

Anu Huikkonen

Sähköisen kirjaamisen tuomat  
muutokset hoitotyön kirjaamiseen

Keski-Suomen  
keskussairaalan vuodeosastoilla

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Marraskuu 2010




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  23.11.2010
<b>Tekijä(t)</b>  Anu Huikkonen	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b>  Hoitotyönkoulutusohjelma/sairaanhoitaja	
<b>Nimeke</b> Sähköisen kirjaamisen tuomat muutokset hoitotyön kirjaamiseen		
<b>Tiivistelmä</b> Hoitotyön kirjaamisessa on siirrytty manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä velvoittaa terveydenhuollon organisaatioita liittymään vuoteen 2011 mennessä valtakunnallisten terveydenhuollon tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi.  Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka hoitotyön kirjaaminen on muuttunut Keski-Suomen keskussairaalan vuodeosastoilla, kun on siirrytty manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen. Työn tavoitteena oli saada selville, mihin kirjaamisessa pitäisi kiinnittää huomiota ja mitä asioita pitäisi kehittää suunnitelman mukaisessa kirjaamisessa sähköisessä muodossa. Opinnäytetyön tulokset on mahdollista saada käyttöön osastokohtaisesti, joten niitä voi käyttää apuna oman yksikön kirjaamisen kehittämisessä. Keskussairaalassa sähköinen kirjaaminen otettiin käyttöön vuoden 2008 syksyllä.  Kyselyn aineisto kerättiin strukturoitua kyselylomaketta käyttäen ilman yhtään avointa kysymystä. Kysely koostui kolmesta osa-alueesta, joita olivat hoitotyön yleiset kriteerit, hoitotyön suunnitelman mukainen kirjaaminen ja sairaanhoitajien arviointia sähköisen kirjaamisen laadusta. Kysely lähetettiin vuodeosastojen sairaanhoitajille (n=600). Vastauksia tuli 165 ja vastausprosentti oli 27,5 %. Vastaajat arvioivat väittämiä neljäportaisella Likert-asteikolla. Kyselyssä käytettiin samaa mittaria kuin vuonna 2005.  Kyselyn tulosten mukaan sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä noin kahteen kolmasosaan väittämistä ei ole tullut juurikaan muutoksia. Kaikkiaan hoitotyön kirjaaminen on parantunut viidessä väittämässä ja heikentynyt 27 väittämässä. Sairaanhoitajien kirjaaminen hoitotyön yleisiin kriteereihin oli pysynyt lähes samanlaisena. Hoitotyön suunnitelman mukaisessa kirjaamisessa oli tapahtunut huomattavaa heikentymistä kahdessa kokonaisuudessa; tulotilanteessa ja hoitotyön arvioinnissa. Hoitotyön auttamismenetelmien kirjaamisessa toteutuu vain minimi. Yli puolet sairaanhoitajista arvioi sähköisen kirjaamisen tuoneen laatua hoitotyön kirjaamiseen. Kyselyn tuloksiin vaikuttaa sairaanhoitajien osaaminen ja sähköisen kirjaamisen alustan tuomat muutokset kirjaamiseen sekä vielä osittain manuaalinen kirjaaminen sähköisen kirjaamisen rinnalla.		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> sähköinen potilasasiakirjajärjestelmä hoitotyön suunnitelman kirjaaminen hoitotyön kirjaamisen kriteerit rakenteinen kirjaaminen		
<b>Sivumäärä</b>  41+5	<b>Kieli</b>  Suomi	<b>URN</b>
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Mäkeläinen Paula	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, sisätautiosasto  11	

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  23.11.2010
<b>Author(s)</b> Anu Huikkonen	<b>Degree programme and option</b> Degree programme in nursing	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> The changes brought by the electronic registration of data in nursing.		
<b>Abstract</b> The recording of data in nursing has been transferred from manual to electronic recording of data. The law referring to the electronic handling of data obligates the organizations of public health care system to join as users of the public health care information system.  The intention of this bachelor's thesis was to sort out how the data registration in nursing has changed at the ward-level in the Central Finland Central Hospital, when the data registration has been transferred from manual to electronic. The aim of this work was to clarify what aspects should be noticed and improved in the electronic data registration of the care process. The results of this diploma work can be used on different wards, so they can represent a support for the development of the electronic writing for different wards. In the Central Finland Central Hospital the electronic data registration has been implemented in the autumn of 2008.  The material has been collected using structured questionnaire, without any open questions. The questionnaire consisted of three parts, which represented the main criterions, writing according to nursing planning and the evaluation of the quality of the electronic writing, given by nurses. The questionnaire has been sent to the nurses from different wards (n= 600). The number of the received answers was 165, in percents 27,5%. The respondents appreciated using gradual Likert-scale. In the questionnaire has been used the same indicator as is was used in 2005.  Concordant to the results obtained, after transferring to electronic writing, two thirds of the statements remained almost unchanged. In all the data registration in nursing was considered as improved in five statements and weakened in 27 statements. The enrollment of nurses related to the most common criterions remained almost the same. In the registration according to nursing planning a remarkable degradation happened regarding two aspects: the arriving circumstances and the nursing evaluation. The helping methods in data registration in nursing materializes at the minimum. Over half of the nurses estimated that the electronic data registration has emproved the data registretion in nursing. The results of the questionnaire are influenced by the nurse's knowhow and by the changes brought by the base for the electronic data registration and by using partially also the manual data registration.		
<b>Subject headings, (keywords)</b> electronic patient documentation system  data registration in nursing  data registrayion criterions in nursing  structured data registration		
<b>Pages</b> 41+5	<b>Language</b> finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b> Mäkeläinen Paula	<b>Bachelor's thesis assigned by</b> Central Finland health care district, ward 11	

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	1
2	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN .....	3
2.1	Hoitotyön kirjaamisen kriteereitä .....	3
2.2	Potilasasiakirjojen laatimista koskevat keskeiset lait ja säädökset.....	4
3	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖN KIRJAAMINEN .....	7
4	SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN .....	7
4.1	Hoitotyön ydintietojen kirjaaminen .....	8
4.2	Sähköisen kirjaamisen hyödyt .....	8
4.3	Sähköisen kirjaamisen haasteet .....	9
5	HOITOTYÖN PROSESSIN MUKAINEN KIRJAAMINEN.....	11
5.1	Tulotilanteessa taustatietojen kirjaaminen.....	11
5.2	Hoitotyön tarpeen ja tavoitteiden kirjaaminen .....	12
5.3	Hoitotyön auttamismenetelmien kirjaaminen.....	12
5.4	Hoitotyön arvioinnin kirjaaminen.....	13
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	14
6.1	Kohderyhmä ja aineiston keruu .....	14
6.2	Aineiston analyysi .....	17
7	TULOKSET .....	17
7.1	Hoitotyön yleiset kriteerit .....	17
7.2	Hoitotyön suunnitelman mukainen kirjaaminen.....	18
7.2.1	Taustatiedot.....	18
7.2.2	Tulotilanne .....	19
7.2.3	Hoitotyön tarpeet .....	22
7.2.4	Hoitotyön tavoitteet .....	22
7.2.5	Hoitotyön auttamismenetelmä .....	23
7.2.6	Hoitotyön arviointia .....	25
7.3	Sairaanhoitajien arviointia sähköisen kirjaamisen laadusta .....	27
7.4	Yhteenvedo tuloksista.....	28

8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	30
8.1	Tulosten luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu .....	30
8.2	Tulosten tarkastelu .....	32
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet .....	37
	LÄHTEET .....	39
	LIITE/LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Englantilainen Florence Nightingale (1820–1910) loi yleisen käytännön hoitotietojen kirjaamisesta ja hyödyntämisestä. Näitä tietoja käytettiin toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja tilastoinnissa. Kirjaaminen monipuolistui ja tietoja alettiin käyttää yleisemmin. Vasta myöhemmin kirjaaminen muodostui yleiseksi käytännöksi maailman laajuisesti. Suomessa hoitotyön kirjaaminen on saanut alkunsa siitä, kun työntekijä teki itselleen muistiinpanoja. Näin saatiin usealle eri ammattiryhmälle monialainen työväline, johon tarvittiin kynä ja paperi. Myöhemmin otettiin käyttöön ajanvarauskirjat sekä sanelu- ja kirjoituskoneet. Kasvavassa toiminnassa potilaan hoitoon osallistui yhä useampi ammattiryhmä, jonka vuoksi hoitotyön kirjaaminen tuli tärkeäksi osaksi potilaan hoitoa. Erilaisia seurantalomakkeita otettiin käyttöön ja ajan kuluessa lomakkeita alettiin yhtenäistää. 1970-luvun alkupuolella otettiin käyttöön jatkuva sairaskertomusjärjestelmä. Tarkoituksena oli yhtenäistää asiakirjakokonaisuutta. (Ensio & Häyrinen 2008, 67–68.) Ensimmäiset kokeilut elektronisista kirjaamisista ovat alkaneet terveyskeskuksissa ja aluesairaaloissa 1980-luvun alussa. Silloin kirjaaminen elektronisesti tapahtui vuodeosastoilla hoidon suunnittelun ja seurannan kirjaamisessa. (Lauri ym.1998, 106)

Tämän päivän kirjaamisen haasteena voidaan pitää lisääntyneen tietomäärän hallintaa. Laajempaa ja yhtenäistä mallia kirjaamisesta on odotettu. Potilaan hoito tapahtuu useissa paikoissa, joten potilasta koskevia tärkeitä tietoja joudutaan etsimään ja tarkastamaan laaja-alaisesti. (Hopia & Koponen 2007, 5–6.) Valtioneuvoston tekemän 11.4.2002 terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan periaatepäätöksen mukaan tarkoitus oli ottaa käyttöön valtakunnallinen sähköinen potilaskertomus vuoden 2007 loppuun mennessä kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa. (Hallila 2005, 51). Tämä kansallisella tasolla tehty tärkeä päätös siirtyä yhtenäiseen ja rakenteeseen sähköiseen kirjaamisjärjestelmään on suurin yksittäinen tapahtunut muutos hoitotyön kirjaamisessa. (Hopia & Koponen, 2007, 5). Siirtyminen sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen luo haasteita hoitohenkilökunnalle opetella mm. uudenlainen tapa kirjata. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta myös asennoitumista, pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista. (Hallila 2005, 13–14.)

Kirjaamisen yhtenäisen mallin käyttöönotto edellyttää hoitotyön uudistamista. Tämän pohjalta on kehitetty valtakunnallisesti merkittäviä hankkeita, joiden tarkoitus on ollut

kehittää kansallisesti yhtenäinen, rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä, viedä mallia potilastietojärjestelmiin ja tukea organisaatioita systemaattisen hoitotyön kirjaamisen käyttöönotoissa sekä kehittää käytäntöä yhdessä sairaanhoitajien, hoitotyön opettajien ja opiskelijoiden kanssa. Koko valtakunnallisesti ajateltuna uudistukset hoitotyön kirjaamisessa lisäävät uudenlaista tiedon tarvetta. (Ensio & Saranto 2004, 9–10.)

Tämä opinnäytetyö käsittelee hoitotyön kirjaamista. Opinnäytetyöni aihe tuli toimeksiantona Keski-Suomen keskussairaалalta. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää kirjaamisessa tapahtunutta muutosta siirryttäessä manuaalisesta sähköiseen kirjaamiseen. Opinnäytetyö on ajankohtainen, koska sairaanhoitopiiri siirtyi sähköiseen kirjaamiseen syksyllä 2008. Sähköinen kirjaaminen on ollut sairaalassa vasta muutaman vuoden. Siellä on käytössä Efficia-ohjelma. Sähköinen kirjaaminen on herättänyt paljon keskustelua sairaalassa eri ammattihenkilöiden välillä. Aikaisemmin vuonna 2005 sairaalassa oli toteutettu sama kysely samojen vuodeosastojen sairaanhoitajille manuaalisesta kirjaamisesta. Nyt oli hyvä tilanne tehdä uusintakysely ja vertailla tuloksia kyselyn 2005 tulosten kanssa.

## 2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotyön kirjaaminen eli dokumentointi tarkoittaa potilaan hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamista. Tämä on yksi tärkeä osa potilaan kokonaihoidosta. Hoitotyön kirjaamisen tietoperusta on laaja ja monimuotoinen, minkä tarkoituksena on lisätä potilasturvallisuutta, jatkuvuutta ja yksilöllisyyttä sekä parantaa hoidon tavoitteellisuutta unohtamatta moniammatillista yhteistyötä. Hoitotyön kirjaamisessa korostuu kaksi osa-aluetta: tavoitteellinen ja suunnitelmallinen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä jokapäiväinen terveydenhoito ongelmiseen (Lauri ym. 1998, 98). Potilaan hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen tarvitaan tietoja, joilla on suuri merkitys potilaan päivittäisessä hoidossa. Kirjauksista tulisi näkyä potilaan ja hänen omaistensa näkemys hoidosta. Lähtökohtana voidaan pitää hoitotyön kirjaamiselle, että se mikä on kirjattu, on myös tehty. (Hallila 1998, 17–18.) Potilasturvallisuus paranee, kun potilaan hoitoa koskeva tieto on kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla sekä potilaan hoidon toteutus ja sen seuranta on kirjattu ylös. Kirjauksilla pyritään potilaan hoidon joustavaan etenemiseen ja jatkuvuuteen. (Lauri ym. 1998, 94.) Tietoja kirjaamiseen saadaan keskustelemalla, havainnoilla ja mittaamalla (Iivanainen ym. 1995, 38–39).

### 2.1 Hoitotyön kirjaamisen kriteereitä

Sairaanhoitajien tulee kirjata hoitotyötä oman ammattikuntaa koskevien eettisten ohjeiden mukaan. Hyvä hoitotyön kirjaaminen merkitsee hoitotyön laatua. Asianmukaisuus, tarpeellinen huolenpito, turvallisuus sekä hoidon jatkuvuus ja arvioitavuus ovat hyvän hoitotyön kirjaamisen kriteereitä. Hoitotyön kirjaamiselle asetettujen laatukriteereiden tarkoituksena on kirjata vain tarpeellinen tieto potilaan hoidosta selkeästi ja helppolukuisesti. Kirjaamisen tulisi olla virheetöntä. Sen tulisi koostua mahdollisimman laajasta näkemyksestä potilaan itsensä ja omaisten kokemana sekä perustua lähetietoihin. Kun asiakirjoja tarkastellaan jälkikäteen, kirjaamisessa painottuu selkeä ilmaisu. Kirjaamisesta on nähtävä mitä on tehty, potilaan reaktiot siihen ja voinnin arviointi sekä ketkä olivat läsnä. (Hallila 2005, 10–13, 23–24.)

Anna-Maria Tuomikoski teki tammikuussa 2008 pro gradu- tutkimuksen hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Tämä tutkimus tehtiin Oulun yliopistollisen sairaalan viidelle sisätautien tulosyksikön vuodeosastoille. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön kirjaamisen tasoa ennen ja jälkeen osastokoh-

taista kirjaamiskoulutusta. Tuomikosken yhteenvedon mukaan tutkimuksen tulosten koulutusinterventiolla oli pääasiassa positiivinen vaikutus kirjaamisen kehittymiseen.

Tuomikosken (2008) tutkimuksessa hoitotyön kirjaamisessa ei näkynyt hoitoprosessin mukaista kirjaamista ja kirjaaminen oli pääasiassa laadultaan toteavaa. Näkökulma kirjauksiin pitäisi erottaa selkeästi, onko kirjaus potilaan tai omaisten mielipide asiaan vai hoitajan käsitystä, tulkintaa, arviointia kirjatusta asiasta. Hoitotyön päätöksenteko tulisi ilmetä kirjauksista. Päivittäisissä toiminnoissa kirjausten tulisi perustua arvioivaan kirjaamiseen. Hoitokertomuksesta pitäisi tulla ilmi potilaan perustiedot, kuka ja milloin on hoitanut potilasta. (Hallila 1998, 17–18.)

