hallitsemista. Sen sijaan, että hoitajia koulutetaan käyttämään tietokoneita, tulisi heidän koulutustaan keskittää myös hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen. (Törnvall ym. 2004, 311; Uski-Tallqvist 2005, 9.)

4.2 Sisätautipotilaan hoitotyö

Sisätautipotilas on ihminen, joka hakeutuu hoitoon pitkäaikaisen sairauden tai äkillisen sairastumisen johdosta. Pitkäaikaissairauteen saattaa liittyä minäkuvan muutosta väliaikaisesti tai pysyvästi. Sisätautipotilaan hoito toteutetaan pääasiallisesti konservatiivisesti, mutta joidenkin sairauksien kohdalla käytetään operatiivista hoitoa. Erilaiset oireet ja vaivat sekä toimintakyvyn heikkeneminen heikentää henkilön minäkuvaa. Äkillinen sairastuminen aiheuttaa puolestaan pelkoa ja järkytystä sekä avuttomuuden ja epävarmuuden tunteita. Pitkittyessään sairaus merkitsee terveelle ihmiselle identiteetin menetystä, joka saattaa aiheuttaa masennusta. Sairas potilas rakentaa itselleen uuden identiteetin, jolloin sairaus on osa elämää. Diagnoosin saatuaan potilas joutuu jäsentämään uudelleen koko elämänsä. (Holmia ym. 2006, 14–16, 24.)

Terveys on yhteydessä moniin muihin elämän osa-alueisiin, kuten päivittäiseen elämään, työhön, harrastuksiin ja ihmissuhteisiin. Pitkäaikaissairaus saattaa tuoda esille häpeän tunteen ja ajatuksia siitä, että on taakaksi muille. Pitkäaikaissairaalla saattaa esiintyä myös erilaisia pelkotiloja. Sairauden kulku on epävakaa, jolloin päivien vaihtelevuus hyvistä huonoihin on ominaista. Sisätautipotilailla sairaudet saavat erilaisia merkityksiä, joiden perusteella suhtautuminen sairauksiin saa omaleimaisia piirteitä. Sydän- ja verenkiertoelimistö on keskei-

nen elämää ylläpitävä toiminto. Tällä alueella sairauteen liittyy usein ajatuksia kuolemasta. Diabetesta sairastavat kokevat pelon tunteita elämän pituudesta ja laadusta, sairauden aiheuttamista rajoituksista, äkillisistä komplikaatioista tai mahdollisista lisäsairauksista. Sisätautipotilas elää sairauden laadun ja vaiheen mukaan monien kysymysten keskellä. Toipuminen saattaa kestää kauan ja vaatii hyväksymistä sairauden kanssa elämiseen. (Holmia ym. 2006, 16.)

Sisätauteja sairastavan potilaan hoitotyön tarkoituksena on auttaa, ohjata ja tukea. Myös läheiset tulee ottaa huomioon sairauden aiheuttamassa kriisissä ja elämäntilanteen muutoksessa. Potilaan voimavaroja sekä omia arvovalintoja tuetaan mahdollisuuksien mukaan. Hoitotyö perustuu potilaan näkökulmien ymmärtämiseen. Tavoitteena on potilaan kokema hyvä olo ja terveys. Sisätautipotilaan hoitotyö on kokonaisvaltaista. Potilaan lähtökohdat ja elämäntilanteet ovat erilaisia, näiden ymmärtäminen ja huomioon ottaminen edistävät hyvän hoitotyön toteutumista. Sisätauteja sairastavien hoitotyössä perustarpeisiin vastaaminen sekä potilaan ja hänen läheistensä tukeminen korostuu. Lääkehoidon toteutus, potilaan ohjaus ja opettaminen elämäntavan muutoksiin sekä kuolevan potilaan hoitaminen kuuluvat keskeisenä osana sisätautipotilaiden hoitotyöhön. Sisätautipotilaan lääkitys saattaa olla hyvin laaja-alainen, siksi sen kirjaaminen korostuu sisätautipotilaan hoitotyössä. Lääkehoidon kirjaamisessa esiintyy paljon päällekkäisyyksiä, mitkä heikentävät potilaan hoidon laatua. Päällekkäiskirjaamiset lisäävät myös lääkityksessä tapahtuvien virheiden määrää. Sisätautipotilaan hoitotyö on yhteistyötä monien eri ammattiryhmien kanssa. Työryhmään kuuluu sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoita potilaan tarpeiden mukaan. (Cheevakasemsook ym. 2006, 370; Holmia ym. 2006, 22–23.)

4.3 Omaisten osallistuminen sisätautipotilaan hoitotyöhön

Omaisille tulee antaa riittävästi tietoa ja ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta. Omaisten tuntemuksia kuunnellaan sairauden aiheuttamista muutoksista jokapäiväiseen elämään potilaan intimizeettiä ja yksityisyyttä kunnioittaen. Hoito toteutetaan avoimessa, luottamuksellisessa yhteistyösuhteessa potilaan ja omaisten välillä. Omaiset otetaan huomioon hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa

potilaan niin halutessa. Omaisten antama tuki on usein tervehtymisen ja hoidon jatkuvuuden kannalta oleellista. (Holmia ym. 2006, 23.)

Omaisten osallistumisesta potilaan hoitoon, hoidon suunnitteluun ja siihen liittyvään päätöksentekoon voidaan pitää korkealaatuisen hoitotyön kriteerinä. Perheenjäsenten mukaan ottaminen potilaan hoitotyöhön on osa kokonaisvaltaista hoitoa. (Laitinen ym. 2010, 495.) Tässä aihealueessa on vielä paljon kehitettävää. Omaisten osallistuminen potilaan psyko-sosiaaliseen hoitoon on tärkeää ja tätä tulisi myös tukea. Hoitohenkilökunnan aikaa kuluu paljon potilaan fyysisten tarpeiden tyydyttämiseen sekä hoitotyön kirjaamiseen, jolloin omaiset jäävät vähemmälle huomiolle. (Voutilainen 2004, 76–77.)

5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA HOITOTYÖN KIRJAAMISESTA

Hoitotyön kirjaamisesta on tehty kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia. Opinnäytetyössämme käytimme tutkimuksia, jotka on tehty 2000-luvun puolella. Aikaisemmat suomalaiset tutkimukset ovat hoitoalan opiskelijoiden tekemiä loppu-tyitä ja sairaaloiden toimeksi antamia tutkimuksia. Kansainväliset tutkimukset ovat laaja-alaisempia kuin kotimaiset. Aikaisemmat tutkimukset kuvaavat hoitohenkilökunnan valmiuksia, kokemuksia ja muutoksia suhteessa elektroniseen kirjaamiseen ja rakenteisen kirjaamisen tasoon. Useat kansainväliset tutkimukset ovat päätyneet samanlaisiin tuloksiin. Tutkimukset olivat kokonaisuudessaan luotettavia, kattavia ja monipuolisia.

Helena Ikosen (2007, 2, 65) Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen pro gradu tutkimuksessa, tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan tietoteknisiä ja elektronisen kirjaamisen valmiuksia. Tutkimusaineisto hankittiin kyselylomakkeella Pohjois-Karjalan keskussairaalan hoitohenkilökunnalta. Vastaajat (n=438) arvioivat itse omaa tietoteknistä osaamistaan hoitotyössä. Puolet vastaajista pitivät tietoteknistä osaamista kohtalaisena, kolman-

nes hyvänä ja viidennes huonona. Nuoremman ikäryhmän hoitajat pitivät teknistä osaamistaan selvästi parempana kuin vanhemmat. Kirjaamiseen suurimpina haittoina pidettiin kiirettä ja tietoteknisten taitojen puutteellisuutta.

Tuija Hartikaisen (2008, 29-30, 53) Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilastietojärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan pro gradu tutkimuksessa, selvitettiin teemahaastattelun avulla sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomia muutoksia sairaanhoidajien työhön. Tutkimus toteutettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan operatiivisten alojen tulosalueella. Tutkimukseen osallistui kymmenen sairaanhoidajaa. Vastaajista jokainen koki epävarmuutta tietokoneen käytön suhteen. Lisäksi vastaajat kokivat, että potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhde kärsi tietokoneita käytettäessä. Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö vei paljon työaikaa.

Eeva-Kaisa Laineen (2008, 15–18, 21) tekemän Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana pro gradu tutkimukseen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta sekä tuen ja ohjauksen saamisesta siihen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemoitettua ryhmähaastattelua, johon osallistui 12 hoitajaa. Tutkimustulosten mukaan hoitajilla oli myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta. Myönteisinä asioina pidettiin kirjaamisen selkeyttä, ammattihenkilöstön tunnistamista kirjaamisista, hiljaista raportointia, hoitotyön laadun muutosta ja asennetta kirjaamista kohtaan. Kielteisinä asioina pidettiin rakenteisen kirjaamisen ajan vievyyttä, kirjavuutta, komponenttien päällekkäisyyksiä, tietojen runsautta, löytämisen hitautta. Kirjaaminen vähensi aikaa potilaan luona ja kuormitti hoitajia. Lääkäreiden negatiivinen asenne sähköiseen kirjaamiseen nousi myös esiin. Työtovereiden vertaistuki koettiin tärkeäksi tueksi.

Kristiina Kuusion (2008, 2, 55) Hoitotyön elektroninen kirjaaminen ja päätöksenteko pro gradu tutkimuksessa kuvataan erään länsisuomalaisen terveyskeskukseen sairaanhoidovastaanottojen hoitotyön elektronisen kirjaamiskäytännön nykytilaa ja kirjausten sisältöä perusterveydenhuollossa. Menetelmänä käytettiin retrospektiivistä asiakirja-analyysia. Tutkittava oli 174 potilaskertomusta kahden

viikon ajalta ja ne analysoitiin deduktiivisesti. Tutkimustulos osoitti, että otsikoiden käyttö kirjaamisessa vaihteli yksiköittäin ja käyttäjittäin. Hoidollisen päätöksenteon MITÄ -vaiheessa tulotilanteen kuvaavia tietoja oli kirjattu, mutta suunnittelu ja tavoitteet puuttuivat suurimmasta osasta. MITEN -vaiheessa oli kirjattu rakenteisesti ja narratiivisesti parhaiten. MIKSI -vaihe oli hankala ja hoidon vaikuttavuuden arviointia ei ollut kirjattu.

Turun sosiaali- ja terveystoimen kirjaamisen tasoa ovat viimeksi tarkastelleet Lemström ja Leponen opinnäytetyössään keväällä 2009. He selvittivät opinnäytetyössään hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tasoa Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautien vuodeosastoilla. Tutkittava aineisto koostui 20 hoitokertomuksesta, jotka oli kerätty keväällä 2009. Seurantatutkimus oli jatkoa vuonna 2008 tehdylle vastaavalle tutkimukselle. Tutkimustuloksissa he havaitsivat, että rakenteisessa kirjaamisessa oli tapahtunut yllättävän vähän muutoksia. Kyseinen kirjaamismalli oli ollut käytössä sisätautiosastoilla ja henkilökunta oli saanut koulutusta kirjaamiseen. Joissain tapauksissa kirjaamisen taso oli jopa huonontunut aikaisempaan kirjaamiseen verrattuna. Tutkimuksessa hoitosuunnitelmat oli kirjattu jokaiselle potilaalle. Tarpeita oli kirjattu hoitokertomuksiin, mutta niitä oli vähemmän kuin aikaisemmassa tutkimuksessa. Mittareiden käyttö hoidon arvioinnissa oli vähentynyt. Tavoitteita oli kirjattu vähemmän, mutta ne olivat kirjattu konkreettisemmin ja täsmällisemmin. (Lemström & Leponen 2009, 2, 40–43.)