Kirjaamista ohjaavat hoitotyön perusta käsitteineen ja tiedonlähteineen, sairaanhoitajan etiikka sekä lait ja asetukset. Nämä määrittelevät mitä sairaanhoitaja voi kirjoittaa potilaskertomukseen. Samat periaatteet ohjaavat kirjaamisen sisältöä ja sanamuotoja kirjatessa kuvaillen potilaan hoitoa. (Hallila 2005, 23–24.)

## **2.2 Potilasasiakirjojen laatimista koskevat keskeiset lait ja säädökset**

Suomen perustuslaissa määritellään henkilön perusoikeudet. Perustuslain 6§:ssä todetaan ihmisten olevan yhdenvertaisia. Potilaalla on itsemääräämisoikeus, joka on kaikkien muiden oikeuksien olemassaolon edellytys. Hoitotyön kirjaaminen ei saa loukata ihmisarvoa. Ilman hyväksyttävää perustelua ketään ei saa asettaa eri asemaan mm. iän, sukupuolen, uskonnon, vammaisuuden jne. muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. (Perustuslaki 731/1999.) Hoitotyön kirjauksissa tulee näkyä, jos potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia on jouduttu rajoittamaan, sairauden hoidon ja sen turvaamisen vuoksi. Rajoitukset tulee olla tarkkaan kirjattu perusteluineen. (Mielenterveyslaki 116/1990.)

Merkittävin laki hoitotyön kirjaamisen näkökulmasta on potilaan asemasta ja oikeuksista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta. Asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hyvään kohteluun. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Terveysturvan ammattihenkilökunnan on edistettävä potilasturvallisuutta. Henkilökunnalla on velvollisuus 16§ mukaan laatia ja säilyttää potilaan hoi-

dosta koskevat potilasasiakirjat sekä pitää salassa potilasta koskeva tieto. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994.)

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan sellaisia asiakirjoja tai teknillisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan hoidon järjestämiseen ja totuttamiseen käytettäviä, saapuneita tai laadittuja tietoja. Potilasasiakirjoissa on potilaan terveydentilaa koskevia henkilökoh- taisia tietoja. Yksi keskeisin potilasasiakirja on jatkuva potilashoitokertomus kaikkine siihen liittyvineen asiakirjoinen riippumatta potilaan hoitopaikasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 12–28.) Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus laatia jatkuva, kronologisesti etenevä potilaskertomus sekä säilyttää potilasasiakirjat asiaan kuuluvalla tavalla. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon turvaami- seksi laajuudeltaan riittävät ja tarpeelliset tiedot hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta. Tietojen tulee olla selkeästi ja ymmärrettävästi sekä virheettömästi kirjattu. Kaikki tämä tukee potilaan hyvää hoitoa. (Laki terveydenhuol- lon ammattihenkilöstä 559/1994, Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 28.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on salassapitovelvollisuus eikä asiakirjoja saa antaa sivullisille ilman potilaan kirjallista suostumusta. Salassapitovelvollisuus kos- kettaa hoidon päättymisen jälkeenkin. Potilasasiakirjat tulee säilyttää laissa määritelty aika ja ne tulee hävittää välittömästi, kun säilyttämiseen ei ole laissa määriteltyä pe- rusteita. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Sosiaali- ja terveysministe- riön asetuksen 3§:ssä on määritelty potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. Niissä on käytettävä sellaisia välineitä ja menetelmiä, että tiedot voidaan turvata koko säilytysajan. Sähköisistä potilasasiakirjoista on muodostettava ehyt asiakirjakokonai- suus. Tämä tarkoittaa, että asia on kirjoitettu siinä muodossa miten se on tapahtunut. Ammattihenkilöt saavat käsitellä ja tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Potilaan hoidon jatkuvuuden vuoksi, tietojen on oltava laaja-alaisesti kirjattu sekä kirjatessa on käytet- tävä yleisesti hyväksytyjä käsitteitä, lyhenteitä ja termejä. (Sosiaali- ja terveysminis- teriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Sosiaali- ja terveystieteen lupa- ja valvontaviraston (2010) suositusten mukaan jokaisesta hoidettavasta potilaasta tulee kirjata joka työvuoron aikana. Potilasasiakirjoihin on merkittävä kaikki potilaalle määrätty ja annetut lääkkeet sekä niistä koituneet lää- keaineallergiat, yliherkkyydet yms. riskit, joista on ollut haitallisia vaikutuksia ja va-

hinkoa potilaalle. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 11§ mukaan potilaskertomukseen on merkittävät keskeiset hoitotiedot, joista on tultava esille mm. tulosyö, esitiedot, nykytila, havainnot, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta sekä loppulausunto. Hoitotyön kirjauksista tulee ilmetä valittujen hoitojen ja hoitoratkaisujen perustelut sekä kuinka ko. toimenpiteeseen on päädytty. Potilasasiakirjamerkinnät on tehtävä viivytyksettä, viimeistään viiden vuorokauden kuluttua siitä, kun potilaan palvelutapahtuma on muuten päättynyt. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/ 2009.)

Henkilötietolaki ohjaa hoitotyön kirjaamista, sen tietoturvallisuutta ja tietojen säilytystä. Huolellisia merkintöjä potilasasiakirjoihin edellyttää potilassuhteen luottamuksellisuutta ja potilaan yksityisyyden suoja. Lain tarkoituksena on suojata yksityiselämän ja yksityisyyden suojaava turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Henkilötietojen käsittelyn tulee olla hoidon kannalta tarkoituksenmukaista. Henkilötietolain 6§ mukaan arkaluontoisia ja leimaavia asioita voi kirjata vain, jos ne ovat hoidon kannalta tarpeellisia ja välttämättömiä. Nämä tiedot tulee poistaa välittömästi, kun käsittelylle ei ole enää perusteluita. (Henkilötietolaki 523/1999.)

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta säädettyjen tiedonsaantioikeuksien ja viranomaisten velvollisuuksien tarkoituksena on toteuttaa avoimuutta ja hyvää tiedonhallintatapaa viranomaisten toiminnassa. Asiakirjat koostuvat päivittäisistä kirjaamisista, muistiinpanot tai luonnokset eivät ole sellaisia. Yhteenvedot eivät myöskään ole asiakirjoja, jos päivittäiset seurantatiedot on hävitetty. Jokaisella potilaalla on oikeus saada itsestään tietoa, joita on kirjattu viranomaisen asiakirjoihin, jollei laissa toisin säädetä. (Asetus viranomaisten julkisuudesta ja hyvästä tiedonhallintatavasta 621/ 1999)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan 2007, jonka tarkoituksena on tehdä asiakastietojen sähköinen käsittely tietoturvalliseksi. Yleisenä vaatimuksena on asiakastietojen käytettävyys ja säilyminen, koska asiakastietojen on säilyttävänä ehjinä ja muuttumattomina. (Laki terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/ 2007.)

### 3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotyössä ja sen kirjaamisessa tavoitteena on, että se perustuisi näyttöön. Näyttöön perustuva hoitotyön tulisi olla ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttöä hoitoa koskevassa päätöksenteossa, valinnoissa ja toiminnan toteuttamisessa. (Hallila 2005, 10.) Korhosen mukaan (2010, 50–51) hoitajan kirjaaminen hoidon päätöksistä perustuu moniin eri osa- alueisiin, joita ovat ammatillinen osaaminen, tutkimustieto, hoitajan kokemus, olosuhteista saatu tieto sekä potilaalta itseltään saatu tieto. Näyttöön perustuva kirjaaminen vaatii ammatillista ajattelutoimintaa, jonka tulee olla totuudenmukaista ja julkisesti sekä yleisti hyväksyttävää. Kriittisellä ajateltutavalla päästään aktiivisesti pohtimaan yksilöllisiä erilaisia hoitovaihtoehtoja ja niiden seurauksia sekä ratkaisuja. Kirjausten pohjalta voidaan tarkastella muutosta potilaan hoidossa. Näyttöön perustuvaa kirjaamista voidaan arvioida seuraavien hoitosuosituskriteereiden kautta: pätevyys, toistettavuus, luotettavuus, edustettavuus, kliininen soveltuvuus, joustavuus, selkeys ja tarkkuus. Kirjauksista on tärkeää näkyä mihin tietoon kirjaus perustuu ja millä keinoilla hoito saatiin toteutettua. Kirjauksiin tulisi käyttää parasta saatavilla olevaa tietoa. Näyttöön perustuvan kirjaamisen kultaisena lankana on parantaa potilaan terveydentilaa. (Pekkala 2008, 48–54.)

Näyttöön perustuva kirjaaminen on tarkkaa, arvioitua ja systemaattista tietoa hoitotyön menetelmien valinnoista. Kirjaamisen pohjalta nähdään tehottomat hoitotyön toiminnot ja käytössä olevat voimavarat pystytään kohdistamaan oikein. Epätarkasta, suullisesta ja muistinvaraisesta tiedottamisesta olisi päästävä eroon, mikä on yksi näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoite. (Hallila 2005, 13–15.)

### 4 SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN

Sähköinen kirjaaminen on vaikuttanut potilasasiakirjojen laadintaan, käyttöön ja säilytykseen. Sähköisessä kirjaamisessa muutosta on tullut eniten tiedon jäsentämiseen ja ilmaisuun. Se on tuonut tullessaan standardoidut otsikot, luokitukset ja termit. Yhtenäisten asiakirjojen edellytys on, että hoitotiedot kirjataan samoilla sovituille periaatteilla yhtenäisesti. Sähköisen kirjaamisen yhtenä tavoitteena on kirjatun tiedon löytäminen, koska suuren tietomäärän vuoksi tietojen etsiminen on ollut hankalaa. Sähköinen kertomusjärjestelmä muodostuu potilaasta koskevista hoitotiedoista, joka mahdol-

listaa pitemmälle viedyn rakenteen käytön. Näin hoitotietojen löytäminen on helpompaa. Tietoa voidaan käyttää uudelleen riippumatta paikasta ja mitä hoitotietoja tarvitaan. (Saranto & Soininen 2008, 12–16, Hopia & Koponen 2007, 6)

#### **4.1 Hoitotyön ydintietojen kirjaaminen**

Sähköisessä kirjaamisessa potilaskertomusjärjestelmässä käytetään yhdessä kansallisesti sovittuja ydintietoja. Rakenteisesti eli strukturoidusti kirjatut ydintiedot määritellään termistöillä, sanastoilla, luokituksilla ja nimikkeistöillä. Kirjausta voi täydentää vapaalla eli narratiivisellä tekstillä, joka kuvaa ja tarkentaa päivittäistä hoitoa. Nämä potilaan ydintiedot antavat kokonaiskuvaa kronologisesta järjestyksestä sairaus- ja terveyshistoriasta sekä hoidosta ja ohjauksesta. Potilaskertomuksen ydintiedot koostuvat potilaan ja kirjaajan tunnistetiedoista, hoitajaksosta ja sen tapahtumista sekä potilaan hoidollisista ongelmista ja diagnooseista. Ydintiedoissa näkyy, mitkä seikat ovat vaikuttaneet potilaan terveyteen sekä siihen liittyvät mittaukset, tutkimukset, toimenpiteet, lääkehoito, toimintakyky, apuväliset sekä potilaan suostumus, elintestamentti ja hoitotahto. Jatkohoidon järjestämiseen tarvittavat tiedot ja lausunnot kirjataan hoitoyhteenvetoon. (Ensio & Saranto 2004, 38–43.)

Sähköistä kirjaamisenalustaa kehitetään jatkuvasti. Vuorovaikutusta tarvitaan kehittäjien ja käyttäjien välillä. Kehittämisessä huomioidaan hoitohenkilökunnan ideoita ja ehdotuksia. Näin ohjelmien kehittäminen etenee toimivien ohjelmien syntyyn, jolloin saadaan parhaimmat toiminnalliset hyödyt sähköiseen kirjaamiseen. (Ensio & Saranto 2004, 16–17.)

#### **4.2 Sähköisen kirjaamisen hyödyt**

Sähköisessä muodossa kirjattu tieto koostuu laaja-alaisista hoitotiedoista, johon voidaan liittää useita erillisjärjestelmiä mm. laboratorio, kuvantamis- ja lääkehoidonohjelmia. Tämä nopeuttaa tiedon etsimistä potilaskohtaisesti ja yksilöllisesti. Potilasturvallisuus paranee tietojen käyttörajoituksilla. Hoitajat saavat käyttöoikeudet työtehtävien mukaan hoidon kannalta tarpeellisiin potilastietoihin. Mobiiliteknologian ansiosta hoitotietojen kirjaaminen ja lukeminen sekä raporttien pitäminen on helpompaa. Näitä asioita voi tehdä monessa paikassa siirrettävän tietokoneen avulla. Sähköisen kirjaamisen etuna on, että hoitotietoja voidaan jäsentää, hyödyntää ja etsiä otsakkeiden

avulla. Tiedot ovat selkeämmin ja helpommin kirjattu eikä kirjoittajan käsiala ole ymmärryksen ja hoidon esteenä. Lääkärikierroille voi ottaa mukaan kannettavan tietokoneen ja kirjata hoitomääräyksiä, tarkistaa potilasta koskevia asioita sekä päivittää potilastietoja, lääkemääräyksiä. jne. Hoitotiedot ovat reaaliajassa kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien saatavilla. Moniammatillisesti eri alojen asiantuntijat ovat keskeisinä toimijoina. Heillä tiedon etsimisessä säästyy aikaa, vaivaa ja saadaan tehokkaammin toteutettua hoitoa potilaalle - kustannussäästöjä. (Ensio & Saranto 2004, 13–15, 32–33.)

### 4.3 Sähköisen kirjaamisen haasteet

Sähköisen kirjaamisen haasteena voidaan pitää sairaanhoitajien tietämättömyyttä lainsäädännöstä, joka on työn ja kirjaamisen taustalla. Kirjaaminen vaatii hyvää hoitotyön prosessimallin osaamista. On tiedettävä kuinka määritellään hoitotyön tarpeet, hoidon suunnittelu sekä hoitotyön tulosten arviointia. (Koivukoski & Ahonen 2010) Sairaanhoitajaliiton julkaisussa 2007 *Tämä ei ole aprillia* Kaarina Wilskman kirjoittaa, että sairaanhoitajien asenne on ollut alkuun välinpitämätön sähköistä kirjaamista kohtaan. Tietotekniikan kehittyminen ja ohjelmien yhteensovittaminen vaatii aikaa. Alkuun sairaanhoitajilla työmäärä kasvaa uutta toimintatapaa opetellessa.

Tuija Hartikainen (2008, 65) on tutkinut pro gradu –tutkimuksessaan sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista. Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat sähköisen potilaskertomusjärjestelmän vievän kovasti työaikaa. Potilaskertomusjärjestelmän avaaminen on hidasta. Sairaanhoitajat joutuvat kirjautumaan järjestelmään monta kertaa työvuoron aikana, koska jokaiselle sairaanhoitajalle ei riitä ns. omaa tietokonetta työvuorossa työskentelyn ajaksi. Sairaanhoitajat kirjautuvat ulos, jotta muut pääsevät kirjautumaan omilla tunnuksilla. Tutkimuksen mukaan siirtymiset järjestelmän sisällä osiosta toiseen tapahtuvat hitaasti ja se vie sairaanhoitajien kiireisessä työtahdissa liian paljon aikaa.

Hoitohenkilökunnan heikot ja puutteelliset atk-aidot sekä ennakkoluulot, pelot ja epävarmuus omasta osaamisesta ovat vaikuttaneet sähköiseen kirjaamiseen. Tämän hetkiselällä hoitohenkilökunnalla on eritasoisia koulutuksia ja hoitohenkilökunta on osittain ikääntynyttä. Koulutus ei ole ajantasaista. Näin näyttöön perustuva sekä sähköinen kirjaaminen koetaan haasteelliseksi. (Ensio & Saranto 2004, 14–15.) Rahkonen

(2007, 73) on todennut pro gradu -tutkimuksessaan, että ”Pelkoa aiheutti järjestelmän tekniset heikkoudet ja niiden myötä huoli potilaan puolesta, jos tiedonsaantiin tulee katkos järjestelmän ollessa jumissa. Kielteisessä asennoitumisessa havaittiin eroja eri ikäryhmien välillä, nuoremmat hoitajat suhtautuivat positiivisemmin järjestelmän käyttöönottoon. Ero ei suoranaisesti liity ikään vaan tietokoneen käyttökokemuksen määrään”.

Työnantajan on huolehdittava tarvittavat koulutukset työntekijöilleen, koska heillä pitää olla tarvittavat valmiudet tietojärjestelmien käytössä. Vanhentuvat tietojärjestelmän ohjelmat lisäävät täydennyskoulutuksen tarvetta jatkuvasti. (Ensio & Saranto 2004, 14–15.) Wilskman (2007) toteaa artikkelissaan seuraavasti, että ”sairaanhoitajilla on oikeus vaatia, että työvälineitä on riittävästi, ja että ne ovat kunnossa ja niiden käyttöön koulutetaan. Järjestelmien tulee olla keskenään yhteensopivia, käyttäjäystävällisiä ja kirjaamisen sisällön tulee olla helposti ja nopeasti hahmotettavissa. ”

Sähköinen kirjaaminen vaatii uudenlaisia työtapoja ja niiden kehittämistä. Sairaanhoitajilta odotetaan sitoutumista sähköiseen kirjaamiseen sekä pitkäjänteisyyttä. Hoitotyön kirjaamiseen on otettava uusi ajattelutapa. Narratiivisesta kirjoittamisesta pitäisi oppia pois. Näyttöön perustuva kirjaaminen on uutta, vie aikaa ja vaatii uudenlaista asennoitumista. Hoitajan on vaikea keskittyä kirjaamiseen, kun työpisteessä on rauhatonta. Tietokoneita ei ole riittävästi kaikille. Sähköiset järjestelmät tulisi olla nopeakäyttöisempiä ja yksinkertaisempia sekä langattomien tietoverkkojen pitäisi toimia. (Hallila 2005, 13–14). Rahkonen (2007, 63) on todennut, että tekniset ongelmat estävät ja hankaloittavat tietojärjestelmän käyttöönottoa ja tekniset ongelmat vievät työaikaa. Tutkimuksessa todettiin sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto herättävän erilaisia tunteita. Järjestelmän koettiin tuovan toisille iloa mutta toisissa se herätti pelkoa, ahdistusta ja huolta työkavereiden selviytymisestä.

Lounaisfloridalaisessa Magnet-sairaalassa Linda E. Moodyn ym. ovat tehnyt vuonna 2004 kuvailevan tutkimuksen hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta. Tässä tutkimuksessa selvitettiin hoitajien havaintoja, asenteita ja mieltymyksiä sähköisestä kirjaamisesta. Hoitajista 36 %: n mielestä sähköinen kirjaaminen vähensi työn kuormittavuutta. Hoitajista 75 % ajatteli, että sähköinen kirjaaminen oli parantanut kirjaamisen laatua ja 76 % uskoi sähköisen kirjaamisen parantaneen potilasturvallisuutta ja hoitoa. Hoitajat

(80 %), jotka hallitsivat hyvin tietokoneen käytön, käyttivät mieluummin sähköistä kirjaamista kuin he, joilla oli vähemmän kokemusta.

## **5 HOITOTYÖN PROSESSIN MUKAINEN KIRJAAMINEN**

Maaailman terveysjärjestön (WHO) kirjaamisen rakennetta on käytetty Suomessa jo pitkään. Tällä menetelmällä saadaan jäsennettyä potilaan hoitotapahtumaa. Kirjaamisen rakenteena on pidetty päätöksenteon prosessimallia. Hoitokertomuksen yhtenä osana on hoitohenkilökunnan laatima potilaskertomus. Potilaskertomuksessa tulee näkyä potilaan hoidon eri vaiheiden kirjaaminen, joka käsittää päätöksenteon prosessimallin vaiheet: hoidon tarpeet, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. (Saranto & Soinen 2008, 12–13.) Hoitotietojen kirjaamisella on tarkoitus nimetä hoidolliset ongelmat. Niitä voidaan arvioida hoidon edetessä ja saada tietoa hoidon vaikuttavuudesta (Ensio & Saranto 2004, 37).

### **5.1 Tulotilanteessa taustatietojen kirjaaminen**

Lähtökohtana on potilaan yksilöllinen hoito. Potilaalla on oikeus, että hänen omat ratkaisunsa ja hoitoihin vaikuttaminen sekä miten häntä hoidetaan ja mitä kirjataan, tulevat esille hänen hoitotiedoissaan. Tulotilanteen arvioinnissa on kaksi osa-aluetta: potilaan ja hänen omaistensa sekä hoitajan huomioinnit, näkemys ja kokemus terveydestä/ sairaudesta ja voimavaroista. Kirjauksissa pitäisi näkyä potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti; potilaan oma kokemus terveydentilastaan, sen muutoksista sekä fyysiset ja henkiset voimavarat. Hoitajan tulisi kirjata huomiointinsa potilaan somaattisesta tilasta ja henkisistä voimavaroista. Kirjauksissa pitäisi näkyä myös potilaan ympäristökijöitä kuten perhe, tavat, ystävät, asuminen ja talous. Tulotilanteessa olisi kerättävä tiedot hoitoon johtaneesta syystä, taustalla olevista sairauksista, hoitokokemuksista sekä erinäisistä riskitekijöistä, joita ovat mm. allergiat ja lääkeyliherkkyydet. Keskeisistä tiedoista kootaan taustatiedot, jotka ovat kooste potilaan terveyden- ja sairaudenhoidon tiedoista. (Kärkkäinen 2007, 92–94.)

## 5.2 Hoitotyön tarpeen ja tavoitteiden kirjaaminen

Hoitopäätös käynnistyy eri vaihtoehtoja punnitsevalla tarpeen määrittämisellä. Taustatietojen pohjalta määritellään yksi tai useampi hoidon tarve. Potilaalle laaditaan hänen terveydentilaansa kohdistuvat ongelmat, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotyön auttamismenetelmillä. (Ensio & Saranto 2004, 42.) Hoitotyön tarvetta määriteltäessä tulisi ottaa potilas mukaan yksilölliseen hoitoonsa. Onnistunut yhteistyö perustuu, että potilaan omat voimavarat on otettu huomioon ja yhteisymmärryksessä on mietitty potilaalle hoidon tarpeet. Potilas ei koe jäävänsä hoidon ulkopuolelle ja saa näin vahvistettua omia voimavaroja hoitoonsa. (Hallila 2005, 63–67.) Potilaan tietojen keräämiseen ja ongelmien löytymiseen voidaan käyttää Mitä – kysymystä. Näin saadaan tietoa potilaan lähtötilanteen eli hoidon tarpeen määrittelyyn kirjaamiseen. (Lauri ym. 1998, 94–95.)

Tarpeen määrittämisestä siirrytään laatimaan hoitotyölle tavoitetta, joka kattaa kaikki hoidon tarpeet. Siinä mietitään taustatietojen pohjalta kokonaisuudessaan hoidolle päätavoite sekä mahdollisia osatavoitteita. Tavoitteet ovat mitattavissa ja aika ajoin niitä on tarkistettava ja mietittävä uudelleen. (Hallila & Graeffe 2005, 84–85.)

## 5.3 Hoitotyön auttamismenetelmien kirjaaminen

Auttamismenetelmillä tarkoitetaan hoitotyössä keinoja, joilla hoitohenkilöstö auttaa potilasta niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti päivittäisissä toiminnoissa. Hoitotyön auttamismenetelmien tarkoituksena on edistää potilaan terveyttä ja mahdollistaa sairauden tuoman rajoituksen kanssa elämistä sekä auttaa saattohoidon lähestyessä. Auttamismenetelmät valitaan tavoitteiden pohjalta, jotka tukevat auttamisen tarkoitusta ja olisivat lääketieteen kanssa samansuuntaisia. Hoitotyön auttamismenetelmät vaihtelevat suuresti riippuen potilaan terveydentilasta, sairaudesta ja toimintakyvystä. Auttamismenetelmiin kuuluu myös lääkkeet, tutkimukset ja laitteet, mm. apuvälineet. Potilaan ja hoitotyöntekijän välinen vuorovaikutus on edellytys yhteistyölle. Yksilövastuinen hoitotyö on mahdollisuus molemminpuoliselle vuorovaikutukselle. Potilaan kanssa tulee yhdessä miettiä, minkälaisia auttamismenetelmiä on tarjolla hänen tilanteessaan sekä mitä hän haluaa niistä käyttää. (Hallila 1998, 78–81, Iivanainen ym. 1995, 48–49.) Tähän hoidon suunnitteluun ja toteutukseen voidaan hakea vastaus-ta Miten – kysymyksellä (Lauri ym. 1998, 95).

#### 5.4 Hoitotyön arvioinnin kirjaaminen

Kirjaamisen arvioinnin tavoite on tuottaa mm. tietoa hoidosta ja sen laadusta sekä sujuvuudesta ja tuloksista. Kirjauksissa pitäisi näkyä potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutuksen sekä toiminnan arviointia sekä miten hoidolle asetetut tavoitteet on saavutettu ja miten niihin on päästy. Kirjauksissa arvioidaan toiminnan vaikutusta potilaan terveyteen. Näin tuotetaan tietoa hoitotyön kehittämiseen ja saadaan perusteita muuttaa tarvittaessa toimintaa. Saatavilla oleva tiedon laatu vaikuttaa potilaan saamaan hyvään hoitoon. ( Saranto & Ensio 2007, 123–124.)

Hoitotyön arvioinnin kirjaaminen pitäisi olla jatkuvaa ja moniulotteista. Arvioinnissa verrataan potilaan senhetkistä vointia tulotilanteen hoidon tarpeeseen. Hoitotyön prosessissa arviointi on tärkeää jokaisessa vaiheessa. Arvioinnissa pohditaan päästiinkö tavoitteisiin ja millä keinoin, mitä olisi vielä tehtävä sekä onko tavoitteet realistisia vai täytyykö niitä muuttaa. Hoitotyön arvioinnin kirjaamisessa tulisi näkyä kaikkien hoitoon osallistuneiden arvio sekä potilaan oma arvio voinnistaan. Hoidon päätyttyä kirjataan yhteenveto potilaan hoitojaksosta. (Rönkkö & Väisänen 1998, 98–99). Hoidon vaikutuksen arvioinnissa voidaan määritellä tuloksellisuutta Miksi – kysymyksellä (Lauri ym. 1998, 95).

Yhteenvetona nähdään, että sairaanhoitajan hoitotyön kirjaamista ohjaa hyvin laaja ja monimuotoinen ammatillinen tieto. Hoitotyön teoreettiset lähtökohdat on tiedettävä. Kirjaamisen taustalla ohjaa lainsäädäntö, asetukset ja suositukset. Sairaanhoitajan tulee toimia ja kirjoittaa eettisten periaatteiden mukaan. Sairaanhoitajan toiminnan on perustuttava näyttöön ja se pitää näkyä hoitotyön kirjauksissa. Päätöksenteon prosessimalli; hoidon tarpeet, toteutus, seuranta ja arviointi, on jo potilasturvallisuuden vuoksi tärkeä toteuttaa. Potilas on otettava omaan hoitoonsa mukaan siinä määrin, kun hän kykenee osallistumaan. Yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus ja kokonaisvaltaisuus korostuvat hoitotyössä, joten sen on oltava nähtävissä myös hoitotyön kirjaamisessa. Sähköinen kirjaaminen ei poista kirjaamisen lähtökohtia. Se luo uudenlaisen rakenteellisen tavan kirjata hoitotyötä. Potilaan tiedot löytyvät ja ovat kaikkien saatavilla. Tämä sähköisen kirjaamisen kokonaisuus tuo potilasturvallisuutta, jatkuvuutta sekä ajan tasalla olevaa tietoa kaikille hoitotyöhön osallistuville.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli saada tietoa, kuinka sairaanhoitajien hoitotyön kirjaaminen on muuttunut sähköisen kirjaamisen myötä Keski- Suomen keskussairaala-ssa. Tavoitteena on selvittää, mihin kirjaamisessa pitäisi kiinnittää huomiota ja mitä asioita pitäisi kehittää hoitotyön suunnitelman kirjaamisessa sähköisessä muodossa. Tutkimuskysymykset olivat: 1. Mitä sairaanhoitajat kirjaavat hoitotyön yleisiin kriteereihin? 2. Kuinka hoitotyön suunnitelman mukainen kirjaaminen toteutuu sähköisessä muodossa? 3. Miten sairaanhoitajat arvioivat sähköisen kirjaamisen tuomaa muutosta, kun manuaalisesta kirjaamisesta on siirrytty sähköiseen kirjaamiseen? Tulosten pohjalta sähköistä kirjaamista voidaan tarkastella koko sairaalatasolla sekä osastokohtaisesti.

Kyselyn tulosten pohjalta sähköistä kirjaamista on helpompi kehittää, koska tuloksista saadaan tietoa esille nousseista ongelmakohtista. Yksikkökohtaiset tulokset on mahdollista saada yksiköiden käyttöön. Niitä voi käyttää apuna kunkin yksikön kirjaamisen kehittämisessä. Tuloksia voidaan käydä läpi mm. osastokokouksissa. Sairaalassa toimiva Sähkö-ryhmä (yhteistyötä hoitotyön kirjaamisen sisällön kehittämiseksi) voi hyödyntää tuloksia yhdenmukaistamaan hoitotyön kirjaamisen kulttuuria ja samalla kehittää kirjaamisen sisältöä. Tulokset antavat Sähkö-ryhmälle uutta tietoa tämän hetkisestä kirjaamiskäytännöistä ja samalla se saa tietoa uusista sähköisen kirjaamisen kehittämistarpeista.

### 6.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Keräsin aineiston syksyllä 2009 kyselylomakkeella Keski- Suomen keskussairaalan vuodeosastojen sairaanhoitajilta (N= 600). Kohderyhmässä olivat samojen vuodeosastojen sairaanhoitajat (N=300) kuin aikaisemmassa vuonna 2005 tehdyssä kyselyssä. Silloin 190 sairaanhoitajaa palautti kyselylomakkeen (vastausprosentti 63,3).

Käytin kyselyssä strukturoitua kyselylomaketta, jossa on vaihtoehtokysymyksiä 73 kpl ilman yhtään avointa kysymystä (liite 1). Kysely oli standardoitu eli vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastanneilta kysytään täsmälleen samalla tavalla asiasisältö (Vilka 2005, 73). Vastajat arvioivat väittämiä neljäportaisella asteikolla. Tämä oli järkevin ja tarkoituksenmukaisin valinta, koska tämä kysely oli tehty aikaisemmin vuonna

2005. Halusin saada samoihin väittämiin vertailukelpoiset tulokset. Kysely koostuu väittämistä, joissa käytettiin 4-asteista Likert -tyyppistä luokittelua; (1=ei toteudu lainkaan, 2=toteutuu harvoin, 3=toteutuu lähes aina, 4=toteutuu täysin). Asteikossa on joukko asenneväittämiä, jotka ilmaisevat sekä kielteistä että myönteistä asennetta kyseiseen väittämään. (Taanila 2010, 24.) Tässä kyselytutkimuksessa käytettyä Likert-asteikkoa voidaan pitää välimatka-asteikkona (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 100). Kyselylomake sisälsi aihealueina hoitotyölle asetetut kirjaamisen yleiset kriteerit sekä suunnitelman mukaisen kirjaamisen. Hoitotyön suunnitelman mukaiseen kirjaamiseen sisältyy taustatiedot potilaasta, tulotilanne osastolle sekä mitkä ovat hoitotyön tarpeet, -tavoitteet, -auttamismenetelmät ja -arviointi tapahtuneesta hoidosta.