Hoitosuunnitelmissa olevia toimintoja suhteessa tavoitteisiin oli kirjattu vuoden 2008 tutkimuksessa paremmin, kuin 2009 aineistossa. Kirjaukset opetuksesta ja ohjauksesta olivat aikaisempaan verrattuna vähentyneet selvästi. Potilaan oma näkemys hoidosta oli kirjattu paremmin. Loppuarviointien kirjaaminen oli parantunut selkeästi. Tutkimuksesta saadut tiedot eivät kuitenkaan välttämättä ole täysin totuudenmukaisia, sillä otos oli hyvin pieni. Lemström & Leponen toteavat tutkimuksessaan, että kirjaaminen on puutteellista Turun terveystoimen sisätautien vuodeosastoilla. Kirjaamisen liittyvää koulutusta tulisi selkeästi lisätä tutkimuksesta saatujen tietojen nojalla. Kirjaaminen ei vastaa rakenteisen kirjaamisen perusajatusta. (Lemström & Leponen 2009, 40–43.)

Maaliskuussa 2010 julkaistussa Journal Of Clinical Nursing lehdessä Laitinen ym. (2010, 489-490) pohtivat artikkelissaan Patient-focused nursing documentation expressed by nurses, millaisia ilmaisuja hoitajat käyttävät kirjatessaan hoitotyön toimintoja elektroniseen potilaskertomukseen. Tutkimus on ajankohmainen ja käsittelee samaa asiaa, jota tässä työssä käsitellään. Tutkimuksessa käytettiin 40 hoitokertomusta, jotka olivat kerätty Länsi-Suomen neljästä eri aluesairaalaan. Elektroninen potilaskertomus oli ollut vuoden käytössä kyseisillä osastoilla ennen tutkimuksen tekoa. Tässä tutkimuksessa selvisi, että hoitotyön kirjaaminen on potilaskeskeistä. Kirjaamisesta erottui kolme kategoriata. Ensimmäisessä kategoriassa korostui potilaan ääni: potilas ilmaisi omia ajatuksiaan ja hoitaja kirjasi ne. Toisessa kategoriassa asiaa tarkasteltiin hoitajien näkökulmasta: hoitajat kertoivat kirjauksissaan potilaan ajatuksia. Kolmannessa kategoriassa potilas ja hoitaja ilmaisivat yhteisiä näkemyksiä hoidosta. Tutkimuksessa selvisi, että hoitotyön kirjaaminen edustaa paljon muutakin kuin vain yksinkertaista kirjausta potilaan hoidosta. Tästä tutkimuksesta saatujen tulosten pohjalta esitettiin paljon ehdotuksia tulevaisuuden tutkimuksia varten, kuten kirjaamisen ajoittaminen hoitotyön lomassa sekä tehdyn hoitotyön eroavaisuus siitä tehtyihin kirjauksiin.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Vuonna 2008 tehtiin ensimmäiset kirjaamisen tilaa arvioivat tutkimukset Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Keväällä 2009 Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijat arvioivat sen hetkistä kirjaamisen tilaa Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilla. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tarkastella tämän hetkistä kirjaamisen tilaa Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilla ja verrata saatuja tuloksia kevään 2009 tutkimukseen.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaista rakenteinen kirjaaminen on Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilla?
2. Miten rakenteinen kirjaaminen on muuttunut Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilla viimeisestä tutkimuksesta?

7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jota käyttäen voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentilla voidaan tarkoittaa tässä yhteydessä kirjoja, artikkeleita, päiväkirjoja, keskusteluja, puheita, raportteja, kirjoja, haastatteluita tai melkein mitä tahansa kirjalliseen muotoon saatettua informaatiota. Se voi olla esimerkiksi dokumentti, joka analysoidaan sisällönanalyysiä käyttäen. Tätä analyysimenetelmää käyttäen pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Sarajarvi & Tuomi 2002, 105, 107.)

Sisällönanalyysin käyttäminen antaa tiettyjä käsitteellisiä vapauksia, mutta sen käyttö edellyttää myös tiettyjen rajoitteiden hyväksymistä. Analyysistä tuotettu materiaali voidaan kvantifioida, eli muodostaa sanallisesti kuvatusta aineistosta määrällisiä tuloksia. Tavoitteena on myös järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon, hävittämättä kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. Tutkittavasta aineistosta tulee redusoida eli poistaa kaikki epäolennainen aineisto mitä ei tarvita tutkimustulosten saavuttamiseksi. Redusointi voi olla joko informaation tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin. Tällöin redusoinnista ohjaa tutkimustehtävä, joka meidänkin tutkimuksessamme on määrätty. Tutkimustehtävän mukaan aineisto redusoidaan litteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle olennaiset asiat. Ennen analyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla

esimerkiksi yksittäinen sana tai kokonainen lause. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Siinä edetään kokemusperäisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta aiheesta. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 109–115.)

Määrällisessä tutkimuksessa valitaan aina sellainen analyysimenetelmä, joka antaa mahdollisimman paljon tietoa siitä, mitä aineistossa ollaan tutkimassa. Tutkimusta suunniteltaessa tulee samalla pohtia sopivaa analyysimenetelmää tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin. (Heikkilä 2004, 183.) Tässä tutkimuksessa sopivaksi analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi.

Sisällönanalyysin voi tehdä joko aineisto- tai teorialähtöisesti. Sisällönanalyysi muodostuu aineistosta eroja- ja yhtäläisyyksiä etsien, eritellen ja tarkastellen jo valmiita tekstimuotoisia aineistoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

7.2 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Määrällinen tutkimusmenetelmä eli kvantitatiivinen menetelmä on tutkimustapa, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä tutkitaan saatuja tietoja numeerisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia tarkastellaan numeroiden avulla. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä saadaan vastauksia kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija saa tutkitun tiedon numeerisessa muodossa tai hän ryhmittelee laadullisen aineiston numeeriseen muotoon. Tulokset esitetään numeroina. Tarvittaessa tutkija selittää ja tulkitsee numerotiedot sanallisesti. (Vilka 2007, 13–14.)

Henkilöitä koskevien tietojen tutkiminen määrällisessä tutkimuksessa on mahdollista siten, että tutkittavat asiat muutetaan rakenteellisesti. Tässä tarkoitetaan sitä, että tutkittava asia operationalisoidaan ja strukturoidaan. Operationalisoinnilla muutetaan teoreettiset ja käsitteelliset asiat sellaiseen muotoon, että tutkittava ymmärtää ne arkiymmärryksellään. Esimerkiksi sukupuoli voidaan muuttaa mitattavaan muotoon nainen (1) ja mies (2). Strukturoinnissa tutkittavat asiat ja sen ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan. Strukturointi ja operationalisointi

tapahtuvat ennen aineiston keräämistä. Strukturoinnissa tutkittavat asiat muotoillaan lomakkeisiin kysymyksiksi ja vaihtoehtoiksi niin, että kaikki ymmärtävät kysymyksen samalla tavalla. Jokaiselle tutkittavalle asialle eli muuttujalle annetaan arvo. Arvo voidaan ilmaista symboleina, kuten numeroina tai kirjaimina. Määrällistä tutkimusta käsitellessä voidaan myös puhua sisällön erittelystä. Määrällisessä tutkimuksessa mittaamista on kaikki se, missä tehdään eroja tutkittavien asioiden välille ja määritellään erolle symboli. (Vilkkä 2007, 15–16.) Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tutkittavasta aineistosta yleisiä lainalaisuuksia (Vilkkä 2007, 26).

7.3 Sisällönanalyysi ja aineisto tässä tutkimuksessa

Tämä tutkimus oli teorialähtöinen eli deduktiivinen. Sisällönanalyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla muodostunut käsitekartasta tai teoriasta. Analyysirunko voi olla väljä tai strukturoitu. Väljän analyysirungon avulla voidaan poimia asiat, jotka sijaitsevat rungon sisä- ja ulkopuolella. Strukturoidulla tyylillä voidaan poimia asiat vain analyysirungon sisältä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 113.) Tutkimuksemme perustui jo olemassa olevaan teoreettiseen runkoon (liite 1.). Meidän teoreettinen runkomme operationalisoitiin arkiymmärryksellä ymmärrettävään muotoon. Teoreettisen rungon avulla hoitokertomuksista selvitettiin muun muassa potilaan taustatiedot, tulotilanteen tarpeet ja ongelmat, muut hoitoprosessin vaiheet, omaisten osallistuminen hoitoon, potilaan omaa käsitystä hoidosta, sekä opetuksen, ohjauksen ja loppuarvioinnin esiintymistä. Pegasoksen vastuukäyttäjät ottivat systemaattisella satunnaisotannalla Turun sosiaali- ja terveystoimen kaikilta sisätautiosastoilta 40 hoitokertomusta. Aineisto kerättiin 1.10–31.10.2010 väliseltä ajalta. Hoitokertomukset tulostettiin analyysia varten. Tietojen analysointiin käytimme SPSS Statistics 17.0 ohjelmaa. Ohjelman avulla pystyimme havaitsemaan olivatko tulosten erot merkitseviä vai satunnaisia. Tässä tutkimuksessa esitämme hyödylliseksi nähtyjä tuloksia. Tilastollinen tarkastelu paljastaa tietojen todellisen informaation, joka olisi muuten saattanut jäädä havaitsematta perinteisiä menetelmiä käyttäen.

7.4 Tutkimustulosten esittäminen

Määrällisestä tutkimuksesta saatuja tuloksia kuvataan useimmiten numeerisesti, graafisesti tai sanallisesti. Tutkija itse päättää minkä esitystavan valitsee, mutta kuitenkin niin, että tutkimuksesta saadut tulokset ovat objektiivisiä eli tutkijasta riippumattomia. Tutkija ei saa tietoisesti esittää tuloksia niin, että lukija saa tuloksista väärän tai tarkoitushakuisesti halutun kuvan. (Vilkkä, 2005, 169.)

Kun tutkija miettii tutkimuksensa tulosten esitystapaa, tulee hänen huomioida muun muassa seuraavia asioita: tietoja, mitä lukija haluaa tai tarvitsee tutkimuksesta, informaation määrää, informaation esittämistapaa sekä selkeää ja tarkoituksenmukaista tulosten esittämistapaa. Tutkijan tulee myös miettiä mikä on järkevin sijainti taulukoille, kuvioille ja tunnusluvuille. (Vilkkä 2007, 136.)