Vuonna 2005 tehtyyn kyselyyn verrattuna väittämien numerointi on ennallaan ja tarkentavien kysymysten eteen lisättiin kirjain. Kyselyssä osa numeroista puuttuu, koska joitakin väittämiä on poistettu. Poistettuja väittämiä on kaikkiaan 9 sellaista, jotka sähköisessä kirjaamisessa tulevat automaattisesti koneelle esim. väittäjä numero 1. *kirjaan potilaspapereihin potilaan nimen ja henkilötunnuksen tai numero 9. Jos kirjaan virheellisesti, yliväivään virheellisen tiedon ja vahvistan korjauksen nimikirjaimin tai numero 10. Vahvistan kirjaamani nimikirjaimin ja ammattinimikkeellä, myös opiskelijan allekirjoitus ja väittäjä numero 12. kirjaan potilaan henkilötiedot.* Poistettujen väittämien joukossa on myös sellainen, jota ei sähköisen kirjaamisen myötä enää käytetä esim. numero 63. *Loppuarvioinnin kirjaan Sh-lehdelle.* Poistettuja väittämiä on 16 sellaiselta aihealueelta, jotka koskettivat henkilökunnan arviota vahvuuksista sekä kehittämistarpeita, palautteen antamista sekä saamista ja henkilökunnan erilaisuuden hyväksymisestä.

Yhden vuodeosaston osastonhoitajan kanssa muokkasimme uudelleen väittämiin sanamuutoksia ja mietittiin uusia väittämiä kyselyyn. Sanamuutoksia teimme kahteen väittämään: numero 13. sana *kirjaan* pois ja tilalle *tarkistan* ja numero 57. sana *sovitut* pois ja tilalle *keskustellut* Kahdesta väittämästä otettiin sana pois: numero 18. pois sana *hoitojakso* ja numero 68. pois sana *tulosityn*. Uusia täsmentäviä väittämiä tuli kaikkiaan kuusi, joiden tarkoitus on käsitellä sähköisen kirjaamisen uusia haasteita sekä tarkentaa aikaisempia väittämiä. Uusia täsmentäviä väittämiä tuli kolme: Numero 5. *Kirjaan lääkemutokset, tutkimukset ja hoitolinjaukset*, numero 5.a) *Kuittaani vuorossani toteutetut lääkärin määräykset ja numero 58. Teen väliarviointia aina tilanteen muuttuessa*, numero 58. a) *Huolehdiin potilaan hoitosuunnitelman päivityksestä* sekä nume-

ro 65. *Teen loppuarvioinnin käyttämällä hyödyksi edellisen jakson loppuarviointia,* numero 65.a) *Lopetan hoitokertomuksen hoidon päätyttyä.* Kahdessa väittämässä väittämä eroteltiin kahdeksi eri väittämäksi eli numero 18. *Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaudet ja hoitajaksot,* numero 18.) *Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaudet* sekä numero 18.a) *Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaalakokemukset* sekä numero 56. *Kirjaan potilaan tarvitsemat ylimääräiset lääkkeet ja niiden vaikutukset,* numero 56.a) *Kirjaan potilaan tarvittavat lääkkeet* ja numero 56.b) *Kirjaan arviointia lääkkeen vaikutuksesta,*

Viimeinen väittämä 73. oli aivan uusi. Tällä väittämällä haluttiin saada vastaajan mielipide siitä onko hänen mielestään sähköinen kirjaaminen tuonut laatua hoitotyönkirjaamiseen? Tähän väittämään vastaus vaihtoehdot olivat: eri mieltä - osittain samaa mieltä – melkein samaa mieltä - täysin samaa mieltä.

Esitetasin kyselyn neljällä eri sairaanhoitajalla (n=4). Kaksi pitkään yhdellä vuodeosastolla työskennellyttä sairaanhoitajaa katsoivat aikaisemman kyselyn väittämien tarpeellisuuden ja uusien kysymysten tarkennukset. Heidän palautteen perusteella tehtiin joitakin korjauksia kysymyksiä sanavalintoihin. Esitetasin valmiin kyselyn vielä kahdella eri sairaanhoitajalla, jotka työskentelevät eri vuodeosastoilla. Vielä tuli muutama tarkennus kysymyksiin heidän palautteensa perusteella. Nämä tarkennukset liitettiin sanalyhenteisiin, jotka poistettiin ja sanat kirjoitettiin kokonaisina.

Laitoin kyselyn saatekirjeen kanssa (liite 2) Webropol-ohjelman kautta sairaanhoitajille heidän työ sähköpostiinsa marraskuussa 2009. Sitä ennen olin informoinut opinnäytetyöstä ja tulevasta kyselystä hallintoylihoitajaa, ylihoitajia ja vuodeosastojen osastonhoitajia kirjeitse sähköpostin kautta. Kysely jaettiin kaikille osastolla työskenteleville sairaanhoitajille; niin vakituksessa toimessa oleville kuin senhetkisille sairaanhoitajasijaisille. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Laitoin viikon kuluttua kyselyn lähettämistä sairaanhoitajille vielä muistutuksen (liite3) kyselyyn vastaamisesta. Määräaikaan mennessä tuli 160 vastausta. Yhden vuodeosaston osastonhoitaja soitti määräajan umpeutumisen jälkeen ja pyysi lisää aikaa hänen osastonsa sairaanhoitajille. Avasin kyselyn näille vuodeosastojen sairaanhoitajille vielä viikoksi. Vastaajien määrä nousi viidellä (n = 165, vastausprosentti 27,5).

## 6.2 Aineiston analyysi

Lähetin tämän aineiston kyselynä sähköpostin kautta vastaajille. Vastaajat pääsivät sähköpostista Webropol-ohjelmaan, johon kysely oli laitettu. Siirsin aineiston Webropol-ohjelman kautta Excel-taulukoon, jossa näkyivät vastaukset datana. Toisessa Excel-taulukossa väittämään vastanneiden määrä näkyi taulukoina sekä vastausten keskiarvoina. Aineiston olen kuvannut tilastollisesti frekvenssi- ja prosenttijakaumilla. Tulokset on laskettu datan pohjalta jokaisen väittämän kohdalla erikseen ja ne ovat esitetty taulukoina niiden analysointiosuudessa. Aineisto on kooltaan kattava suhteessa siihen, millaisen analyysin ja tulkinnan siitä teen. Analyysi tapahtuu aikaisempien ja uusien vastausten pohjalta päättelyn kautta. Perusmenetelmistä aineiston esittämiseen ja kuvailuun käytetään lukumääriä ja prosentteja sisältäviä taulukoita sekä esitetään tunnusluvuilla väittämän keskiarvo, joka kuvaa vastausten keskiarvolukua asteikolla yhdestä neljään. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 100.)

## 7 TULOKSET

Tulokset on jaoteltu aihealueittain kolmeen pääalueeseen: hoitotyön yleiset kriteerit, hoitotyön suunnitelman mukainen kirjaaminen ja millaiseksi sairaanhoitajat arvioivat sähköisen kirjaamisen laatua. Tuloksien raportoinnissa on otettu esille huomattavat kirjaamisessa tapahtuneet muutokset huonompaan tai parempaan suuntaan verrattuna vuoden 2005 tehtyyn kyselyyn.

### 7.1 Hoitotyön yleiset kriteerit

Hoitotyön yleisten kriteereiden kirjaamisessa on tapahtunut selvää muutosta kolmessa kahdeksasta väittämästä. Kaksi kolmesta sairaanhoitajasta ei kirjaa omahoitajan nimeä ollenkaan tai kirjaa sen harvoin potilaspapereihin. Vuonna 2005 vastaava luku oli noin kaksi viidesosaa. Työvuoronsa aikana sairaanhoitajista lähes kaikki kirjaavat tiedot jokaisesta hoitamastaan potilaasta. Aikaisemmin sen teki kaksi kolmesta sairaanhoitajasta. Sähköisen kirjaamisen myötä yllättävää on, että sairaanhoitajat kirjaavat huomattavasti vähemmän kuin aikaisemmin lääkemuutoksia, tutkimuksia ja hoitolinjoja. Uudessa kyselyssä kysyttiin sairaanhoitajilta lääkärin määräysten kuittamisesta: yh-

deksän kymmenestä sairaanhoitajasta kuittaa lähes aina tai aina toteutetut lääkärin määräykset työvuoronsa aikana. (Taulukko 1.)

**Taulukko 1. Hoitotyön yleiset kriteerit (2009 n=165, 2005 n=190)**

Väittäjä	1 Ei toteudu lainkaan 2009 (2005)%	2 Toteutuu harvoin 2009 (2005)%	3 Toteutuu lähes aina 2009 (2005)%	4 Toteutuu täysin 2009 (2005)%	Ei koskenut vastaajaa 2009 (2005)%	Ei vastausta 2009 (2005)%
2. Kirjaan potilaspapereihin omahoitajan nimen ka 2,2 (ka 3,2)	33 (4)	33 (15)	15 (36)	18 (41)	0 (3)	1 (1)
3. Kirjaan jokaisesta hoitamastani potilaasta työvuoroni aikana ka 3,8 (ka 3,5)	1 (1)	2 (8)	12 (27)	85 (63)	0 (0)	0 (1)
4. Kirjaan hoidon kannalta merkitykselliset tiedot ka 3,6 (ka 3,7)	1 (0)	1 (0)	35 (33)	63 (66)	0 (0)	0 (1)
5. Kirjaan lääkemutokset, tutkimukset ja hoitolinjat ka 3,5 (ka 3,7)	2 (0)	5 (2)	36 (23)	56 (71)	0 (4)	1 (0)
5. a). Kuittaa vuorossani toteutetut lääkärin määräykset ka 3,4	3	6	41	48	0	2
6. Kirjaan potilaalle lääkärin kertomat eri hoitovaihtoehdot ja mahdolliset haittavaikutukset ka 2,5 (ka 2,7)	9 (4)	45 (38)	34 (34)	10 (15)	0 (8)	2 (1)
8. Kirjaan potilaalle sattuneet tapaturmat, hoitovirheet, eriävät mielipiteet ka 3,4 (ka 3,6)	2 (0)	6 (4)	41 (34)	50 (61)	0 (0)	1 (1)
11. Kirjaan siten, että voin milloin vain antaa hoitosuunnitelman potilaalle ja hänen omaisensa luettavaksi ka 3,6 (ka 3,7)	1 (0)	5 (1)	34 (32)	60 (66)	0 (0)	0 (1)

## 7.2 Hoitotyön suunnitelman mukainen kirjaaminen

### 7.2.1 Taustatiedot

Sähköisen kirjaamisen myötä sairaanhoitajat tarkistavat huomattavasti harvemmin omaisten ja läheisten yhteystiedot. Vuonna 2009 vastanneista sairaanhoitajista 23 % tarkistaa joka kerta nämä yhteystiedot, kun aiemmin luku oli 54 %. Lisäksi huomatta-

vaa on, että nykyisin sairaanhoitajista kaksi viidesosaa kirjaa harvoin kyseessä olevat tiedot. Muissa taustatietojen kirjaamisen väittämissä ei tapahtunut suurempia muutoksia. (Taulukko 2.)

**Taulukko 2. Taustatiedot (2009 n=165, 2005 n=190)**

Väittäjä	1 Ei toteutdu lainkaan 2009 (2005) %	2 Toteutuu harvoin 2009 (2005) %	3 Toteutuu lähes aina 2009 (2005) %	4 Toteutuu täysin 2009 (2005) %	Ei koskenut vastaajaa 2009 (2005) %	Ei vastausta 2009 (2005) %
13. Tarkistan omaisten ja läheisten yhteystiedot ka 3,0 (ka 3,6)	1 (0)	21 (2)	55 (34)	23 (54)	0 (9)	0 (1)
15. Kirjaan mistä potilas on tullut ja tarvittavat yhteystiedot ka 3,3 (ka 3,5)	1 (1)	8 (3)	50 (43)	40 (50)	0 (3)	1 (0)
16. Kirjaan potilaan tulosityn ka 3,9 (ka 3,8)	1 (0)	1 (1)	9 (14)	88 (81)	0 (3)	1 (1)

### 7.2.2 Tulotilanne

Vuoden 2005 kyselyssä kysyttiin samassa väittämässä potilaan aikaisemmista sairauksista ja hoitojaksoista. Tähän asiakokonaisuuteen sairaanhoitajista hiukan yli puolet vastasi kirjaavansa lähes aina aikaisemmat sairaudet ja hoitojaksot ja lähes neljäsosa ilmoitti kirjaavansa ne aina. Vuoden 2009 kyselyssä jaettiin kahteen eri väittämään nämä kysymyksen osa-alueet. Ilmeni, että vuonna 2009 aikaisempia sairauksia kirjattiin hyvin huonosti. Sairaanhoitajista kuusi kymmenestä vastasi kirjaavansa potilaan aikaisemmat sairaudet tulotilanteessa ja kolmasosa kirjaa ne lähes aina. Sitä vastoin aikaisemmat sairaalajaksoit jäivät enimmäkseen kirjaamatta. Sairaanhoitajista noin kymmenesosa ei kirjaa potilaan kotilääkitystä lainkaan tulotilanteessa. Aikaisemmin sen jätti kirjaamatta vain yksi sadasta hoitajasta.

Vuonna 2009 potilaan käyttämien apuvälineiden kirjaaminen oli huonontunut merkittävästi ja 13 % kirjasi vain harvoin ko. tiedot. Sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä potilaan asumisolojen kirjaaminen on heikentynyt huomattavasti. Suurin muutos on, että sairaanhoitajista vain vajaa viidesosa kirjasi tiedot potilaan asumisolosta, kun aikaisemmin hiukan yli puolet kirjasi nämä tiedot.

Sähköisen kirjaamisen myötä sairaanhoitajista vain lähes kolmasosa kirjaa tulotilanteessa tiedot potilaan ulkopuolisesta avuntarpeesta ja mahdolliset yhteystiedot. Vuonna 2005 vastaava luku oli 48 %. Potilaiden mukana olevan omaisuuden kirjaaminen on huonontunut aikaisemmasta kyselystä merkittävästi. Sairaanhoitajista vain vajaat kaksi kymmenestä ilmoitti kirjaavansa aina potilaan mukana olevan omaisuuden. Aikaisemmin sen teki reilu kolmasosa sairaanhoitajista.

Kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista puolet kirjasi potilaan oman käsityksen hoitoon tulositystä heikommin kuin aikaisemmin. Vuonna 2009 vain 15 % sairaanhoitajista kirjasi aina potilaan oman käsityksen hoitoon tulositystä. Edellisessä kyselyssä luku oli 30 %. Sairaanhoitajista noin kolmasosa kirjaa harvoin tai ei ollenkaan sen, tietävätkö omaiset potilaan hoitoon tulosta ja syystä. Vastaavasti vuonna 2005 luku oli 10 %.

Sairaanhoitajien kirjaamiset potilaan asenteesta yleensä elämään vaihtelivat suuresti edellisen kyselyn tuloksiin verrattuna kysyttäessä. Kolmasosa sairaanhoitajista kirjaa lähes aina tai aina ko. tiedot, kun aikaisemmin tämän kirjasi melkein kaksi kolmasosaa. Vuonna 2009 sairaanhoitajista lähes puolet kirjasi harvoin tai ei ollenkaan tiedot potilaan henkisistä voimavaroista vastaavasti aikaisemmin asian kirjasi neljäsosa vastaajista. Potilaan harrastusten kirjaaminen heikkeni huomattavasti aikaisemmasta kyselystä. Sähköiseen kirjaamiseen siirryttyä muissa tulotilanteen kirjaamisen väittämässä ei ollut tapahtunut suurta muutosta. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3. Tulotilanne (2009 n=165, 2005 n=190)**

Väittämä	1 Ei toteudu lainkaan 2009 (2005) %	2 Toteutuu harvoin 2009 (2005) %	3 Toteutuu lähes aina 2009 (2005) %	4 Toteutuu täysin 2009 (2005) %	Ei koskenut vastaajaa 2009 (2005) %	Ei vastausta 2009 (2005) %
17. Kirjaan potilaan kunnon tulotilanteessa ka 3,7 (ka 3,6)	1 (0)	1 (3)	23 (30)	74 (65)	0 (1)	1 (1)
18. Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaudet ja hoitajaksot (ka3,0)	(2)	(16)	(51)	(23)	(7)	(1)
18. Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaudet ka 3,5	2	8	30	58	0	2
<i>Taulukko 3. jatkuu sivulla 21</i>						

18.a) Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaalajakso- ka 2,1	15	59	20	2	0	4
19. Kirjaan potilaan koti- lääkityksen ka 3,1 (ka 3,4)	12 (1)	13 (16)	23 (21)	49 (52)	0 (9)	3 (1)
20. Kirjaan potilaan ruoka- valion ja mahdolliset aller- giat ka 3,5 (ka 3,7)	2 (0)	10 (2)	24 (30)	61 (65)	0 (3)	3 (0)
21. Kirjaan potilaan käyt- tämät apuvälineet ka 3,3 (ka 3,6)	2 (0)	13 (2)	41 (37)	40 (56)	0 (4)	4 (1)
22. Kirjaan tietoja potilaan kulttuuri- ja uskontotau- stasta ka 2,4 (ka 0,0)	8 (0)	54 (0)	27 (0)	9 (0)	0 (0)	2 (0)
23. Kirjaan tietoja potilaan asumisolosuhteista ka 2,8 (ka 3,5)	4 (2)	26 (4)	49 (40)	18 (51)	0 (3)	3
24. Kirjaan tiedot potilaan ulkopuolisesta avuntar- peesta ja mahd. yhteystie- dot ka 3,1 (ka 3,4)	2 (1)	13 (5)	55 (41)	28 (48)	0 (5)	2 (0)
25. Kirjaan potilaan muka- na olevan omaisuuden ka 2,7 (ka 3,1)	6 (3)	32 (18)	41 (37)	18 (33)	0 (8)	3 (1)
26. Kirjaan mahdolliset tietojenantomahdollisuudet ka 3,6 (ka 3,7)	1 (0)	3 (3)	28 (24)	67 (70)	0 (1)	1 (2)
27. Kirjaan potilaan oman käsityksen hoitoon tulon syystä ka 2,7 (ka 3,0)	8 (3)	35 (20)	38 (40)	15 (30)	0 (6)	4 (1)
28. Kirjaan tietävätkö omaiset potilaan hoitoon tulosta ja syystä ka 2,8 (ka 3,3)	5 (1)	29 (10)	39 (40)	34 (42)	0 (5)	3 (2)
29. Kirjaan potilaan asen- teesta yleensä elämään ka 2,3 (ka 2,7)	13 (3)	49 (34)	27 (44)	8 (15)	0 (3)	3 (1)
30. Kirjaan potilaan henki- set voimavarat ka 2,6 (ka 2,9)	6 (2)	39 (24)	41 (51)	12 (20)	0 (2)	2 (1)
31. Kirjaan potilaan liik- kumisesta ja liikuntatottu- muksista ka 3,0 (ka 3,1)	4 (1)	16 (6)	57 (51)	20 (28)	0 (4)	3 (0)
32. Kirjaan potilaan sosiaa- lisesta kanssakäymisestä; sukulaiset, ystävät ka 2,6 (ka 2,9)	7 (2)	38 (27)	42 (51)	11 (18)	0 (2)	2 (0)
<i>Taulukko 4. jatkuu sivulla 22</i>						

33. Kirjaan potilaan harrastuksista ka2,1 (ka 2,6)	20 (3)	54 (42)	18 (40)	5 (10)	0 (5)	3 (0)
34. Kirjaan käyttääkö potilas mahdollisesti ulkopuolisia palveluja ka 3,0 (ka 3,2)	4 (2)	12 (13)	60 (44)	21 (33)	0 (7)	3 (1)

### 7.2.3 Hoitotyön tarpeet

Hoitotyön tarpeiden kirjaamisessa oli kolme väittämää. Vain yhdessä väittämässä oli tapahtunut muutosta huonompaan edelliseen kyselyyn verrattuna. Vuonna 2009 sairaanhoitajista 24 % kirjasivat hoitotyön tarpeet potilaan/omaisen/hoitajan kokemana ja havaitsemana. Aikaisemmin sen ilmoitti tekevänsä 31 % sairaanhoitajista. (Taulukko 4.)

**Taulukko 4. Hoitotyön tarpeet (2009 n=165, 2005 n=190)**

Väittämä	1 Ei toteudu lainkaan 2009 (2005) %	2 Toteutuu harvoin 2009 (2005) %	3 Toteutuu lähes aina 2009 (2005) %	4 Toteutuu täysin 2009 (2005) %	Ei kosketa vastatajaa 2009 (2005) %	Ei vastusta 2009 (2005) %
36. Kirjaan sellaiset ongelmat, joihin voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoin ka 3,4 (ka 3,4)	1 (0)	2 (6)	58 (52)	37 (40)	0 (1)	2 (1)
37. Kirjaan lyhyesti ja selkeästi ka 3,3 (ka 3,2)	1 (0)	3 (6)	68 (67)	27 (27)	0 (0)	1 (0)
38. Kirjaan hoitotyön tarpeet potilaan/omaisen/hoitajan kokemana ja havaitsemana ka 3,1 (ka 3,2)	2 (1)	9 (10)	62 (57)	24 (31)	0 (0)	3 (1)

### 7.2.4 Hoitotyön tavoitteet

Hoitotyön tavoitteissa oli kuusi väittämää, joissa kolmessa oli tapahtunut muutosta. Sähköiseen kirjaamisen myötä sairaanhoitajat kirjaavat potilaan omia tavoitteita selvästi huonommin kuin aikaisemmin. Yksi kymmenestä sairaanhoitajasta kirjaa potilaan omat tavoitteet. Vuonna 2005 tavoitteet kirjasi noin neljäsosa sairaanhoitajista. Omaisten tavoitteet kirjataan myös heikommin kuin ennen. Sairanhoitajista vajaa viidesosa ei kirjaa ollenkaan niitä, kun edellisellä kerralla vastaavasti omaisten tavoitteet jätti kirjaamatta vain 5 % sairaanhoitajista. Sairanhoitajat kirjaavat päätavoitteet

paremmin realistiseen aikatauluun sidottuna kuin aikaisemmin. Hoitotyön tavoitteiden muiden väittämien tulokset olivat pysyneet samanlaisina edellisestä kerrasta. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Hoitotyön tavoitteet (2009 n=165, 2005 n=190)

Väittäjä	1 Ei toteutu lainkaan 2009 (2005) %	2 Toteutuu harvoin 2009 (2005) %	3 Toteutuu lähes aina 2009 (2005) %	4 Toteutuu täysin 2009 (2005) %	Ei koskenut vastajaa 2009 (2005) %	Ei vastausta 2009 (2005)%
39. Kirjaan yhdessä potilaan, omaisen, moniammatillisen työryhmän kanssa laaditut hoitotyön tavoitteet ka 2,9 (ka 3,0)	5 (3)	29 (27)	41 (39)	23 (27)	0 (2)	2 (1)
40. Kirjaan potilaan omat tavoitteet ka 2,5 (ka 3,0)	12 (2)	36 (22)	39 (44)	9 (27)	0 (4)	4 (1)
41. Kirjaan omaisen tavoitteet ka 2,2 (ka 2,5)	18 (5)	48 (45)	24 (36)	7 (10)	0 (2)	3 (1)
42. Kirjaan tavoitteet yksilöllisesti ka 3,3 (ka 3,2)	1 (1)	11 (9)	49 (56)	37 (31)	0 (1)	2 (2)
43. Kirjaan hoitotyön päätavoitteen realistisesti aikatauluun sidottuna ka 2,9 (ka 2,8)	4 (3)	23 (27)	49 (56)	22 (10)	0 (3)	2 (1)
44. Kirjaan päivittäiset tavoitteet ja välitavoitteet ka 2,7 (ka 2,8)	4 (3)	36 (31)	46 (46)	12 (16)	0 (2)	2 (2)

### 7.2.5 Hoitotyön auttamismenetelmä

Sairaanhoitajat kirjaavat paremmin kuin vuonna 2005 millaista huolenpitoa potilaat tarvitsevat päivittäisissä toiminnoissa. Vuonna 2009 ne kirjasi yli puolet sairaanhoitajista, kun vastaavasti edellisessä kyselyssä prosentti jäi 42:een. Sähköiseen kirjaamiseen siirryttyä potilaan itsehoidon vahvistamiseen käytetyt keinot sekä potilaan ymmärtämisen ohjauksen ja tarvittavien jatko-ohjeiden ja niiden kertaamisen kirjaaminen on heikentynyt vuodesta 2005. Sairaanhoitajista vajaa kaksi viidesosa kirjaa tämän aina, kun vuonna 2005 niitä kirjasi kolmasosa sairaanhoitajista. Potilaan tarvitsemien

ylimääräisten lääkkeiden ja niiden vaikutusten kirjaamisessa ei ole tapahtunut muutosta edelliseen kyselyyn verrattuna. Uudessa kyselyssä oli väittämä tarvittavien lääkkeiden kirjaamisesta. Sairaanhoitajista reilu kaksi kolmesta kirjaa aina potilaan tarvittavat lääkkeet ja kymmenesosa sairaanhoitajista kirjaa ne lähes aina. (Taulukko 6.)

**Taulukko 6. Hoitotyön auttamismenetelmä (2009 n=165, 2005 n=190)**

Väittämä	1 Ei toteudu lainkaan 2009 (2005) %	2 Toteutuu harvoin 2009 (2005) %	3 Toteutuu lähes aina 2009 (2005) %	4 Toteutuu täysin 2009 (2005) %	Ei koskenut vastaajaa 2009 (2005)%	Ei vastausta 2009 (2005) %
45. Kirjaan millaista huolenpitoa potilaani tarvitsee päivittäisissä toiminnoissa? ka 3,4 (ka 3,3)	1 (1)	3 (5)	42 (51)	53 (42)	0 (1)	1 (0)
46. Kirjaan millaisia kliinisiä tai teknisiä toimenpiteitä potilaan hoito edellyttää ka 3,4 (ka 3,4)	3 (0)	6 (6)	43 (41)	47 (49)	0 (3)	1 (1)
47. Kirjaan potilaan itsehoidon vahvistamiseen käytetyt keinot ka 2,9 (ka 3,2)	4 (1)	18 (11)	57 (56)	17 (31)	0 (1)	4 (0)
48. Kirjaan millaista ohjausta ja mitä materiaalia potilas on saanut ka 3,4 (ka 3,4)	3 (0)	3 (10)	48 (42)	43 (46)	0 (2)	3 (0)
49. Kirjaan miten potilas on ymmärtänyt ohjauksen ja tarvitseeko hän jatko-ohjausta tai kertaamista ka 2,9 (ka 3,1)	4 (1)	18 (14)	57 (53)	17 (29)	0 (2)	4 (1)
50. Kirjaan millaisia kuntouttavia menetelmiä potilaan hoidossa on käytetty ka 3,1 (ka 3,0)	3 (0)	11 (21)	59 (54)	24 (20)	0 (4)	3 (1)
51. Kirjaan omaisten osallistumisen hoitoon ka 3,3 (ka 3,4)	2 (0)	10 (9)	48 (42)	38 (46)	0 (1)	2 (2)
56. Kirjaan potilaan tarvitsemat ylimääräiset lääkkeet ja niiden vaikutukset ka 3,8 (ka 3,8)	1 (0)	1 (2)	10 (13)	86 (84)	0 (0)	2 (1)
56. a) Kirjaan potilaan tarvittavat lääkkeet ka 3,8	1	5	27	65		2

### 7.2.6 Hoitotyön arviointia

Sähköisesti kirjatessa sairaanhoitajista kolmasosa kirjaa harvoin hoitotyön arviointia hoitajan omasta näkökulmasta potilaan hoidon edistymisestä. Kirjaaminen on heikentynyt tässä asiassa 18 %. Kirjatessa omaisten arviota potilaan hoidon edistymisestä kirjaaminen on yksi neljäsosa parempaa vuoden 2009 perusteella kuin aikaisemmin vuonna 2005. Lääkärikierrolla keskustellut asiat ilmoitetaan kirjattavan merkittävästi heikommin kuin vuonna 2005. Sairaanhoitajista 38 % ilmoitti kirjaavansa aina lääkärikierrolla asiat, kun aikaisemmin sen teki lähes neljä viidestä sairaanhoitajasta. Uudessa kyselyssä kysyttiin sairaanhoitajilta, kuinka he kirjaavat arviota lääkkeiden vaikutuksista. Heistä kahdeksan kymmenestä kirjaa lähes aina tai aina arviota lääkkeiden vaikutuksesta.

Sairaanhoitajista viidesosa tekee väliarviointia potilaan hoidossa aina tilanteen muuttuessa, vastaavasti sen kirjasi joka kolmas sairaanhoitaja vuonna 2005. Nyt uutena väittämänä sairaanhoitajilta kysyttiin hoitosuunnitelman päivityksestä. Hoitosuunnitelman päivittää lähes aina tai aina kahdeksan kymmenestä kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista. Omahoitajana vajaa kaksi kolmesta sairaanhoitajasta kirjaa harvoin tai ei ollenkaan väliarviota jäädessään vapaalle. Edellisellä keralla sen teki 35 % sairaanhoitajista. Sairaanhoitajista alle puolet kirjaa aina yhteistyöpalaverissa sovitut asiat. Vuonna 2005 vastaavasti hiukan yli kuusi kymmenestä teki sen.

Kaiken kaikkiaan sairaanhoitajista hiukan yli puolet kirjaa aina loppuarviointia potilaan siirtyessä kotiin, jatkohoitoon tai kuoleman kohdatessa. Tämä on parantunut sähköisen kirjaamisen myötä. Vuonna 2005 sairaanhoitajista 39 % vastaavasti kirjasi tiedot aina. Edellisen hoitajakson loppuarviointia ei hyödynnetä loppuarviointia tehdesä. Sairaanhoitajista alle kolmasosa jättää hyödyntämättä sen, kun aikaisemmin reilu kymmenes jätti sen toteuttamatta. Sähköisessä kirjaamisessa hoitokertomus pitäisi sulkea hoidon päätyttyä. Hoitajista kaksi kolmesta tekevät sen aina. Lähes aina reilu viidesosa lopettaa hoitokertomuksen.

Sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä sairaanhoitajat kirjaavat huomattavasti heikommin arviota hoitajaksoista ja potilaan senhetkisestä kunnosta kuin vuonna 2005. Sairaanhoitajista hiukan yli puolet kirjaavat nämä tiedot, kun aikaisemmin sen teki

sairaanhoitajista reilu kahdeksan kymmenestä. Potilaan lisäohjauksen tarpeesta sairaanhoitajat kirjaavat heikommin. Muutos huonompaan suuntaan on tullut 13 %.