7.4.1 Tutkimustulosten esittäminen numeerisesti

Taulukoita ja kuvioita käytetään omiin tarkoituksiinsa kun esitetään saatuja tuloksia. Taulukot ovat selkeitä ja niihin saadaan mahtumaan paljon numerotietoa. Taulukossa tiedot ovat helppo esittää yksityiskohtaisesti. Kuvioita puolestaan käytetään silloin kun halutaan antaa nopeasti ja selkeästi luettavaa tietoa, yleiskuva jakaumasta tai havainnollistaa ja painottaa saatuja tietoja. Tunnusluvut ovat toimivia, kun tarkoituksena on esittää yhtä lukua koskeva tieto. Tällöin tuloksista esitetään samanaikaisesti sekä jakauman keskiarvo että hajontaluku. Numeeriset ja graafiset esitystavat eivät kuitenkaan pelkästään riitä esittämään tutkimuksesta saatuja tuloksia. Taulukot, kuvat ja tunnusluvut havainnollistavat tekstiä sekä lisäävät tekstin ymmärtämistä. Tietojen vertailu on usein havainnollisempaa kuvioiden avulla. Keskeisimmät tulokset tulisikin esittää taulukoin ja kuvioin. Muut tutkimustulokset voidaan halutessa esittää sanallisesti. Tekstissä tutkija voi ohjata katsomaan johonkin tiettyyn kaaviossa tai kuviossa esitettyyn tulokseen. (Vilkkä 2007, 135.)

Määrällisessä tutkimuksessa yksityiskohtaisin tieto tulee aina olla numeerisessa muodossa. Taulukoissa esitetty numerotieto on helpoin esitystapa lukijan kannalta. Taulukossa ei saa kuitenkaan olla liikaa numerotietoa, sillä sen selkeys ja

informaatioarvo saattavat kärsiä. Mitä suurempi taulukko on, sitä vaikeampi siitä on hahmottaa olennainen tieto. Useimmiten numerotieto esitetään kokonaisluokina. Taulukosta tulisi myös selvittää, mitä tietoa taulukko esittää, milloin tieto on kerätty ja mistä. Taulukko on hyvä tulosten esitystapa silloin kun siinä esiintyy seuraavat asiat: laajat ja yksityiskohtaiset numerotiedot, tieto havaintojen lukumäärästä ja ulkoasu on visuaalisesti sopiva. Tekstissä ei tule toistaa taulukossa mainittuja asioita vaan sen tulee tulkita niitä. Taulukoiden avulla tekstiin voi olla helpompi tutustua ja hahmottaa tutkittavan aineiston luonnetta. (Vilkkä 2007, 136–138.)

7.4.2 Tutkimustulosten esittäminen sanallisesti

Määrällisessä tutkimuksessa pyritään siihen, etteivät tulokset jäisivät pelkästään numeroiksi. Tuloksia tulisi avata sanallisesti ja käyttää numeroita sanallisen esittämisen tukena. Tulokset tulee tulkita ja esittää johtopäätöksiä niiden pohjalta. Tulokset tulee esittää niin, että niiden sisältö on lukijalle helposti ymmärrettävissä. Tulkittaessa tuloksia tutkijan tulee miettiä omia ammatti- ja tieteenalansa malleja, teorioita ja aikaisempia tutkimuksia. Pohdittuaan ja verrattuaan näihin tutkija tekee johtopäätöksiä. Tulosten tulkinta ja johtopäätökset tehdään sanallisessa muodossa. Johtopäätöksissä tutkija ennakoii saatujen tulosten merkitystä tutkimusalueella sekä vaikutusta kenelle tutkimus on osoitettu. (Hirsjärvi ym. 2005, 213–214.)

Tässä tutkimuksessa tutkimustulokset tullaan esittämään sekä numeerisesti että sanallisesti. Esityksen apuna käytetään taulukoita. Numeerisia tuloksia havainnollistetaan keskiarvon, frekvenssin, minimi- ja maksimiarvon, moodin ja prosenttilukujen avulla. Saatuja arvoja avataan sanallisesti.

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus suoritetaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttävällä tavalla. ”Hyvään tapaan kuuluvat kuviossa 1 mainitut asiat.”

<p>Tutkijat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. noudattavat tieteellisiä toimintatapoja, rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta tutkimuksessaan sekä jälkikäsitellyssä 2. käyttävät tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tutkimus-, tiedonhankinta-, arviointi- ja raportointimenetelmiä sekä noudattavat avoimuutta tulosten julkaisuissa 3. ottavat huomioon kunnioittavasti muiden tutkijoiden julkaisut ja myöntää heille kuuluvan arvon 4. ovat määritelleet tieteellisessä käytännössä jäsenten asemat, vastuut, velvollisuudet, oikeudet ja tulosten omistajuutta koskevat kysymykset 5. ovat ilmoittaneet merkitykselliset sidonnaisuudet tutkimukseen osallistuville.
--

Kuvio 1. Hyvä tieteellinen käytäntö (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002).

Tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden kannalta ratkaisevaa on tietolähteiden valinta. Ne eivät saa ohjata tai vääristää tuloksia väärään suuntaan. Tietolähteet onkin syytä valita huolella niin, että niistä on mahdollisimman vähän haittaa tutkittavalle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 289.) Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta saattavat alentaa erilaiset virheet kuten käsittely-, mittaus-, peitto-, kato- ja otantavirheet (Heikkilä 2008, 185).

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan pitää kaiken tieteellisen toiminnan ytimenä. Tutkimusetiikka pyrkii vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tutkimuksen tulisi noudattaa. Tutkijan tulee olla kiinnostunut hankkimaan uutta tietoa sekä paneutumaan tunnollisesti tutkittavaan aiheeseen, jotta hankittu ja välitetty

informaatio olisi mahdollisimman luotettavaa. Rehellisyyden nimissä tutkija ei saa huijata eikä sellaista tutkimusta saa suorittaa, josta voi syntyä vahinkoa. Tutkimustyö ei saa loukata kenenkään ihmisarvoja eikä moraalisia arvoja. Tutkijan tulee omalta osaltaan vaikuttaa siihen, että tuotettua informaatiota käytetään eettisesti oikein. Tutkijan toimintatapa tulisi olla sellaista, joka edistää tutkimuksen tekemahdollisuuksia. Tutkijan tulee myös kunnioittaa muita kollegoitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkkunen 2009, 172.) Ensisijainen vastuu oman työnsä eettisyydestä onkin tutkijoilla itsellään (TENK 2002). Voidakseen ymmärtää muita ihmisiä, on ensin opittava tuntemaan itsensä. Näin ollen ihmisen eettinen kasvaminen jatkuu koko elämän ajan. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 129.)

Tutkimuksen aineiston tietojen turvaamiseksi hoitotyönohjaaja oli saanut terveysviraston hallintopäällikön luvan rajattujen potilastietojen tulostamiseen Pegasoksesta. Potilaan yksityisyyden turvaamisen varmistamiseksi, kirjauksista oli poistettu identifiointitiedot ennen niiden luovuttamista analysoijille. Tutkimuksen valmistuttua kirjatutkimukset toimitetaan takaisin hoitotyönohjaajalle, jossa ne hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka virheiden syntymistä pyritään välttämään. Tämän vuoksi tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen reliabelisuudella, mikä tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Reliabelisuudella pyritään saamaan ei-sattumanvaraisia tuloksia eli vapautta satunnaisista ja epäolennaisista tekijöistä. Tämä voidaan todeta monella tavalla. Esimerkiksi tutkijoiden tutkittaessa samaa henkilöä eri kerroilla ja samaan lopputulokseen päätyessä, tulos voidaan tulkita reliabeliksi. Validiudella voidaan myös parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Validius tutkimuksessa tarkoittaa kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Tutkijan käyttämät mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa todellisuutta, jota kuvitellaan mittaavan. Esimerkiksi jos kyselyiden vastaajat ovat käsittäneet kysymyksiä aivan toisin kuin tutkija on ajatellut ja jos tutkija käsittelee vastaukset edelleen oman ajattelumallinsa mukaan, tuloksia ei voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–228.)

Luotettavuusongelmien minimalisoimiseksi olemme pitäneet yhteisiä ohjauksia opinnäytetyön- ja viestinnän opettajan kanssa sekä saaneet erilaisia kirjallisia ja suullisia ohjeita. Ohjaajan kanssa olemme käyneet läpi analyysirungon käyttöä, keskustelleet kirjausten tulkinnasta ja arvioimisesta. Hoitokertomukset olemme yhdessä analysoineet välttääksemme eriäviä vastauksia tuloksista. Eriävissä tilanteissa olemme keskustelleet vastausvaihtoehdoista parin ja samasta aiheesta opinnäytetyötä tekevien luokkatovereiden kanssa. Näin olemme voineet löytää yhteisen näkemyksen tulkinnalle. Tutkimuksen luotettavuutta kuitenkin heikentää tutkijoiden aikaisempi kokemattomuus tieteellisen tutkimuksen teosta. Lisäksi luotettavuutta heikentää kevään 2009 tutkimuksen SPSS-tiedoston tulosten eroavaisuus varsinaisen tutkimuksen tuloksista. Vertaillessamme omia tutkimustuloksia aikaisempaan tutkimukseen, käytimme kevään 2009 lopullisia tutkimustulosten arvoja.

Lähteitä valitessamme olemme kiinnittäneet huomiota lähdemateriaalin ajan-kohtaisuuteen, uusimpiin tutkimuksiin ja lähteiden julkaisuvuosiin, taataksemme tutkimuksen lähdekritiikin luotettavuuden. Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen tekemisessä käytimme alan kirjallisuutta ja tutkimuksia sekä asiantuntijalähteitä. Tietokantahaussa käytimme niin kotimaisia kuin ulkomaisia hakupalvelimia, kuten esimerkiksi Aura, Volter, Nelli, Vaski, Medic, Cinahl ja Medline. Suomalaisia hakusanoja olivat: rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön kirjaaminen, systemaattinen kirjaaminen, elektroninen kirjaaminen, sisätautipotilaan hoitotyö, hoitotyö ja dokumentointi. Englanninkielisiä olivat: documentation, nursing, medical ward, structured, care plan and electronic patient record system.

9 TUTKIMUSTULOKSET

Tulokset on kerätty 40 potilaan hoitokertomuksista Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautien vuodeosastoilla syksyllä vuonna 2009. Aikaisempi tutkimus samoilta osastoilta toteutettiin keväällä vuonna 2009. Aikaisempi tutkimus on siis tehty noin puoli vuotta aikaisemmin kuin meidän tekemä tutkimus. Aiemmin tehdyn tutkimuksen hoitokertomuksista (N=20) miehiä oli 55 % ja naisia 45 %. Potilaiden iät vaihtelivat 53–94 ikävuoden välillä, keskiarvon ollessa 75,15 vuotta. Nyt toteutuneessa tutkimuksessa hoitokertomusten sukupuolijakauma oli 50 % miehiä ja 50 % naisia. Potilaiden iät vaihtelivat 26–96-vuotiaiden välillä, keskiarvon ollessa 75,2 vuotta.

9.1 Esitiedot

Potilaan aikaisemmasta terveydentilasta oli aiemmassa tutkimuksessa kirjattu 85 %:ssa ja nyt toteutuneessa tutkimuksessa 78 %:ssa hoitokertomuksista (Taulukko 2.). Kummankaan tutkimuksen hoitokertomuksissa ei ollut mainintaa potilaan aiemmasta kokemuksesta hoidosta. Tässä tutkimuksessa potilaan tila lääketieteellisen ja hoitotyön näkökulmasta oli kirjattu 65 %:ssa hoitokertomuksista. Potilaan lääketieteellinen tila oli kirjattu 25 %:ssa hoitokertomuksista. Potilaan tila pelkästään hoitotyön näkökulmasta toteutunutta kirjaamista oli kirjattu 5 %:ssa hoitokertomuksista kuin myös ”ei mitään” tilaa. Aikaisemmassa tutkimuksessa sekä hoitotyön että lääketieteen näkökulmasta oli kirjattu 95 % ja pelkästään hoitotyön näkökulmasta 5 % (Taulukko 3.).

”Tulee yleistilan laskun ja korkean kuumeen takia. Monisairas mies, muistihäiriö, Fa, verenpainetauti, sydämen ja munuaisten vajaatoiminta, aivoinfarkti. Asuu yksin kotihoidon turvin.” (Molemmat näkökulmat)

”LP:lle tyhjennyksiä varten, kolonoskopia.” (Lääketieteellinen näkökulma)

”Tulee TYKS:istä aivoinfarktin jälkeiseen jatkohoitoon. Taustalla DM2, RR-tauti, aivoinf. -96, ASO-tauti, alaraajan PTA-tehty. Kotona ollut jo jonkin aikaa muistiongelmia. Asunut vaimon kanssa.” (Molemmat näkökulma)

”Pahoinvointi ja oksentelu. Laihtunut elokuusta 19kg. Gastriitti, kilpirauhasen vajaatoiminta.” (Lääketieteellinen näkökulma)

Taulukko 2. Aikaisemman terveydentilan kirjaaminen.

			Kyllä	Ei	Yht.
toteutus	Kevät 2009	f	17	3	20
		%	85 %	15 %	100 %
	Syksy 2009	f	31	9	40
		%	78 %	23 %	100 %

Taulukko 3. Potilaan terveydentilasta kirjatut näkökulmat.

			Ei mi- tään	Lääketieteellinen tila	Tila hoitotyön näkökulmasta	Molemmat
toteutus	Kevät 2009	f	0	0	1	19
		%	0 %	0 %	5 %	95 %
	Syksy 2009	f	2	10	2	26
		%	5 %	25 %	5 %	65 %

9.2 Hoitosuunnitelma

9.2.1 Hoitotyön tarve

Tämän tutkimuksen aineiston jokaisesta hoitokertomuksesta löytyi hoitosuunnitelma. Hoitokertomuksissa potilaan hoitotarpeiden kirjaamista päivittäin ilmeni jossain määrin 5 %:ssa ja selkeästi 2,5 %:ssa. Näissä tapauksissa uuden tarpeen ilmentyessä päivittäisessä kirjauksessa, se oli lisätty hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelman tulisikin elää päivittäisten kirjausten mukaan. Aikaisemmassa tutkimuksessa potilaan hoitotarpeiden päivittäistä kirjaamista ei löytynyt yhdestäkään hoitokertomuksesta. Aikaisemmassa tutkimuksessa tarpeiden ja ongelmien kokonaismäärä oli 94 kappaletta. Potilasta kohden määrä vaihteli 1-12 kappaleen välillä, keskiarvo oli 4,7 ja moodi 1. Tässä toteutuksessa tarpeiden ja ongelmien kokonaismäärä oli 205 kappaletta. Potilasta kohden määrä vaihteli 1-15 kappaleen välillä, keskiarvo oli 5,1 ja moodi 5 (Taulukko 4.).

”Kirurginen haava, Craniotomiahaava vas:lla, hakaset. poistettu 5.10 Tyks:ssa.”

”Liikkumisen rajoittuminen kovat selkäkivut.”

”Verenvuoto, epäselvä Hbn lasku.”

”Aktiviteetti, kuntoutus.”

”Turvotus, alaraaja turvotuksia.”

Taulukko 4. Tarpeiden/ongelmien määrä aineistossa.

		f	Min	Max	Ka	Mo	Sd
toteutus	Kevät 2009	20	1	12	4,7	1	3,7
	Syksy 2009	40	1	15	5,1	5	2,8

Aikaisemman tutkimuksen hoitokertomuksissa tarpeiden arviointiin oli käytetty 30 %:lla erilaisia mittareita, kuten muun muassa MMSE, Braden, alkometri ja LOTCA-testi. Tässä tutkimuksessa 20 %:ssa oli tarpeiden arviointiin käytetty mittareita kuten MMSE ja Braden (Taulukko 5.).

Taulukko 5. Tarpeiden määrittämisessä ollut käytössä mittareita.

			Kyllä	Ei	Yht.
toteutus	Kevät 2009	f	6	14	20
		%	30 %	70 %	100 %
	Syksy 2009	f	8	32	40
		%	20 %	80 %	100 %

Hoitokertomuksia, joissa oli vähintään yksi kirjaus potilaan tiedoista omaisten antamana oli aiemassa tutkimuksessa 30 %:ssa ja tässä tutkimuksessa 23 %:ssa hoitokertomuksista (Taulukko 6.).

”Tytär soittanut, kertonut että potilaalla ollut kotona ripulivaivaa nyt jo kolmen viikon ajan.”

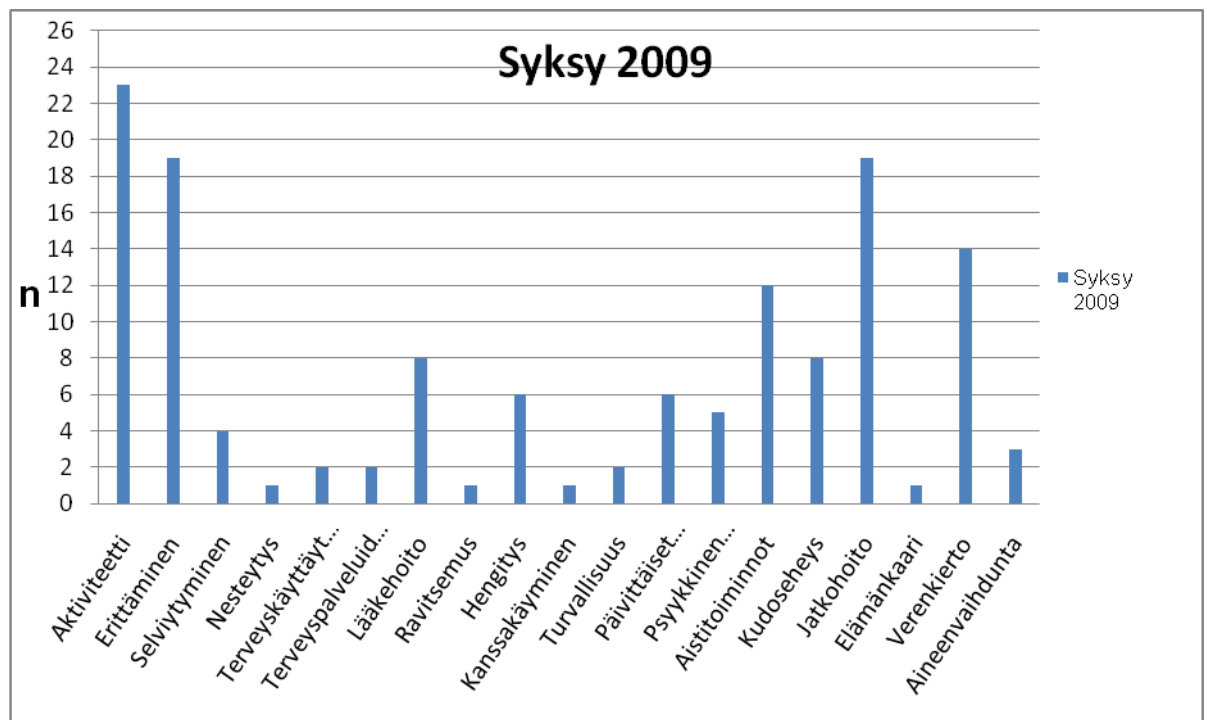
”Vaimo kertoi, että seuraava intervallijakso kerrtulin vanhainkodissa on 29.10.-05.11.2009.”

”Tytär kertoi, että turvapalvelu ja omaiset käyvät monta kertaa päivässä auttamassa ylös sängystä tai lattialta, jonne on kupsahtanut.”

Taulukko 6. Omaisten antama tieto potilaasta.

		Ei	Kyllä	Yht.
toteutus	Kevät 2009 f	14	6	20
	%	70 %	30 %	100 %
	Syksy 2009 f	31	9	40
	%	77 %	23 %	100 %

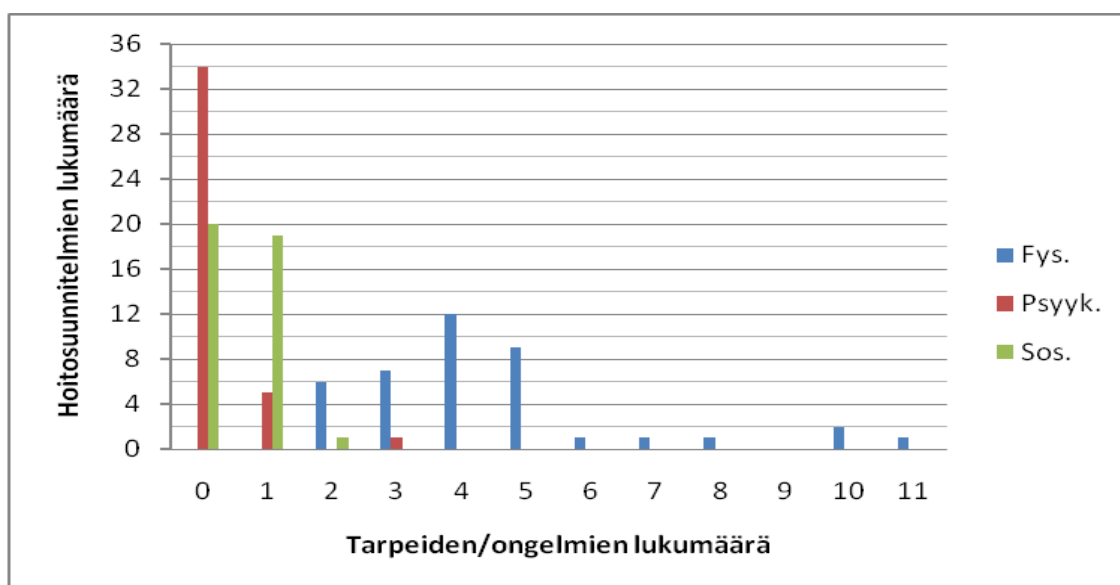
Tutkimuksemme hoitosuunnitelmissa kaikkia hoitotyön komponentteja oli käytetty vähintään kerran. Keskimäärin yhdessä hoitosuunnitelmassa oli 3,4 komponenttia. Aktiviteetti, erittäminen, jatkohoito ja verenkierto olivat käytetyimmät tarve komponentit. Selvästi vähiten käytettyjä komponentteja olivat nesteytys, ravitseminen, kanssakäyminen ja elämäntahti (Kuvio 2.).