Potilaan (ja omaisten) mielipidettä hoitajaksosta kirjataan vielä heikommin kuin vuonna 2005. Sairaanhoitajista lähes kuusi kymmenestä ei kirjaa ollenkaan tai tekee sen harvoin kun aikaisemmin se oli neljä kymmenestä. (Taulukko 7.)

**Taulukko 7. Hoitotyön arviointia (2009 n=165, 2005 n=190)**

Väittäjä	1 Ei toteudu lainkaan	2 Toteutuu harvoin	3 Toteutuu lähes aina	4 Toteutuu täysin	Ei koskenut vastaajaa	Ei vastusta
	2009 (2005) %	2009 (2005) %	2009 (2005) %	2009 (2005) %	2009 (2005) %	2009 (2005) %
52. Kirjaan kuvaillen hoidon vaikuttavuutta ka3,1 (ka 3,0)	3 (1)	18 (19)	47 (58)	29 (21)	0 (0)	3 (1)
53. Kirjaan potilaan arviointia hoidon edistymisestä ka2,9 (ka2,9)	1 (2)	32 (27)	38 (49)	27 (20)	0 (2)	2 (0)
54. Kirjaan hoitajan arviointia hoidon edistymisessä ka3,2 (ka 3,2)	4 (1)	28 (10)	38 (55)	28 (32)	0 (1)	3 (1)
55. Kirjaan omaisen arviointia hoidon edistymisestä ka 2,5 (ka 2,7)	4 (2)	32 (37)	29 (48)	34 (10)	0 (2)	2 (1)
56. b) Kirjaan arviointia lääkkeen vaikutuksessa ka3,2	2	17	55	25		1
57. Kirjaan lääkärin kierrolla keskustellut asiat ka3,2 (ka 3,8)	1 (0)	16 (2)	42 (12)	38 (79)	0 (6)	3 (1)
58. Teen väliarviointia aina tilanteen muuttuessa ka2,9 (ka 3,1)	3 (2)	22 (16)	55 (51)	18 (28)	0 (2)	2 (1)
58. a) Huolehdin potilaan hoitosuunnitelman päivityksestä ka3,3	2	16	55	26		1
59. Teen väliarviointia omahoitajana jäädessäni vapaalle ka2,4 (ka 2,8)	12 (5)	48 (30)	32 (33)	6 (25)	0 (6)	2 (1)
60. Teen väliarviointia kerran viikossa ka 2,2 (ka 2,5)	18 (11)	48 (38)	24 (30)	7 (11)	0 (9)	3 (1)
<i>Taulukko7 jatkuu sivulla 27</i>						

62. Kirjaan yhteistyöpalaverin jälkeen sovitut asiat ka3,2 (ka 3.6)	5 (1)	10 (7)	36 (22)	45 (61)	0 (7)	4 (2)
64. Loppuarviointi: teen aina potilaan siirtyessä kotiin, jatkohoitoon tai kuoleman kohdatessa ka3,3 (ka 3,2)	2 (9)	13 (11)	33 (33)	51 (39)	0 (6)	1 (2)
65. Teen loppuarvioinnin käyttämällä hyödyksi edellisen jakson loppuarviointia ka2,1 (ka 2.4)	27 (14)	38 (32)	21 (30)	10 (10)	0 (12)	4 (2)
65. a) Lopetan hoitokertomuksen hoidon päätyttyä ka 3,5	3	7	24	66	0	0
67. Kirjaan mihin potilas siirtyy ka 3,9 (ka 3,8)	1 (1)	1 (2)	11 (12)	87 (82)	0 (2)	0 (1)
68. Kirjaan arvion hoitajaksosta ja potilaan sen hetkisen kunnon ka3,4 (ka 3,5)	1 (1)	8 (2)	38 (12)	52 (82)	0 (2)	1 (1)
69. Kirjaan mihin tavoitteisiin ei päästy ja syyn siihen ka2,5 (ka 2.6)	10 (8)	45 (36)	33 (35)	9 (14)	0 (4)	3 (3)
70. Kirjaan potilaan lisäohjauksen tarpeen ka3,0 (ka 3,1)	3 (4)	18 (11)	58 (47)	20 (33)	0 (3)	1 (2)
71. Kirjaan potilaan jatkohoidon tarpeen, tarvittavat kontrollit ja apuvälineet ka3,3 (ka 3.5)	2 (1)	5 (5)	40 (32)	52 (54)	0 (6)	1 (2)
72. Kirjaan potilaan (ja omaisen) mielipiteen hoitajaksosta ka2,4 (ka 2,7)	9 (3)	49 (37)	33 (40)	6 (14)	0 (3)	3 (3)

### 7.3 Sairaanhoitajien arviointia sähköisen kirjaamisen laadusta

Vuoden 2009 kyselyssä kysyttiin uutena väittämänä mielipidettä siitä, onko sähköinen kirjaaminen tuonut sairaanhoitajien mielestä laatua hoitotyön kirjaamiseen. Tämän kokonaisuuden keskiarvo oli 2.8 %. Vastanneista sairaanhoitajista yli puolet oli melkein samaa mieltä siitä, että sähköinen kirjaaminen on tuonut laatua hoitotyön kirjaamiseen. Sairaanhoitajista lähes kahden viidesosan mielestä sähköinen kirjaaminen tuo laatua hoitotyön kirjaamiseen. Saman verran sairaanhoitajista oli vain osittain samaa mieltä ko. asiasta. Eri mieltä sähköisen kirjaamisen laadusta oli vajaa kymmenesosa

sairaanhoidajista. Sairaanhoidajat halusivat tuoda ilmi mielipiteensä asiasta, koska kukaan ei jättänyt väittämään vastaamatta. (Taulukko 8.)

**Taulukko 8. Mielestäni sähköinen kirjaaminen on tuonut laatua hoitotyön kirjaamiseen (2009 n=165)**

Väittäjä	1 Eri mieltä 2009 %	2 Osittain samaa mieltä 2009 %	3 Melkein samaa mieltä 2009 %	4 Täysin samaa mieltä 2009 %	Ei koskenut vastaajaa 2009 %	Ei vastausta 2009 %
73. Mielestäni sähköinen kirjaaminen on tuonut laatua hoitotyönkirjaamiseen. ka 2,8	8	21	53	18	0	0

#### 7.4 Yhteenveto tuloksista

Sähköiseen kirjaamiseen siirryttyä noin kaksi kolmasosaan väittämistä ei ollut tullut juurikaan muutoksia vuoden 2009 kyselyn myötä. Kirjaaminen on parantunut kaiken kaikkiaan viidessä väittämässä ja heikentynyt kaikkiaan 27 väittämässä. Vuoden 2009 kyselyssä oli kaksi tarkentavaa väittämää edellisen kyselyn kahteen väittämään sekä kolme uutta väittämää, jotka käsittelivät sähköisen kirjaamisen myötä tullutta hoitotyön kirjaamiseen muutosta. Näiden väittämien tulokset eivät ole suoraan verrattavissa aikaisempiin tuloksiin. Vuoden 2009 kyselyn viimeinen väittäjä kosketti sairaanhoidajien mielipidettä sähköisestä kirjaamisesta.

Muutosta parempaan oli seuraavissa väittämässä:

1. Kirjaan jokaisesta hoitamastani potilaasta työvuoroni aikana
2. Kirjaan hoitotyön päätavoitteet realistisesti aikatauluun sidottuna
3. Kirjaan millaista huolenpitoa potilaani tarvitsee päivittäisissä toiminnoissa
4. Kirjaan omaisen arviointia hoidon edistymisestä
5. Loppuarviointi: teen aina potilaan siirryttyä kotiin, jatkohoitoon tai kuoleman kohdatessa

Tämän kyselyn mukaan huomattavaa on, ettei sähköisen kirjaamisen myötä yhdessäkään tulotilanteen väittämässä ollut tapahtunut muutosta parempaan. Tulotilanteen kirjaaminen oli heikentynyt lähes kaikissa väittämässä:

1. Kirjaan potilaan kotilääkityksen
2. Kirjaan potilaan käyttämät apuvälineet

3. Kirjaan tietoja potilaan asumisolosuhteista
4. Kirjaan tiedot potilaan ulkopuolisesta avuntarpeesta ja mahd. yhteystiedot
5. Kirjaan potilaan mukana olevan omaisuuden
6. Kirjaan potilaan oman käsityksen hoitoon tulon syystä
7. Kirjaan tietävätkö omaiset potilaan hoitoon tulosta ja syystä
8. Kirjaan potilaan asenteesta yleensä elämään
9. Kirjaan potilaan henkiset voimavarat
10. Kirjaan potilaan harrastuksista

Hoitotyön arvioinnissa kirjaaminen oli heikentynyt myös useassa väittämässä, joita oli yhdeksän:

1. Kirjaan hoitajan arviointia hoidon edistymisestä
2. Kirjaan lääkärin kierrolla keskustellut asiat
3. Teen väliarviointia aina tilanteen muuttuessa
4. Teen väliarviointia omahoitajana jäädessäni vapaalle
5. Kirjaan yhteistyöpalaverin jälkeen sovitut asiat
6. Teen loppuarvioinnin käyttämällä hyödyksi edellisen jakson loppuarviointia
7. Kirjaan arvion hoitojaksosta ja potilaan sen hetkisen kunnon
8. Kirjaan potilaan lisäohjauksen tarpeen
9. Kirjaan potilaan (ja omaisen) mielipiteen hoitojaksosta

Muuten muutosta huonompaan oli tapahtunut väittämissä, jotka olivat:

1. Kirjaan potilaspapereihin omahoitajan nimen
2. Kirjaan lääkemutokset, tutkimukset ja hoitolinjat
3. Kirjaan hoitotyön tarpeet potilaan/omaisen/hoitajan kokemana ja havaitsemana
4. Kirjaan potilaan omat tavoitteet
5. Kirjaan omaisen tavoitteet
6. Kirjaan potilaan itsehoidon vahvistamiseen käytetyt keinot
7. Kirjaan miten potilas on ymmärtänyt ohjauksen ja tarvitseeko hän jatko-ohjausta tai kertaamista
8. Tarkistan omaisten ja läheisten yhteystiedot

Sähköisen kirjaamisalustan tuoman muutoksen myötä sairaanhoitajista lähes kaikki kirjaavat lähes aina tai aina näiden uusien väittämien asiat. Väittämät olivat:

1. a). Kuittaaan vuorossani toteutetut lääkärin määräykset

2. 58. a) Huolehdin potilaan hoitosuunnitelman päivityksestä
3. 65. a) Lopetan hoitokertomuksen hoidon päätyttyä

Tarkentavien väittämien kohdalla sairaanhoitajat kirjaavat lähes aina tai aina aikaisemmat sairaudet, tarvittavat lääkkeet ja arvioivat lääkkeen vaikutusta yhtä hyvin kuin aikaisemminkin. Näissä ei ollut tapahtunut muutoksia suhteessa alkuperäiseen väittämään. Ainostaan aikaisemmat sairaalajaksot kirjataan huomattavasti huonommin kuin vuonna 2005.

Tarkentavat väittämät olivat:

18. Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaudet ja hoitajaksot
  1. 18. Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaudet
  2. 18.a) Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaalajaksot
56. Kirjaan potilaan tarvitsemat ylimääräiset lääkkeet ja niiden vaikutukset
  1. 56. a) Kirjaan potilaan tarvittavat lääkkeet
  2. 56. b) Kirjaan arviointia lääkkeen vaikutuksesta

Kolme viidestä sairaanhoitajasta olivat melkein tai täysin samaa mieltä, että sähköinen kirjaaminen on tuonut laatua hoitotyön kirjaamiseen. Väittäjä sähköisen kirjaamisen laadusta:

1. Mielestäni sähköinen kirjaaminen on tuonut laatua hoitotyön kirjaamiseen.

## 8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 8.1 Tulosten luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tuloksia valiteetin näkökulmasta eli onko kyselyssä mitattu juuri sitä mitä on haluttu. Teoreettiselta rakenteeltaan käyttämäni mittari oli kattava, koska kyselyssä hoitotyön kirjaamista käsiteltiin laaja-alaisesti ja monipuolisesti. Kyselyssä oli otettu huomioon koko kirjaamista käsittelevä aineisto. Esitetasin kyselyn pienellä joukolla. Tarkoituksena oli saada kyselystä mahdollisimman luotettava ja toimiva. (Kts. esim. Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 152–154.)

Tässä kyselyssä sisältövaliditeettia arvioidessa käytössä ollut mittari ei antanut täysin tarkkaa kuvaa vastauksista. Kyselyyn valitun 4-asteisen Likert-luokittelun väittämässä oli kirjausvaihtoehdot: toteutuu harvoin ja toteutuu lähes aina. Joidenkin väittämien kohdalla näihin kirjattiin lähes saman verran vastauksia kumpaankin vastausvaihtoehtoon. Näiden samojen väittämien kohdalla kirjattiin vaihtoehtoihin: ei toteudu lainkaan ja toteutuu aina huomattavasti vähemmän. Näin ollen näistä vastauksista ei saatu tarkkaa kuvaa, toteutuiko kyseessä oleva kirjaus harvoin vai lähes aina. Olivatko näiden vastausvaihtoehdot liian lähellä toisiaan? Olisiko näiden vastausvaihtoehtojen väliin pitänyt laittaa lisävastausvaihtoehto, jotta olisi saatu tietoa kirjauksen toteutumisesta. (Vrt. esim. Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 152–158.)

Sisältövaliditeettia arvioidessa oli yhden väittämän kohdalla myös epäselvyyttä vastauksen luetettavuudessa, joten jätin väittämän (22) kokonaan pois analysoinnista. Väittämästä ei saanut tietoa, onko vuoden 2005 kyselyssä tapahtunut tietotekninen virhe vai jonkin muun seikan vuoksi väittämän kaikissa kohdissa oli tulos 0. Jos vuonna 2005 kukaan ei olisi vastannut ko. väittämään, niin sarakkeeseen ei vastausta olisi pitänyt tulla jonkinlainen tulos. Näin ollen tulosta ei voi pitää luotettavana.

Ulkoinen validiteetti on kyseenalainen tässä kyselyssä. Kyselyllä saatuja tuloksia ei voida kuitenkaan yleistää ulkopuoliseen perusjoukkoon koskemaan jokaisten vuodeosastojen sairaanhoitajien kirjaamiskäytäntöä, koska vastausprosentti jäi kovin alhaiseksi. Ei tiedetä, kuinka paljon sairaanhoitajien mielipide vaikutti vastaamiseen tai vastaamatta jättämiseen ja oliko muita syitä, jotka vaikuttivat heikkoon vastausaktiiviteettiin. Tuloksia ei voida myöskään yleistää koskemaan kaikkia sairaanhoitopiirejä. Tulokset ovat kuitenkin suuntaa-antavia tämän sairaalan käytännöistä kirjata sähköisesti. Kyselyn vastaukset ovat yhteneväisiä ja näin ollen luotettavia ja joita voidaan hyödyntää sähköisen hoitotyön kirjaamisessa sairaalan vuodeosastoilla. Kyselyn kautta saatiin tietoa siitä, mihin kirjaamisessa pitäisi enemmän kiinnittää huomiota jatkossa vuodeosastojen sairaanhoitajien hoitotyön kirjaamisessa. (Kts. esim. Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 152–158.)