Kuvio 2. Komponentit hoitosuunnitelmassa. (n=40)

Hoitosuunnitelmissa fyysisiä tarpeita oli selvästi kirjattu enemmän kuin psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita. Kaikissa hoitosuunnitelmissa oli kirjattu vähintään kaksi fyysistä tarvetta. Fyysisten tarpeiden keskiarvo hoitosuunnitelmissa oli 4,5. Hoitosuunnitelmia joissa ei ollut määritelty yhtään sosiaalista tarvetta oli 20 kappaletta. Lopuissa 20:ssä hoitosuunnitelmassa oli

enintään kaksi tarvetta kirjattu. Sosiaalisten tarpeiden keskiarvo hoitosuunnitelmissa oli 0,53. Psykkisten tarpeiden keskiarvo oli 0,13. Psykkisiä tarpeita ei ollut kirjattu 34:ssä hoitosuunnitelmassa. Loppuihin hoitosuunnitelmiin oli kirjattu enintään kolme. Aikaisemmassa tutkimuksessa tätä kohtaa ei oltu huomioitu lainkaan (Kuvio 3.).



Kuvio 3. Fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita hoitosuunnitelmissa. (n=40)

9.2.2 Hoitotyön tavoitteet

Hoitokertomuksia joissa vähintään yksi tavoite oli kirjattu, löytyi tässä tutkimuksessa 75 % ja aikaisemmassa tutkimuksessa 35 %. Keväällä 2009 toteutuneessa tutkimuksessa tavoitteiden määrä vaihteli 0-6 välillä kun nyt toteutetussa tutkimuksessa määrä oli välillä 0-8. Keskiarvo oli aiemmassa 1 ja nyt 1,8 (Taulukko 7.).

”Vaippojen ja virtsapullon käyttö öiseen aikaan tarvittaessa.”

”Kuntouttaa potilas mahdollisimman kotikuntoiseksi.”

”Vatsan toiminnan normalisoituminen.”

”Tutkimuksen onnistuminen.”

”Kuntoutuminen.”

Taulukko 7. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmissa.

			f	%	Ka	Sd
toteutus	Kevät 2009	0	13	65 %		
		1	1	5 %		
		2	2	10 %		
		3	3	15 %		
		6	1	5 %		
		Yht.	20	100 %	1	1,65
	Syksy 2009	0	10	25 %		
		1	11	27,50 %		
		2	8	20 %		
		3	6	15 %		
		4	2	5 %		
		5	1	2,50 %		
		6	1	2,50 %		
		8	1	2,50 %		
Yht.	40	100 %	1,8	1,78		

Hoitokertomuksista löytyneistä tavoitteista konkreettisenä potilaan voinnin tai käyttäytymisen muutoksena kirjattuja tavoitteita oli aikaisemmassa tutkimuksessa 88 % ja tässä tutkimuksessa 45 %. Täsmällisesti kirjattuja tavoitteita aikaisemmassa tutkimuksessa oli 88 % ja tässä tutkimuksessa 58 % hoitokertomuksista. Aineiston tavoitteet vastasivat hoidon tarvetta aikaisemmassa tutkimuksessa ainakin jossain määrin 100 %, mutta nyt vain 33 %. Aikarajallisesti määritellyjä tavoitteita oli kirjattu aikaisemmin 15 % ja nyt 8 %. Hoitotyön tavoitteita ei ollut kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan aikaisemmassa tutkimuksessa, mutta nyt tehdyssä tutkimuksessa vähintään jossain määrin oli kirjattu 10 %. Näissä tapauksissa uuden tavoitteen ilmentyessä päivittäisessä kirjauksessa, se oli lisätty hoitosuunnitelmaan (Taulukko 8.).

Taulukko 8. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan.

			f	%
toteutus	Kevät 2009	Ei	20	100 %
		Yht.	20	100 %
	Syksy 2009	Kyllä	1	3 %
		Jossain määrin	3	7 %
		Ei	36	90 %
		Yht.	40	100 %

9.2.3 Hoitotyön toiminnot

Hoitosuunnitelmia joihin oli kirjattu vähintään yksi hoitotyön toiminto tai keino oli aiemmassa tutkimuksessa 40 % ja tässä tutkimuksessa 80 % hoitosuunnitelmista. Kirjattujen hoitotyön toimintojen tai keinojen määrä vaihteli aiemmassa tutkimuksessa 0-13 välillä ja nyt 0-19 välillä. Kevään 2009 hoitotyön toimintojen tai keinojen määrän keskiarvo hoitosuunnitelmissa oli 2,8 ja syksyn tutkimuksessa 5,6. Tämän tutkimuksen aineistossa olleille tavoitteille 60 %:lle oli määritetty vähintään yksi hoitotyön toiminto tai keino keskiarvon ollessa 1,3. Aikaisemmassa tutkimuksessa vastaava tulos oli 85 % ja keskiarvo oli 1 (Taulukko 9.).

Liikumisessa avustaminen. ”Kävelyharjoituksista huolehtiminen.”

Verensokerin tarkkailu ja hoito. ”VS-seuranta päivittäin x 4.”

Lääkkeen vaikuttavuuden seuranta. ”Rispendal aloitettu 8.10.09.”

Jatkohoitoon liittyvä ohjaus. ”Aloitetaan, kun selvitetty, minne siirtyy.”

Aistitoiminta. ”Kipulääkitys, asentohoidot.”

Taulukko 9. Hoitotyön toimintojen/keinojen määrä hoitosuunnitelmissa.

toteutus		f	Min	Max	Ka	Sd	%
Kevät 2009	määrä	20	0	13	2,8	4,5	
	vähintään yksi	20	0	5	1	1,5	85
Syksy 2009	määrä	40	0	19	5,6	5,3	
	vähintään yksi	40	0	6	1,3	1,6	60

9.2.4 Hoitotyön toteutus

Aikaisemmassa tutkimuksessa hoitotyön toiminnan toteutus vastasi hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja 30 %:ssa ja tässä tutkimuksessa 63 %:ssa (Taulukko 10.). Taulukossa on laskettu täysin ja jossain määrin vastaukset yhteen.

Taulukko 10. Toteutuksessa kuvatun hoitotyön toiminnan vastaaminen hoitotyön keinoihin.

			Kyllä	Ei	Yht.
toteutus	Kevät 2009	f	6	14	20
		%	30 %	70 %	100 %
	Syksy 2009	f	25	15	40
		%	63 %	37 %	100 %

Aikaisemmassa tutkimuksessa kahdessa oli mainittu opetus tai ohjaus vähintään kerran päivittäisissä kirjauksissa ja hoitosuunnitelmissa. Tässä tutkimuksessa vastaava luku oli 55 %. Vaihteluväli aikaisemmassa oli 0-1 ja nyt 0-6 (Taulukko 11.). Opetuksen/ohjauksen aihe oli mainittu aikaisemmassa tutkimuksessa molemmissa tapauksissa ja nyt 50 %:ssa tapauksista ainakin kerran. Potilaan ymmärrys opetuksen/ohjauksen aiheesta oli kirjattu aikaisemmassa tutkimuksessa 0 %:ssa tapauksista ja nyt 15 %:ssa tapauksista.

Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon on parantunut viime tutkimuksesta, jossa osallistumisprosentti oli 10 % ja tässä tutkimuksessa 53 %. Viime tutkimuksen kahdessa hoitokertomuksessa omaiset osallistuivat kerran potilaan hoitoon. Tässä tutkimuksessa 21 omaista osallistui potilaan hoitoon ja osallistumiskerrat olivat 0-8 välillä. Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon oli pääsääntöisesti erilaisten asioiden hoitamista, järjestelyjä ja kävelyttämistä.

”Sukulaispoika tuli seuraksi kotiutukseen.”

”Vaimolle soitettu tuo huomenna patterit ja puhtaat vaatteet.”

”Poika ehdottaa potilaalle iv-nesteytyksen aloittamista.”

”Tytär ihmettelee potilaalle aloitetun antibioottikuurin tarkoitusta.”

”Tytär auttanut aamutoimenpiteissä.”

Taulukko 11. Mainittujen opetus/ohjaus kertojen määrä hoitosuunnitelmissa ja päivittäisissä kirjauksissa.

			f	%	Ka	Sd
toteutus	Kevät 2009	0	18	90 %		
		1	2	10 %		
		Yht.	20	100 %	0,1	0,3
	Syksy 2009	0	18	45 %		
		1	10	25 %		
		2	6	15 %		
		3	5	12,5 %		
		6	1	2,5 %		
		Yht.	40	100 %	1,1	1,3

9.2.5 Potilaan näkemys hoidosta

Potilaan oma käsitys tai näkemys hoidon tarpeesta oli kirjattu ainakin kerran aikaisemmassa tutkimuksessa 70 %:ssa ja nyt 48 %:ssa hoitokertomuksista. Keskiarvot kirjauksien lukumäärästä hoidon tarpeissa oli aikaisemmassa tutkimuksessa kolme kirjausta yhtä potilasta ja tässä tutkimuksessa se oli yksi kirjaus potilasta kohden. Potilaan omaa käsitystä hoidon tavoitteesta ei ollut kirjattu laisinkaan aikaisemmassa tutkimuksessa. Nyt toteutuneessa tutkimuksessa 15 %:ssa oli kirjattu potilaan oma käsitys hoidon tavoitteista ainakin kerran. Keskiarvo oli 0,2 tarvetta hoitokertomusta kohden. Potilaan oma käsitys hoitokeinoista oli aikaisemmassa tutkimuksessa kirjattu 42 %:ssa ainakin kerran ja 60 %:ssa nyt tehdyn tutkimuksen hoitokertomuksista. Keskiarvot olivat aiemmin 2,0 ja nyt 1,6 kirjausta potilas kohden. Kirjauksia potilaan näkemyksestä hoidon toteutukseen liittyen oli aiemmin tehty ainakin kerran 20 %:ssa ja nyt 67 %:ssa hoitokertomuksista. Keskiarvot olivat keväällä 0,3 ja syksyllä 1,3. Potilaan oma käsitys hoidon arvioinnista oli kirjattu aikaisemmin 10 %:ssa ainakin kerran ja nyt 45 %:ssa hoitokertomuksista. Keskiarvot olivat aikaisemmin 0,2 ja nyt 1,3 hoitokertomusta kohden (Taulukko 12.).

"Kuulo edelleen huono, on itse sitä mieltä, että pitkittynyt kuume on aiheuttanut sen." (hoidon tarve)

"Rouva kovin voipunut, mutta ymmärtää hyvin, että tutkimus voi epäonnistua jos suolta ei saada tyhjäksi." (hoidon tavoite)

"Kaksi laxoberon helmeä iltalääkkeisiin, jotka potilas noukki pois." (hoidon keino)

”Pelkää saavansa tartuntoja muista.” (hoidon toteutus)

”Ei ollut vielä itse tyytyväinen tulokseen.” (hoidon arviointi)

Taulukko 12. Potilaan oma käsitys/näkemys hoidosta mainittu ainakin kerran.

	Kevät 2009	Syky 2009
Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta kirjattu	70 %	48 %
Potilaan oma näkemys hoidon tavoitteesta kirjattu	0 %	15 %
Potilaan oma näkemys hoitokeinoista kirjattu	40 %	60 %
Potilaan oma näkemys hoidon toteutuksesta kirjattu	20 %	67 %
Potilaan oma näkemys hoidon arvioinnista kirjattu	10 %	45 %

9.3 Arviointi ja jatkoahoito

Arvioivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa esiintyi vähintään jossain määrin edellisessä tutkimuksessa 85 %:ssa hoitokertomuksista. Nyt tehdyssä tutkimuksessa arvioivaa kirjaamista esiintyi 75 %:ssa (Taulukko 13.). Vastausvaihtoehdot kyllä ja jossain määrin ovat yhdistetty taulukkoon kyllä vastaukseksi.

”Korva jo paremman näköinen.”

”Oikea lonkka kovin kipeä, nukkunut hieman levottomasti.”

”Voimat selkeästi eilistä heikommat.”

”Tänään ollut rauhallisempi kuin eilen.”

”Liikkuu rollon kanssa turvallisen tuntuisesti.”

Taulukko 13. Arvioiva kirjaaminen päivittäin.

			Kyllä	Ei	Yht.
toteutus	Kevät 2009	f	17	3	20
		%	85 %	15 %	100 %
	Syky 2009	f	30	10	40
		%	75 %	25 %	100 %

Loppuarviointeja oli kirjattu aikaisemmassa tutkimuksessa 80 %:ssa ja nyt tehdyssä tutkimuksessa 60 %:ssa hoitokertomuksista (Taulukko 14.). Arvioinnin

apuna käytettäviä mittareita ei ollut käytetty juuri lainkaan. Viime tutkimuksessa 10 %:ssa ja nyt 5 %:ssa hoitokertomuksista.

”Potilaan liikkuminen on osastojaksolla helpottunut ja tasapaino parantunut.”

”toipunut hyvin leikkauksesta. Jaksaa liikkua hyvin osastolla rollaattorin turvin sekä ilman.”

”Nyt kotiin lähtiessä, liikkuu itsenäisesti rollaattorilla ja pääsee itse ylös sängystä.”

”Pyelonefriitti parantunut.”

Taulukko 14. Loppuarviointi.

			Kyllä	Ei	Yht.
toteutus	Kevät 2009	f	16	4	20
		%	80 %	20 %	100 %
	Syksy 2009	f	24	16	40
		%	60 %	40 %	100 %

Hoitokertomusten kirjausten perusteella potilaat olivat saaneet kotihoitoon liittyvää ohjausta aikaisemmassa tutkimuksessa 40 %:ssa hoitokertomuksista ja nyt toteutuneessa 43 %:ssa. Jatkohoito oli merkitty hoitosuunnitelmaan tarpeeksi tai toiminnoksi aikaisemmassa tutkimuksessa 20 %:ssa ja tässä tutkimuksessa 40 %:ssa hoitokertomuksista (Taulukko 15.).

”Annettu kotiin mukaan lääkeohje, reseptit ja lääkkeet ad perjantai klo 12. Kerrottu edellä mainitut asiat potilaalle ja vaimolle.”

”Pt. kotiutuu tänään. Tytär hakee kotiin. Kotihoito-ohjeet saanut.”

”Siirtyy jatkohoitoon ja –kuntoutukseen neurologiselle jatkokuntoutumisosastolle.”

Taulukko 15. Kotihoitoon liittyvä ohjaus.

	Kevät 2009 (n=20)	Syksy 2009 (n=40)
Kotihoitoon liittyvä ohjaus	40 %	43 %
Jatkohoito merkitty tarpeeksi	20 %	40 %

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tähän tutkimukseen tutkimusotosta laajennettiin aikaisemmasta 20 hoitokertomuksesta 40 hoitokertomukseen. Otosten määrän nostaminen antaa laajemman kirjon sisätautiosastojen potilasaineistoista. Otoksen määrä vaikuttaa vielä liian pieneltä, koska yhden henkilön kirjattu tieto vaikuttaa prosentuaalisesti liian paljon lopputuloksiin, etenkin jos tieto on keskiarvosta paljon poikkeava. Seuraavan tutkimuksen tutkimusotantaa tulisi laajentaa entisestään. Tällöin yhden hoitokertomuksen merkittävyys ei olisi niin merkitsevä. Kuusion toteuttamassa pro gradu tutkimuksessa (2008 2, 55) tutkimusaineisto oli 174 potilaskertomusta. Tällaisessa tutkimuksessa yhden hoitokertomuksen merkittävyys lopputuloksiin pienenee. Osassa tutkimustuloksissa edellisen ja tämän tutkimuksen välillä oli suuriakin eroavaisuuksia. Tämä on osittain selitettävissä hoitokertomuksien eri määristä, tutkijoiden kokemattomuudesta, analysointirungon tulkitsemistyylistä ja ristiriitaisuuksista edellisen tutkimuksen SPSS-tiedoston ja valmiin opinäytetyön välillä. Aikaisempien tutkijoiden luovuttama SPSS-tiedoston tulokset poikkesivat osittain heidän valmiin työnsä tutkimustuloksista. Tämä vaikeutti nyt toteutetun tutkimustulosten vertailua aikaisempaan ja heikentää aikaisempien tutkimustulosten luotettavuutta.

Toteutettujen tutkimusten välillä oli vain puoli vuotta. Vaikuttaa siltä, että tässä ajassa hoitohenkilökunta ei ole paneutunut aikaisemmassa tutkimuksessa todettuihin epäkohtiin. Koulutuksen tärkeys todettiin aikaisemmassa tutkimuksessa. Koulutuksen tärkeys on myös todettu muissakin tutkimuksissa (Törnvall ym. 2004, 311; Cheevakasemsook ym. 2006, 372; Laitinen ym. 2010, 496). Varmasti emme pysty sanomaan, että hoitohenkilökunta olisi saanut lisäkoulutusta edellisen tutkimuksen jälkeen. Tutkimustulokset osoittavat, että kirjaamisen taso on parantunut jonkin verran edellisestä tutkimuksesta.

Kummassakaan tutkimuksessa ei ole mainintaa potilaan aiemmasta kokemuksesta hoidosta. Sisätautipotilaat ovat usein iäkkäitä (ka=75.2) ja heillä saattaa olla takana aikaisempia osastohoitoja. Heillä oli varmasti kokemuksia aikaisemmasta hoidosta, mutta siitä ei ollut mainintaa yhdessäkään hoitosuunnitelmassa. Potilaan aikaisemmasta terveydentilasta oli kirjattu molemmissa tutki-

muksissa melkein yhtä paljon. Tässä tutkimuksessa tätä oli kirjattu muutama prosentti vähemmän. Kevään tutkimuksessa molemmat näkökulmat potilaan terveydentilasta oli kirjattu hyvin. Syksyn tutkimuksessa lääketieteellisestä näkökulmasta kirjattu terveydentila oli kasvanut neljänneksen aikaisempaan. Tutkijat ovat analyysirungon avulla arvioineet, onko potilaan terveydentila kirjattu lääketieteellisestä, hoitotyön näkökulmasta vai molemmista. Tutkijat ovat saaneet selkeät ohjeet analyysirungon käytöstä. Tutkijoiden ymmärrys kirjatusta terveydentilasta saattaa kuitenkin poiketa edellisestä ja voi vaikuttaa saatuihin tuloksiin. Sisätautipotilaan hoidossa tulisi ottaa huomioon molemmat näkökulmat (Holmia ym. 2006, 55).

Molemmissa tutkimuksissa hoitosuunnitelmat oli tehty jokaisen potilaan kohdalla. Hoitosuunnitelmat olivat tasoiltaan hyvin vaihtelevia. Esimerkiksi yhden potilaan kohdalla hoitosuunnitelmassa oli vain yksi tarve kirjattu. Tavoitteita ja toimintoja ei ollut kirjattu laisinkaan. Tämän potilaan kohdalla hoitoa ei voi toteuttaa hoitosuunnitelman pohjalta. Törnvallin ym. (2004, 316) mukaan hoitosuunnitelman avainsanat tulisi olla sen mukaisia, että hoitotyö voidaan toteuttaa niiden pohjalta. Hoitosuunnitelmat eivät ole usein johdonmukaisesti kirjoitettuja. Hoitosuunnitelmissa esiintyy paljon epätäydellisyyttä, mikä selvästi lisää tarpeettoman tiedon kirjoittamista sekä puutteellisen informaation saantia potilaasta. (Cheevakasemsook ym. 2006, 367, 370.) Hoitotyön tarpeiden määrä on kasvanut edellisestä tutkimuksesta. Edellisessä tutkimuksessa tarpeiden moodi arvo oli 1 ja nyt tehdyssä se oli 5. Tarpeiden määrän kasvusta voidaan päätellä, että myös potilaan hoitotyön suunnittelu on voinut ollut kattavampaa ja kokonaisvaltaisempaa. Sisätautipotilaalla on yleensä paljon hoidollisia tarpeita, jotka tulisi kaikki ottaa huomioon (Holmia ym. 2006, 55–56; Turun kaupunki 2010).

Mittareiden käyttö hoitotyön tarpeiden määrittämisessä oli laskenut 10 %. Tämä lasku ei ole huolestuttavaa. Hoitajien tulisi kuitenkin käyttää apunaan enemmän mittareita arvioidessaan potilaan fyysistä ja psyykkistä kuntoa. Useimmiten hoitajien tekemissä kirjauksissa ei mainita ollenkaan hoitajien tekemiä diagnooseja. Hoitajien tekemät diagnoosit ovat usein virheellisiä ja epäjohdonmukaisia. (Cheevakasemsook ym. 2006, 367.)