Tehdessäni opinnäytetyötä olen pyrkinyt noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita. Tutkimuseetiikan mukaisesti opinnäytetyölleni perusteluina oli, että se olisi ajankohtainen, itselle merkityksellinen ja hyödyllinen isommalle joukolle. Opinnäytetyölläni en ole halunnut aiheuttaa kenellekään tarpeetonta haittaa. Jokaisella kyselyyn vastanneel-

la on ollut itsemääräämisoikeus vastaamiseen, joka on yksi tutkimuseettinen lähtökoh- ta. Kyselyyn osallistuminen on ollut vapaaehtoista kaikille sairaanhoitajille. (Kts. esim. Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 156–157.)

Saatekirjeessä oli yhteystiedot, jotta jokaisella oli mahdollisuus esittää kysymyksiä kyselyn lähettäneeltä. Saatekirjeessä kerrottiin kyselyyn osallistujille, että vastataan nimettömänä ja että missään vaiheessa ei yksittäisiä vastaajia pystytä erottamaan tut- kimuksen raportoinnista. Opinnäytetyön tekemisessä tämä anonymiteetti on keskei- nen huomioitava asia. Koko opinnäytetyön prosessin aikana mikään tieto ei ole joutu- nut ulkopuolisille. Olen pyrkinyt analysoimaan tulokset mahdollisemman luotettavasti ja välittämään tutkimustulokset ilman omaa näkökulmaani asiaan. Tulosten ei ole ollut tarkoitus tuottaa kenellekään vahinkoa ja kenenkään ihmisarvoa ei ole loukattu. (Kts. esim. Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 172–173.)

## 8.2 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli saada tietoa, kuinka sairaanhoitajien hoitotyön kir- jaaminen on muuttunut sähköisen kirjaamisen myötä. Tavoitteena oli selvittää, mihin kirjaamisessa pitäisi kiinnittää huomiota ja mitä asioita pitäisi kehittää hoitotyön suunnitelman kirjaamisessa sähköisessä muodossa. Tutkimuskysymykset olivat: 1. Mitä sairaanhoitajat kirjaavat hoitotyön yleisiin kriteereihin? 2. Kuinka hoitotyön suunnitelman mukainen kirjaaminen toteutuu sähköisessä muodossa? 3. Miten sai- raanhoitajat arvioivat sähköisen kirjaamisen tuomaa muutosta, kun manuaalisesta kir- jaamisesta on siirrytty sähköiseen kirjaamiseen?

Sairaanhoitajilla on vastuu raportoida tekemästään työstä ja siitä seuranneesta toimin- nasta (Hallila 2005, 11). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (2010) suo- situs sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskeva laki velvoittaa, että kirjaus- ten pitää tukea potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Potilaan hoitoon vaikuttavat tiedot on oltava kaikkien sairaanhoitajien ja muiden hoitoon osallistuvien nähtävillä Näin tiedot kulkevat eri ammattiryhmien välillä ja hoidon laatu paranee. Tämä edesauttaa sitä, että potilaan hoidossa ei tehdä päällekkäisiä asioita. Potilaan tietoja tarvitaan hyvän hoidon toteuttamisessa. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavi- rasto 2010, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/ 1994.) Tämän kyselyn tu- losten perusteella sairaanhoitajat kirjaavat hoitotyön yleiset kriteerit pääsääntöisesti

hyvin. Sähköisen kirjaamisen hyödyt tulevat esille siinä, että sairaanhoitajat kirjaavat merkittävästi useammin jokaisesta potilaastaan työvuoronsa aikana kuin manuaalisesti vuonna 2005. Tämä kertoo siis siitä, että sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä sairaanhoitajien vastuullinen toiminta kirjaamisessa on lisääntynyt.

Perälä ja Liimatainen (2009) ovat tehneet opinnäytetyön yksilövastuisesta hoitotyön toteutumisesta Keski- Suomen keskussairaalan syöpätautien vuodeosastolla hoitohenkilökunnan arvioimana. Heidän tutkimustulosten pohjalta hoitajille ei ollut selvää mihin omahoitajan nimi merkitään sähköisessä kirjaamisessa. Tämä sama asia näkyi tämän kyselyn tutkimustuloksissa. Omahoitajanimen kirjaaminen oli huonontunut huomattavasti sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä. Kyselyn tuloksen heikentymisen syynä on siis muutamia syitä, mm. sähköisestä kirjaamisalustasta ei löydy kohtaa mihin asian voisi kirjata tai osittain sähköisen kirjaamisen rinnalla on ollut käytössä manuaalinen kirjaaminen

Sähköisessä kirjaamisenalussa on paljon asioita, mitkä ohjaavat sairaanhoitajaa hoitotyön kirjaamisessa. Kansallisen terveystietokannan osahanke on määritellyt potilaskertomuksen ydintiedot, jolloin kirjaamisenalustalle kirjautuu automaattisesti potilaan ja hoidon antajan; lähete sekä hoitajakson ja -tapahtuman tunnistetiedot (Ensio & Saranto 2004, 38). Tässä kyselyssä kävi ilmi, että hoitosuunnitelman taustatietojen kirjaamisessa omaisten ja läheisten yhteistietojen tarkistaminen on huonontunut merkittävästi vuodeosastoilla sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen jälkeen. Kirjaamisen käytäntö on muuttunut sähköisen kirjaamiseen siirryttyä. Potilastietoja on kirjattu toisessa paikassa ennen vuodeosastolle tuloa: esim. päivystyksessä, missä on kirjattu lähetetiedot, mistä potilas on tullut ja kysytty omaisten yhteystiedot. Nämä ko. taustatiedot näkyvät sähköisesti tietokoneella, kun potilas kirjataan sisään vuodeosastolle. Tämä voi olla osa syynä siis siihen, että niiden kirjaaminen on heikentynyt vuodeosastolla. Tulos ei kuitenkaan pois sulje sitä, etteikö taustatiedot tarkasteta ja kirjata ennen jatkohoitoon siirtymistä. Sitten ne näkyvät jo valmiiksi jatkohoidon potilastiedoissa. Manuaalisessa kirjaamisessa tiedot eivät ole automaattisesti siirtynyt potilaan papereiden mukana, jolloin aikaisemmin yhteystiedot tarkastettiin useammin.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 11§ mukaan potilaskertomukseen on merkittävä keskeiset hoitotiedot, joista on tultava esille mm. tulosy, esitiedot, nykytila, havainnot, johtopäätökset, hoidon suunnittelu. Kärkkäisen artikkelissa potilas keskeinen

hoitotyön kirjaaminen on kuvattu Erikssonin hoitoprosessimallin pohjalta tulotilanteen arvioinnin rakennetta, jonka tarkoituksena on perustua potilaan hyvään hoitoon. Tulotilanteessa tulisi huomioida: 1. potilaan tai läheisen kokemus ja näkemys potilaan terveydestä ja voimavaroista: oma terveyden kokeminen, henkiset voimavarat, fyysinen terveys sekä 2. hoitajan huomiot ja päätelmät potilaan tilasta: somaattinen tila, henkiset voimavarat, ympäristötekijät, asuminen ja tuen tarve. (Kärkkäinen 2007, 92–94.)

Tässä kyselyssä tulotilanteessa vaadittavien keskeisten tietojen kirjaaminen oli heikentynyt useassa asiassa. Apuvälineet, asumisolosuhteet, ulkopuolisen avuntarpeen ja mahdolliset yhteistiedot sekä omaisuus kirjataan heikommin ja jo vuonna 2005 kirjaaminen oli heikkoa. Kirjaaminen oli huonoa myös potilaan ja omaisen käsityksestä hoitoon johtaneesta tulosta ja syystä, henkisistä voimavaroista ja asenteesta yleensä elämään. Potilaan aikaisemmat sairaudet otetaan huomioon sähköisesti kirjatessa. Hoitotyön suunnitelman tulotilanteen tietojen kirjaamiseen pitäisi kiinnittää huomiota. Potilas tulee ottaa mukaan omaan hoitoonsa heti tulotilanteessa, jolloin pystytään toteuttamaan potilaan laadukas yksilöllinen hoito.

Kyselyn tulosten mukaan tulotilanteessa myös potilaan kotilääkityksen sekä lääke- muutosten kirjaaminen oli heikentynyt. Sähköisestä kirjaamisalustasta löydy kohtaa mihin asian voisi kirjata tai osittain sähköisen kirjaamisen rinnalla on ollut käytössä manuaalinen kirjaaminen. Tähän tilannetta parantamaan on otettu käyttöön Sähköiseen kirjaamisalustaan uusi lääke- ja osastolääkityslehti lokakuun alussa vuonna 2010.

Tavoitteiden asettelussa potilaan osallistumien omaan yksilölliseen hoitoonsa ja siihen koskevaan päätöksentekoon on tärkeää. Jos potilaan hoitotyön tavoitteet tehdään ilman potilaan suostumusta tai ettei hän ole niistä tietoinen, on hänellä itsemääräämisoikeuden perusteella olla hyväksymättä niitä. Potilaan omaa näkökulmaa ja mielipiteitä huomioon ottaen saadaan potilas sitoutumaan hoitoonsa paremmin. (Hallila 1998, 73) Kyselyn tulosten perusteella huolestuttavaa on se, ettei potilaan omia tavoitteita oteta huomioon. Yksilövastuinen ja potilaskeskeinen hoitotyö jää siis toteutumatta. Myöskään omaisten tavoitteita ei kirjata tai ne kirjataan harvoin, mutta heidän arviota hoidon edistymisestä otetaan huomioon huomattavasti paremmin. Onko tämä kehitys parantunut sähköisestä kirjaamisesta vai ovatko potilaat huonokuntoisempia kuin aikaisemmin. Vaikuttaako tulokseen myös, että omaiset ovat aktiivisempia ja tietoisempia potilaan hoidosta ja osallistuvat paremmin hoidon arviointiin.

Vastuullisuus tavoitteiden kirjaamisessa oli parantunut, koska päätavoitteet kirjataan paremmin realistisesti aikatauluun sidottuna. Näin potilaan tiedot ovat kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla. Asiassa on hyvää, että tiedot ovat kaikkien käytössä potilaan turvalliseen hoitoon sekä hoidon jatkuvuuteen. Näitä tietoja tarvitsee hyvän hoidon toteuttamisessa.

Tuomikosken (2008) tutkimustulosten yhteenvedon mukaan hoitotyön minimivaatimuksien mukainen kirjaaminen oli heikkoa ravitsemuksen liittyvän avun tarpeen, lääkehoidon vaikuttavuuden, ohjauksen ja emotionaalisen tuen tarpeen ja toteutuksen kirjaamisessa. Tämä kyselyn tulokset olivat suurelta osin samansuuntaisia Tuomikosken tutkimustulosten kanssa eli hoitotyön auttamismenetelmien kirjauksissa toteutuu vain minimi. Potilaan itsehoidon vahvistamiseen käytettyjä keinoja ja potilaan ymmärtäminen ohjauksesta ja tarpeesta sekä jatko-ohjeiden kertaamisesta sekä arvioida lisäohjauksen tarpeesta oli heikkoa. Lääkehoidon osalta sairaanhoitajat kirjaavat usein aina tarvittavat lääkkeet, mutta ei arviota niiden vaikutuksista. Sairaanhoitajien kirjaaminen oli parantunut potilaan tarvitsemassa huolenpidossa päivittäisissä toiminnoissa. Hoitotyön auttamismenetelmiä käyttäen sairaanhoitajat auttavat edistämään potilaan terveyttä. Hoitotyön kirjauksista tulee ilmetä valittujen hoitojen ja hoitoratkaisujen perustelut sekä kuinka ko. toimenpiteeseen on päädytty. Mitä on hyvä hoitotyön?

Hoitotyön arviointia tapahtuu jokaisessa hoitotyön suunnitelman vaiheessa. Kirjaamisen tulisi olla siltä osin jatkuvaa ja monipuolista. (Ensio & Saranto 2004, 43). Rönkkä ja Väisänen (1998, 98–99) mainitsevat artikkelissaan useita tutkimuksia, että arviointi hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa on puutteellista. Potilaan vointia arvioidaan kaiken aikaa, mutta sen kirjaaminen tuntuu hankalalta. Sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen jälkeen hoitotyön arvioinnin kirjaaminen on heikentynyt, joka käy ilmi opinnäytetyöni tuloksista. Sairaanhoitajat arvioivat potilaan hoidon edistymistä harvemmin sekä hoitajaksosta ja potilaan sen hetkisestä kunnosta kirjataan harvemmin. Potilaan mielipidettä hoitajaksosta ei kirjata lähes ollenkaan.

Perälän ja Liimataisen opinnäytetyössä kävi ilmi myös, että osastolla harvoilla potilailla oli omahoitaja. Hoitajat kyllä arvioivat olevansa sitoutuneita yksilövastuuseen hoitotyöhön kollegoitaan paremmin, mutta yksilövastuuseen hoitotyön toimintamalli ei

ole selkeä. Heiltä puuttuivat yhteiset pelisäännöt omahoitajuuden toteuttamisesta. Omien potilaiden ottamisessa ja omahoitajuuden tärkeäksi kokemisessa oli vaihtelua. Tämä näkyy oman opinnäytetyöni tuloksissa, koska väliarviota yleensäkin ei tehdä usein, mutta omahoitajan arviota potilaan tilanteesta tehdään hyvin harvoin tai ei ollenkaan. Kyselyn tuloksen heikentymisen syynä on siis muutamia syitä; sähköisestä kirjaamisalustasta ei ohjaa tai ei ole kohtaa mihin asian voisi kirjata ja osittain sähköisen kirjaamisen rinnalla on ollut käytössä manuaalinen kirjaaminen sekä sairaanhoitajat ovat ko. asian kirjaamisesta epätietoisia. Tähän asiaa pitäisi kehittää ja kiinnittää huomiota jatkossa.

Sairaanhoitajilta tarvitaan ammattitaitoa laatia tarpeeksi kattava ja tietosisältöinen jatkohoitovierailu hoidon loputtua. Rönkön ja Väisäsen (1998, 100) artikkelissa on tutkimuksista, joiden pohjalta hoitohenkilökunnalta puuttuu ammattitaitoa laatia riittävän toimivia jatkohoitolähetetteitä. Syyksi todetaan kiire siirtää potilas jatkohoitoon. Yhteenvetona muodostavat lääkärin epäkriisi ja hoitajan hoitajakson kuvauksen. Hoitajien kokonaisarvio potilaan hoidosta on tärkeä jatkohoidon onnistumisen käynnistyessä. Kyselyssäni sairaanhoitajat kirjasivat loppuarviointia useammin sähköisen kirjaamisen myötä kuin vuonna 2005 manuaalisesti. Helpottaako sähköinen kirjaamisalusta tekemään loppuarviointia, koska sähköisessä tavassa hoidon loputtua pitäisi lopettaa senkertainen hoitokertomus. Tulosten mukaan tämän lopettaa suurin osa sairaanhoitajista hoidon päättyä. On osastokohtaisia eroja käytännöissä.

Sähköinen kirjaaminen on vaikuttanut mm. potilasasiakirjojen laadintaan ja käyttöön. Lääkärikerroille voi ottaa mukaan kannettavan tietokoneen ja kirjata hoitomääräyksiä, tarkistaa potilasta koskevia asioita sekä päivittää potilastietoja ja lääkemääräyksiä. Sairaanhoitajat ovat ottaneet hyvin käyttöön sähköisen kirjaamisalustan muutokset. Kyselyn tulosten mukaan toteutetut lääkärin määräykset kuitataan työvuorossa hyvin. Sähköisen kirjaamisen Lääkärin määräykset eivät jää ”roikkumaan” epämääräisinä seuraavan työvuoron sairaanhoitajalle, jolloin niitä ei tarvitse uudelleen tarkastaa onko määräykset jo toteutettu ja aikaa jää muihin tärkeisiin asioihin. Sairaanhoitajat päivittävät potilaan hoitosuunnitelmaa. Potilas saa ajan tasaista ja oikeaa hoitoa.