Omaisten antama tieto potilaasta oli pysynyt viimekertaiseen tutkimukseen nähden melko samana. Omaisten tulisi antaa potilaasta mahdollisimman paljon tietoa heti hoidon alkuvaiheessa. Esimerkiksi yhden potilaan kohdalla omainen kertoi vasta muutaman päivän kuluttua, että potilas tarvitsee säärituen pystyäkseen kävelemään. Syksyn tutkimuksessa omaisten osallistuminen hoitoon kirjausten mukaan oli aktiivisempaa kuin kevään tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa noin puolella potilaista omaiset osallistuivat hoitoon. Aikaisemmassa tutkimuksessa omaiset olivat osallistuneet potilaan hoitoon enintään kerran, kun tässä tutkimuksessa vastaava määrä oli parhaimmillaan kuusi kertaa. Tuloksiin saattaa vaikuttaa se, että tässä tutkimuksessa omaisten osallistumista hoitoon analysoitiin väljemmin kuin kevään tutkimuksessa. Esimerkiksi ”Poika ehdottaa potilaalle iv-nesteytyksen aloittamista.”, tässä tutkimuksessa tämä esimerkki laskettiin omaisten osallistumiseksi hoitoon, mutta edellisessä tutkimuksessa ei. Laitinen ym. (2010, 494) toteavat, että omaisten osallistuminen hoitotyöhön on korkealaatuisen hoidon kriteerinä. Tavat joilla omaiset ovat osallistuneet potilaan hoitoon, eivät aina vastaa kirjauksissa tehtyjä merkintöjä. Huonot kirjat potilaan hoidosta vaikeuttavat kommunikointia potilaan omaisten kanssa. Muodot joita käytetään, eivät välttämättä vastaa todellisuutta siitä millaisia hoitotoimenpiteitä on tehty. (Cheevakasemsook ym. 2006, 367.)

Hoitosuunnitelmissa hoitokomponentteja käytettiin jokaisessa, mutta käyttö oli suppeaa. Muutaman komponenttien käyttö oli selvästi suositumpaa kuin muiden. Sisätautipotilaan hoito on kokonaisvaltaista ja luokituksia tulisi käyttää laajemmin suunniteltaessa hoitoa. Esimerkiksi ravitseminen oli kirjattu vain yhteen hoitosuunnitelmaan hoidon tarpeeksi, vaikka ravitsemuksesta huolehtiminen sisätautipotilaan hoidossa on yksi keskeisistä asioista. (Holmia ym. 2006, 55–56.)

Tarpeet oli käsitelty lähinnä fyysisten tarpeiden pohjalta. Sisätautipotilaan hoidon luonteessa korostuu fyysisten tarpeiden huomioiminen (Holmia ym. 2006, 55). Päivittäisten kirjausten mukaan psyykkisiä tarpeita ei juuri ilmennyt. Sisätautipotilaan hoidossa tulisi myös huomioida psyykkiset tarpeet (Holmia ym. 2006, 55). Sosiaalisissa tarpeissa vain jatkohoito komponenttia oli käytetty hy-

vin. Sisätautiosastojen hoitajat eivät välttämättä osaa huomioida yhtä hyvin potilaan psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita. Hoitajien tehdessä diagnooseja ne on tehty lähinnä fyysisten ongelmien pohjalta, eikä niinkään psykososiaalisten tarpeiden pohjalta (Cheevakasemsook ym. 2006, 367).

Hoitotyön tavoitteiden keskiarvo oli noussut selvästi viimekertaisesta tutkimuksesta. Keväällä oli huolestuttavan vähän kirjattu tavoitteita, 65 %:lle ei ollut kirjattu tavoitteita. Hoitotyön tavoitteiden kirjaaminen oli parantunut edellisestä, sillä tutkimuksemme potilaista vain 25 %:lle ei ollut kirjattu tavoitteita. Yhtenä hoidon laadun määritelmänä on, että yksilölliset tavoitteet on asetettu potilaan hoidolle (Voutilainen ym. 2004, 73). Tavoitteiden määrä kirjauksissa oli noussut, mutta kirjaaminen muodollisesti oikein oli laskenut. Prosentuaalisesti suuri muutos voi johtua siitä, että tutkijat ovat ajatelleet kysymykset eri tavoin. Esimerkiksi kohdassa tavoitteet vastaavat hoidon tarvetta, kirjaamisen merkinnät tippuivat 100 %:sta 33 %:iin. Uuden tavoitteen ilmaantuessa päivittäisistä kirjauksista, hoitosuunnitelma tarpeineen ei enää mielestämme vastannut hoidon tavoitteita, koska hoitosuunnitelmaa ei muutettu Hoitotyön tavoitteita tulisi tarvittaessa lisätä/muuttaa päivittäin hoitosuunnitelmaan. Voutilaisen ym. (2004, 73) mukaan hoidon tavoitteiden tulisi olla konkretisoituja. Eniten huomiota tulisi käyttää tavoitteiden arvioimisessa.

Hoitosuunnitelmiin kirjattujen hoitotyön keinojen/toimintojen kokonaismäärä oli selvästi kasvanut edellisestä tutkimuksesta. Toisaalta aikaisemmassa tutkimuksessa hoitotyön keinoille/toiminnoille oli määritetty enemmän tavoitteita. Hoitotyön keinojen/toimintojen määrän lisääntyminen on hyvä asia. Tällöin hoitotyö on kokonaisvaltaisempaa ja määritellympää (Holmia ym. 2004, 55–56).

Nyt tehdyssä tutkimuksessa hoitotyön toteutus vastasi paremmin suunniteltuja hoitotyön toimintoja. Tämä viittaisi siihen, että hoitosuunnitelmaa tehdessä on paremmin otettu huomioon potilaan kokonaisvaltainen hoidon tarve. Kaikissa hoitosuunnitelmissa ei ollut keinot kohdassa mitään kirjausta. Uuden hoitotyön keinon ilmaantuessa päivittäisistä kirjauksista, hoitosuunnitelma ei enää mielestämme vastannut sen hetken toteutusta. Potilaan hoitoa ei pysty toteuttamaan potilasturvallisesti ilman hoitotyönkeinoja.

Opetuksen/ohjauksen maininta ja potilaan ymmärryksen varmentaminen oli kasvanut selvästi viime tutkimuksen hoitokertomuksista ja hoitosuunnitelmista. Kirjaamisen lisääntyminen potilaan opetuksesta/ohjauksesta on hyvä ja tärkeä asia. Tällöin hoitohenkilökunta ja omaiset tietävät konkreettisesti millaista hoitoa ja opetusta potilas on saanut hoidon aikana. Potilaan ohjaus ja opettaminen kuuluvat sisätautipotilaiden hyvään hoitotyöhön (Cheevakasemsook ym. 2006, 370; Holmia ym. 2006, 22–23). Kotihoitoon liittyvää ohjausta oli kirjattu aikaisemman tutkimuksen kanssa melkein saman verran. Potilaalle kerrotaan varmasti hoidon aikana kotihoito-ohjeita, mutta niitä ei välttämättä kirjata. Kirjauksissa mainitaan hyvin vähän hoitotyön tuloksista tai kotiutukseen liittyvistä asioista (Törnvall ym. 2004, 313). Kirjaamista aiheesta tulisi lisätä, koska sillä turvataan hoidon jatkuvuus, tuetaan potilaan selviytymistä jatkohoidossa ja hoitohenkilökunnan tietämystä, että potilasta on ohjeistettu (Törnvall ym. 2004, 311; Laitinen ym. 2010, 494).

Analysoidessaan potilaan omaa käsitystä/näkemyä hoidosta, tutkijoilla on erityisen suuri vaikutus saatuihin tuloksiin. Hoitokertomuksissa potilaan omaa käsitystä/näkemyä hoidon tarpeesta ja tavoitteesta ei ollut selkeästi ilmaistu. Tämä osittain vaikutti analysointiimme. Tilastollisesti potilaan oma käsitys/näkemys hoidon tarpeista oli pienentynyt. Potilaan oma käsitys/näkemys hoitokeinoista, hoidon toteutuksesta sekä hoidon arvioimisesta oli tilastollisesti kasvanut. Potilaan oma käsitys/näkemys hoidosta ei ole kirjattu tiettyjen otsikoiden alle, vaan tutkijat joutuvat lukemaan hoitajien tekemiä kirjauksia potilaan omasta näkemyksestä ja tekemään johtopäätöksiä tämän pohjalta. Hoitotyön kirjaamisissa harvoin esiintyy potilaan näkökulmia hoidosta. Hoitajat käyttävät vain omia johtopäätöksiä tehdessään kirjauksia potilaan omasta näkemyksestä kysymättä potilaalta itseltään. (Cheevakasemsook ym. 2006, 367.)

Arvioivaa kirjaamista esiintyi hyvin, mutta edelliseen tutkimukseen verrattuna se oli hieman vähentynyt. Tuloksiin on saattanut vaikuttaa tyylimme analysoida arvioimista, sillä esimerkiksi hoitokertomuksessa esiintynyt ”nukkunut”, ei mielestämme ollut arvioivaa kirjaamista, mutta ”nukkunut paremmin kuin eilen” oli arvioivaa kirjaamista. Törnvall ym. (2004, 312–314) sekä Laitinen ym. (2010,

494) toteavat artikkeleissaan, että hoitajat kokevat arvioinnin olevan helpommin toteutettavissa strukturoidussa kirjaamisessa. Elektronisen potilaskertomusjärjestelmän myötä arvioiva kirjaaminen on yhä tärkeämpää ja sille pitäisi antaa enemmän painoarvoa.

Jatkohoito oli merkitty hoitosuunnitelmaan edelliseen tutkimukseen selvästi paremmin. Jatkohoidon kirjaamisen lisääntyminen on tärkeä asia. Hoitajien välittämä kokonaisarvio potilaan hoitajaksosta eli yhteenveto ja lääketieteellinen epikriisi muodostavat tärkeän kokonaisuuden potilaan jatkohoidon suunnittelulle ja toteutukselle sekä seuraavalla hoitajaksolle (Ensio & Saranto 2004, 43; Ikonen ja Tantt 2007).

Tässä tutkimusotannassa hoitajat kirjoittivat joitain hoitotyön tapahtumia huolellisesti, kuten kuvailivat potilaan tilaa ja vertailivat hoidon etenemistä. Samoihin tuloksiin ovat päässeet Törnvall ym. (2004, 312–314) & Laitinen ym. (2010, 494). Hoitajien tulisi kiinnittää huomiota siihen, että minkä otsikon alle he hoitotyötoimintoja kirjoittavat. Tässä tutkimusotannassa useat kirjaukset olivat tehty väärin otsikoiden alle, jolloin oli vaikeaa löytää haluttu tieto. Kirjaamistyyli ja tavat vaihtelivat toisistaan. Tämä voi johtua osittain siitä, että kokonaisvaltaiselle kirjaamiselle ei ole yhtenäisiä ohjesääntöjä. Kuten tutkimuksissa todetaan, hoitotyön kirjaaminen on sopimatonta hoitajien työmäärän nähden, jolloin kirjaamisen taso heikkenee. Ongelmia kirjaamisessa lisäävät hoitajien puutteet tiedoissa sekä järjestelmällinen hoitotyön kielen puuttuminen. (Törnvall ym. 2004, 311; Cheevakasemsook ym. 2006, 367.)

Hoitajilla kuluu paljon aikaa etsiessä oikeita otsikoita. Tutkimusten mukaan jopa 70 % hoitajien ajasta kuluu ei-hoidollisten asioiden hoidossa. Hoitajien kyvyt kirjata, motivaation puute sekä kirjatun tekstin luotettavuus vaikuttavat kirjaamisen tasoon. Motivaation puutetta lisää erityisesti se, että valvonta on epätäydellistä eikä ole olemassa järjestelmällistä tarkkailua. Tehoton hoitotyön menettelytapa sekä puutteellinen hoitotyön tarkistaminen lisäävät kirjaamisen vaikeuksia. Hoitajien työtaakka aiheuttaa sen, ettei heillä ole riittävästi aikaa saattaa loppuun tarvittavia kirjauksia. Kuten Cheevakasemsookin 2006 tekemässä tutkimuksessa todetaan, hoitajat on koulutettu tekemään hoitotyön toimintoja, ei kir-

jaamaan suorituksia. (Törnvall ym. 2004, 311; Cheevakasemsook ym. 2006, 369, 371.)

Tutkimuksia pitäisi tehdä lisää hoitotyön kirjaamisesta, siitä mitä hoitajien tulisi kirjata ja minne. Hoitajien kokemuksia kirjaamisesta, sen hyödyistä ja haitoista pitää vielä selvittää. Ajankohtaa jolloin hoitajat kirjoittaa tehdyn hoitotyön, tulisi määrittää tarkemmin. Hoitajille ei ole varattu erillistä aikaa hoitotyön kirjaamiselle, vaan he kirjoittavat hoitotöiden lomassa. Tehdyt hoitotyöt eivät vastaa todellisuudessa sitä, miten ne ovat potilaskertomuksiin kirjattu. (Törnvall ym. 2004, 310–313; Laitinen ym. 2010, 489, 493, 494.) Osa kirjauksista on liian pitkiä, ne toistavat jo aikaisemmin mainittuja asioita ja niiden lukeminen on aikaa vievää (Cheevakasemsook ym. 2006, 367).

Tämä tutkimus osoittaa, että kirjaaminen on mennyt eteenpäin kevään 2009 tutkimukseen verrattuna. Hoitohenkilökuntaa tulee edelleen kouluttaa hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen, sillä kirjaamisessa esiintyy edelleen puutteita. Tutkimukset osoittavat, että hoitotyön kirjaaminen on edelleen perustasolla. Kirjaamisesta puuttuu vielä tärkeitä osia, jotta niitä voitaisiin käyttää muuhunkin kuin vain lokikirjoina, joihin merkitään päivän tapahtumia. (Törnvall ym. 2004, 313; Laitinen ym. 2010, 489.) Kirjaaminen ei vielä tällä hetkellä vastaa rakenteiselle kirjaamiselle asetettuja ohjeita. Tämän tutkimuksen hoitokertomuksista muutama vastasi rakenteisen kirjaamisen perusmallia. Näiden kertomusten ulkoasu ja sisältö toi esille oleelliset asiat potilaan hoidosta. Tutkittujen osastojen tulisi ottaa huomioon puutteet, jotka tässä tutkimuksessa ovat nousseet esille. Hoitohenkilökuntaa tulee edelleen kouluttaa ja opastaa rakenteisen kirjaamisen käyttöön. Tällä hetkellä hoitotyön rakenteisen kirjaamisen taso Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautiosastoilla ei vastaa kirjaamiselle asetettuja periaatteita.

LÄHTEET

- Cheevakasemsook, A.; Chapman, Y.; Farcis, K. & Davies, C. 2006. The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice* No. 12/2006, 366–374.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.
- Hallila, L. (toim.) 1999. *Hoitotyön kirjallinen suunnitelma*. 2. painos. Tampere: Tammer-paino.
- Hartikainen, T. 2008. *Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan*. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Viitattu 22.10.2009 <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/3161.pdf>.
- Heikkilä, T. 2004. *Tilastollinen tutkimus*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523.
- Hietanen, H.; Holmia, S.; Kassara, H.; Ketola, M-L.; Lipponen, V.; Murtonen, I. & Paloposki, S. 2004. *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- HoiData-loppuraportti 2007-2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 30.11.2009. Viitattu 25.1.2010 <http://www.vsshp.fi/fi/4519>.
- Hoidok-loppuraportti 2008. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 4.11.2008. Viitattu 2.10.2009 <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/16562/HoiDok-Loppuraportti-osa-I-090908.pdf+hoidok+hanke&cd=3&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=firefox-a>.
- Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. 4.-5. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Ikonen, H. 2007. *Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen*. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -taloudenlaitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Ikonen, K. & Tanttu, K. 2007. *Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa*. Teoksessa Ensio, A.; Saranto, K.; Sonninen, A-L. & Tanttu, K. 2007. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY, 112–114, 123–125.
- Junttila, K.; Kiviniemi, K.; Leinonen, T. & Ruonamo, M. 2007. *Hoitotyön kirjaaminen – hoitotyön vuosikirja 2007*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä: Gummerus.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. *Hoitotyön etiikan perusteet*. Juva: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kuusio, K. 2008. *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen ja päätöksenteko*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro gradu –tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Laitinen, H.; Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Patien-focused documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 19, 489–497.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 30.6.2000/653.

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

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. *Etiikka hoitotyössä*. Juva: WSOY.

Lemström, K. & Leponen, J. 2009. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen Turun terveystoimen sisätautien vuodeosastoilla. *Opinnäytetyö*. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Monarch, K. 2007. Documentation, Part 1: Principles for Self-Protection. *American Journal of Nursing* Vol. 107 No. 7, 58–60.

Nissilä, A. 2005. Esimerkkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.). *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi, 56–60.

Owen, K. 2005. Documentation in nursing practice. *Nursing Standard* Vol. 19 No. 32, 48–49.

Rusi, R. & Tantt, K. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen – hoitotyön vuosikirja 2007*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä: Gummerus, 113.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.10.2009 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Saranto, K. & Ensio, A. 2006. Systemaattisen kirjaamisen kehittäminen osana toiminnan ohjausta ja hoitotyön johtamista. Teoksessa Miettinen, M.; Hopia, H.; Koponen, L. & Wiksman, K. (toim.) *Inhimillisten varojen johtaminen. Inhimillisten voimavarojen johtaminen - Hoitotyön vuosikirja 2006*. Sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 201–205.

Sonninen, A-L. & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Ensio, A.; Saranto, K.; Sonninen, A-L. & Tantt, K. 2007. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY, 77–78.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Suhonen, R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila, L. (toim.). *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi, 36–37.

Tietohallintostrategia 2007. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 19.9.2007. Viitattu 13.10.2009 http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/14033/Tyks_erva_thstrat_v10_L3.pdf.

Turun kaupunki. 2010. Sisätautiosastot. Viitattu 21.2.2010 <http://www.turku.fi/Public/?contentid=3685>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 21.1.2010 <http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/index.htm>.

Törnvall, E.; Wilhelmsson, S. & Wahren, L. 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. Nordic College of Caring Sciences. Scandinavian Journal of Caring Sciences. No. 18/2004, 310–317.

Uski-Tallqvist, T. 2005. Postoperatiivisen kivun hoitotyön kirjaaminen elektronisessa potilaskertomuksessa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes tutkimuksia 142. Saarijärvi: Gummerus Oy.

Voutilainen, P.; Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. Nordic College of Caring Sciences. Scandinavian Journal of Caring Sciences No. 18/2004, 72–81.

Hoitotyön kirjaaminen

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. *Vastaanotto toiminta (esim. terveysasema, poliklinikka, neuvola, hoidon tarpeen arviointi)*
 3. *Avoterveydenhuolto*
 4. *Toimenpideoosasto*
 5. *Muu, mikä?*

4. Asiakkaan ikä

5. Asiakkaan sukupuoli

1. *Nainen*
2. *Mies*

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

1. *Kyllä*
2. *Ei*

7. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila

1. *Kyllä*
2. *Ei*

8. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisemmat kokemukset hoidosta

1. *Kyllä*
2. *Ei*

9. Hoitosuunnitelma

1. *On*
2. *Ei ole*

10. Asiakkaan/potilaan tarpeet/ongelmat on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*
5. *Päivittäistä kirjausta ei voi olla*

11. Tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?**12. Ongelmiin voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoin?**

1. *Kyllä*
2. *Ei*

13. Mitä voimavaroja on kirjattu?**16. Onko hoidon tarpeen määrittelyssä ollut käytössä mittareita?**

1. *Kyllä*
2. *Ei*

17. Mitä mittareita?**18. Tarpeiden/ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa + tulovaiheessa, kpl**

0 1 2 3 4 5

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

*Turvallisuus
Päivittäiset toiminnot
Psyykkinen tasapaino
Aistitoiminnot
Kudoseheys
Jatkohoito
Elämänkaari
Verenkierto
Aineenvaihdunta*

19. Mitä tarpeita/ongelmia? 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 kpl

Psyykkiset kpl

Sosiaaliset kpl

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

21. Mitä omaisten antamia tietoja on kirjattu?

22. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

- 1. Kyllä*
- 2. Jossain määrin*
- 3. Ei*
- 4. Hoitosuunnitelmaa ei ole*
- 5. 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 14 15

*Konkreettisena
asiakkaan/potilaan
voinnin tai
käyttäytymisen
muutoksena*

Täsmällisesti

*Aikaraja
määritelty*

*Tavoite vastaa
hoidon tarvetta*

27. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa tai toteutuksessa, 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 kirjattuja hoitokeinoja?

- 1. Kyllä*
- 2. Jossain määrin*
- 3. Ei*
- 4. Hoitokeinoja ei ole kirjattu hoitosuunnitelmaan*
- 5. Hoitosuunnitelmaa ei ole*

32. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (sis. keskustelun) on mainittu hoitotyön keinot -kohdassa ja/tai toteutuksessa?**33. Opetus/ohjaus on yksi hoitotyön keino. Jos se on mainittu, niin onko mainittu opetuksen/ohjauksen aihe**

- 1. Kyllä*
- 2. Jossain määrin*
- 3. Ei*
- 4. Opetusta/ohjausta ei ole mainittu*

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

- 1. Kyllä*
- 2. Jossain määrin*
- 3. Ei*
- 4. Opetusta/ohjausta ei ole mainittu*

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

1. *Kyllä*
2. *Ei*

36. Kuinka monen asian kohdalla?

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

1. *Kyllä*
2. *Ei*

38. Kuinka monen asian kohdalla?

39. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoitokeinoista kirjattu

1. *Kyllä*
2. *Ei*

40. Kuinka monen asian kohdalla?

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

1. *Kyllä*
2. *Ei*

42. Kuinka monen asian kohdalla?

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

1. *Kyllä*
2. *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

1. *Kyllä*
2. *Ei*

51. Arvoivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa/muussa toteutuksen kirjaamisessa

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*

52. Arviointi on tehty tavoitteeseen määriteltynä ajankohtana/kpl

56. Arvioinnin apuna käytetty mittareita

1. *Kyllä*
2. *Ei*

57. Mitä mittareita?**59. Mitä terveydentilasta on kirjattu? (Liittyy kysymykseen 7.)**

1. *Potilaan lääketieteellinen tila*
2. *Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta*
3. *Molemmat*

60. Onko asiakas / potilas saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta

1. *Kyllä*
2. *Ei*

61. Onko jatkohoito merkitty hoitosuunnitelmaan tarpeeksi / toiminnoksi?

1. *Kyllä*
2. *Ei*
3. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*