Lounaisfloridalaisessa Magnet-sairaalassa Linda E. Moodyn ym. tekemässä (2004) kuvailevassa tutkimuksessa hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta enemmistö hoitajista (64 %) olisi kirjannut hoitotietoja sängyn vieressä, mutta ympäristö- ja menetelmäes-

teet usein estivät tämän toiminnan. Rahkosen (2007, 63) tutkimuksessa oli samansuuntaisia tuloksia, että tekniset ongelmat estävät ja hankaloittavat tietojärjestelmän käyttöönottoa ja tekniset ongelmat vievät työaika. Hartikaisen (2008) tutkimuksessa kuitenkin todetaan, että ”haastateltavat kokivat hyväksi, jos tietokone on auki raportilla, sillä siitä voidaan yhdessä tarkastella potilaantietoja ja vuoroon tuleva hoitaja voi tarvittaessa kysyä ja tarkentaa potilasta koskevia asioita.” Tämän kyselyn tulosten perusteella kirjaaminen lääkärikieroilla keskustelluista asioista oli heikentynyt. Tietotekniikan esteet ja toimimattomuudet sekä uudet käytännöt sekä osastokohtaiset erot ovat siis vielä esteenä uudennlaiselle käytännölle.

Tässä opinnäytetyössä on käyty läpi sähköisen kirjaamisen haasteita ja hyötyjä. Erilaisista tutkimuksista on tullut esille tietotekniset ohjelmat ohjelmissa ja laitteiden toimimattomuudessa. Niissä on käyty myös läpi henkilökunnan osaamattomuutta käyttää uutta tapaa kirjata sekä koulutuksen puutetta. Myös henkilökunnan asenne sähköistä kirjaamista kohtaan on ollut välinpitämätöntä. Tietotekniikan opettelussa tarvitaan aikaa. Tässä kyselyssä yli puolet sairaanhoitajista arvioi olevansa lähes samaa mieltä sähköisen kirjaamisen tuoneen laatua hoitotyön kirjaamiseen. Kuinka paljon kyselyn tulokseen vaikuttaa sairaanhoitajien osaaminen ja sähköinen kirjaamisen alustan tuomat muutokset kirjaamiseen sekä vielä osittain manuaalinen kirjaaminen sähköisen kirjaamisen rinnalla. Mikä merkitys on henkilöstön vaihtuvuudella ja vähäisellä koulutuksen järjestämisellä sairaanhoitajien mielipiteeseen sähköisestä kirjaamisesta.

### **8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet**

Oleellinen muutos sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä on se, että sähköisessä muodossa hoitotiedot löytyvät yhdestä paikasta, josta ne ovat helposti asianomaisten saatavilla. Kyselyn tulosten pohjalta näkisin, että hoitosuunnitelman kirjaaminen sähköisesti toimii melko hyvin ja täyttää yleisesti sille asetetut tämän hetkiset vaatimukset.

Näkisin, että kyselyn tuloksiin vaikuttavat osaksi hoitajien tietämättömyys lain, asetusten ja säädösten vaikutuksista kirjaamiseen ja sähköisen kirjaamisen alustan puutteet sekä osaksi henkilökunnan puutteelliset taidot kirjata ja puutteelliset atk-aidot. Sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto ei takaa vielä uusien toimintatapojen omaksumista organisaatiossa. Tässä vaiheessa olisikin ehkä tarpeellista herättää kes-

kustelua aiheesta kuinka hoitotyön suunnitelma tulee laatia potilaalle. Kehitysmahdollisuutena näkisin, että sairaanhoitajille tarvittaisiin lisäkoulutusta ja motivointia sekä sitoutuvuutta sekä sähköiseen kirjaamiseen että hoitotyön suunnitelman kirjaamiseen.

Sähköinen hoitotyön kirjaaminen on ollut sairaanhoitajilla käytössä vasta vähän aikaa. Sähköisen kirjaamisen muutoksessa on mahdollisuus pohtia ja arvioida nykyisiä hoitotyön prosesseja ja käytänteitä. Tehdessämme yhteistyötä käyttäjien ja kehittäjien kanssa voimme hoitotyön kirjaamista kehittäen luoda sekä potilaalle että sairaanhoitajalle paremman hoitotyön arjen. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että sähköistä kirjaamisalustaa pitäisi kehittää ohjaamaan sairaanhoitajaa hoitotyön suunnitelman kirjaamisessa.

Seuraavien opiskelijoiden opinnäytetyön aiheita voisi olla mm. mitä sairaanhoitajat toivoisivat sähköiseltä kirjaamiselta ja millä menetelmillä saataisiin muutokset näkyviin kirjaamisessa.

## Lähdeluettelo

Asetus viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja hyvästä tiedon hallintatavasta 621/1999. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.08.2010

Ensio, Anneli & Häyrinen, Kristiina 2008. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen, Anna Liisa 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY: Oppimateriaalit Oy, 67-74.

Ensio, Anneli & Saranto, Kaija 2004. Suomen sairaanhoitajaliito ry. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.

Hallila Liisa 1998. Auttamismenetelmät hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.)Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy, 78-81.

Hallila Liisa 2005. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.)Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 23-35.

Hallila Liisa 1998. Hoitotyön kirjallisen suunnitelman lähtökohdat. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.)Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy, 16-21.

Hallila, Liisa & Graeffe, Reija 2005. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.)Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 70-96.

Hallila Liisa 2005. Hoitotyön prosessimenetelmän mukaisen kirjaamisen osa-alueet. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.)Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 61-69.

Hallila Liisa 2005. Johdanto ja näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.)Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 10-22.

Hallila Liisa 2005. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.)Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 51-55.

Hartikainen, Tuija 2008. Pro gradu- tutkielma. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. WWW-dokumentti. <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/3161.pdf> . Ei päivitystietoa. Luettu 8.11.2010

Henkilötietolaki 523/1999. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.08.2010

Hopia, Hanna & Koponen, Leena toim. 2007. Johdanto. Hoitotyön vuosikirja. Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 5-9.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari ja Korkiakoski, Lahja 1995. Hoitotyön käsikirja. Tampere: Tammer-paino oy.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen -Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY pro Oy.

Koivukoski, Sirpa & Ahonen, Outi 2010. Kirjaamistavan muutokset edellytykset; haasteet koulutukselle (mukaillen, Anneli Ensio 2008 esitetty 16.9.2009). Hoitotyön prosessi- avain systemaattiseen kirjaamiseen? Koulutus Jyväskylässä 27.9.2010. Sairaanhoidajaliitto, Keski- Suomen alueyhdistys.

Korhonen, Anne 2010. Asiantuntijuus tukee näyttöön perustuvaa päätöksentekoa. Sairaanhoidaja10, 50–53.

Korhonen, Hannele 2007. Pro gradu- tutkielma. Muutosjohtaminen tietojärjestelmän käyttöönotossa - Hoitotyöntekijöiden ja lähijohtajien kokemuksia. WWW-dokumentti. <http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/graduHRahkonen.pdf>. Ei päivitystietoja. 08.11.2010

Kärkkäinen, Oili 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.). Hoitotyön vuosikirja. Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 89-95.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.8.2010

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.08.2010

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/ 1994. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.8.2010.

Lauri, Sirkka Eriksson, Elina & Hupia, Maija 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Mielenterveyslaki 116/1990. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.08.2010.

Moody, Linda, Slocumb, Elaine, Berg, Bruce & Jackson donna 2004. WWW-dokumentti. <http://interruptions.net/literature/Moody-ComputInformNurs04.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 30.1.2010.

Pekkala, Eila 2008. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa: Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen, Anna Liisa 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY: Oppimateriaalit Oy.

Perustuslaki 731/1999. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.08.2010

Perälä, Taru & Liimatainen, Paula 2009. WWW- dokumentti. [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4489/Peranen\\_Taru%20ja%20Liimatainen\\_Paula.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4489/Peranen_Taru%20ja%20Liimatainen_Paula.pdf?sequence=1). Ei päivitystietoja. Luettu 15.11.2010.

Rönkkö, Ilona & Väisänen, Sari 1998. Arviointi, jatkohoidon suunnittelu ja potilaan kotiuttaminen hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy, 98- 101.

Saranto, Kaija & Ensio, Anneli 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hoppia, Hanna & Koponen, Leena (toim.). Hoitotyön vuosikirja. Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 123-138.

Saranto, Kaija & Soininen, Anna Liisa 2008. Miksi systemaattista kirjaamista tarvitaan? Teoksessa Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Sonninen, Anna Liisa ja Tanttu Kaarina 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY: Oppimateriaalit Oy.

Soininen, Anna Liisa 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Sonninen, Anna Liisa ja Tanttu Kaarina 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY: Oppimateriaalit Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/ 2009. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.08.2010

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2010. Potilasasiakirjat. WWW-dokumentti.

[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat/potilasasiakirjoihin\\_merkittavat\\_keskeiset\\_tiedot](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat/potilasasiakirjoihin_merkittavat_keskeiset_tiedot).

Ei päivitystietoja. Luettu 20.8.2010

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Potilas asiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Helsinki. Edita Oyj.

Taanila, Aki 2010. Määrällinen tutkimus. WWW- dokumentti.

<http://myy.helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 28. 09.2010

Tuomikoski, Anna-Mari 2008. Pro gradu –tutkielma. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. WWW- dokumentti.

<http://www oulu.fi/hoitotiede/TuomikoskiA.htm>. Ei päivitystietoja. Luettu 30.01.2010

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Wilskman, Kaarina 2007. Tämä ei ole aprillia. Sairaanhoitajaliitto.

WWW.dokumentti. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisu\\_t/sairaanhoitaja-lehti/6-7\\_2007/paakirjoitus/tama\\_ei\\_ole\\_aprillia/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisu_t/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2007/paakirjoitus/tama_ei_ole_aprillia/). Ei päivitystietoja.

Luettu 6.10. 201

## Liite 1

## Vuoden 2009 kysymykset

## Vastausvaihtoehdot:

Ei toteudu lainkaan	Toteutuu harvoin	Toteutuu lähes aina	Toteutuu täysi
------------------------	---------------------	------------------------	----------------

## Väittämät:

## 2. Kirjaan potilaspapereihin

omahoitajan nimen

## 3. Kirjaan jokaisesta hoitamastani

potilaasta työvuoroni aikana

## 4. Kirjaan hoidon kannalta

merkitykselliset tiedot

## 5. Kirjaan lääkemutokset,

tutkimukset ja hoitolinjat

## 5 a). Kuitaan vuorossani toteutetut

lääkärin määräykset

## 6. Kirjaan potilaalle lääkärin kertomat eri

hoitovaihtoehdot ja mahd. haittavaikutukset

## 7. Kirjaan potilaalle antamani

kirjalliset ja suulliset ohjeet

## 8. Kirjaan potilaalle sattuneet tapaturmat,

hoitovirheet, eriävät mielipiteet

## 11. Kirjaan siten, että voin milloin vain antaa

hoitosuunnitelman potilaan ja hänen omaisensa luettavaksi

## 13. Tarkistan omaisten ja läheisten yhteystiedot

## 15. Kirjaan mistä potilas on tullut

ja tarvittavat yhteystiedot

## 16. Kirjaan potilaan tulosityn

## 17. Kirjaan potilaan kunnon tulotilanteessa

## 18. Kirjaan potilaan aikaisemmat

sairaudet

## 18 a) Kirjaan potilaan aikaisemmat sairaalajaksot

## 19. Kirjaan potilaan kotilääkityksen

## 20. Kirjaan potilaan ruokavalion

ja mahdolliset allergiat

## 21. Kirjaan potilaan käyttämät apuvälineet

## 22. Kirjaan tietoja potilaan kulttuuri- ja

uskontotaustasta

## 23. Kirjaan tietoja potilaan asumisolosuhteista

## 24. Kirjaan tiedot potilaan ulkopuolisesta

avuntarpeesta ja mahdolliset yhteystiedot

## 25. Kirjaan potilaan mukana olevan omaisuuden

## 26. Kirjaan mahdolliset tietojenantomahdollisuudet

## 27. Kirjaan potilaan oman käsityksen hoitoon tulonsyystä

28. Kirjaan tietävätkö omaiset potilaan hoitoon tulosta ja syystä
29. Kirjaan potilaan asenteesta yleensä elämään
30. Kirjaan potilaan henkiset voimavarat
31. Kirjaan potilaan liikkumisesta ja liikuntatottumuksista
32. Kirjaan potilaan sosiaalisesta kanssakäymisestä; sukulaiset, ystävät
33. Kirjaan potilaan harrastuksista
34. Kirjaan käyttääkö potilas mahdollisesti ulkopuolisia palveluja
35. Kirjaan ihmisen kokonaisvaltaisesta näkökulmasta sekä hänen voimavaroistaan
36. Kirjaan sellaiset ongelmat, joihin voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoin
37. Kirjaan lyhyesti ja selkeästi
38. Kirjaan hoitotyön tarpeet potilaan omaisen/hoitajan kokemana ja havaitsemana
39. Kirjaan yhdessä potilaan, omaisen ja moniammatillisen työryhmän kanssa laaditut hoitotyön tavoitteet
40. Kirjaan potilaan omat tavoitteet
41. Kirjaan omaisen tavoitteet
42. Kirjaan tavoitteet yksilöllisesti
43. Kirjaan hoitotyön päätavoitteen realistisesti aikatauluun sidottuna
44. Kirjaan päivittäiset tavoitteet ja välitavoitteet
45. Kirjaan millaista huolenpitoa potilaani tarvitsee päivittäisissä toiminnoissa
46. Kirjaan millaisia kliinisiä tai teknisiä toimenpiteitä potilaan hoito edellyttää
47. Kirjaan potilaan itsehoidon vahvistamiseen käytetyt keinot
48. Kirjaan millaista ohjausta ja mitä materiaalia potilas on saanut
49. Kirjaan miten potilas on ymmärtänyt ohjauksen ja tarvitseeko hän jatko-ohjausta tai kertaamista
50. Kirjaan millaisia kuntouttavia menetelmiä pot. hoidossa on käytetty
51. Kirjaan omaisten osallistumisen hoitoon
52. Kirjaan kuvaillen hoidon vaikuttavuutta
53. Kirjaan potilaan arviointia hoidon edistymisestä
54. Kirjaan hoitajan arviointia hoidon edistymisestä
55. Kirjaan omaisen arviointia hoidon edistymisestä
56. Kirjaan potilaan tarvitsemat ylim. lääkkeitä ja niiden vaikutukset
- 56 a) Kirjaan potilaan tarvittavat lääkkeet
- 56b) Kirjaan arviointia lääkkeen vaikutuksesta

57. Kirjaan lääkärin kierrolla keskustellut asiat
58. Teen väliarviointia aina tilanteen muuttuessa
- 58 a) Huolehdin potilaan hoitosuunnitelman päivityksestä
59. Teen väliarviointia omahoitajana jäädessäni vapaalle
60. Teen väliarviointia kerran viikossa
62. Kirjaan yhteistyöpalaverin jälkeen sovitut asiat
64. Loppuarviointi: teen aina potilaan siirtyessä kotiin, jatkohoitoon tai kuoleman kohdatessa
65. Teen loppuarvioinnin käyttämällä hyödyksi edellisen jakson loppuarviointia
- 65 a) Lopetan hoitokertomuksen hoidon päättyttyä
67. Kirjaan mihin potilas siirtyy
68. Kirjaan arvion hoitajaksosta ja potilaan sen hetkisen kunnon
69. Kirjaan mihin tavoitteisiin ei päästy ja syyn siihen
70. Kirjaan potilaan lisäohjauksen tarpeen
71. Kirjaan potilaan jatkohoidon tarpeen, tarvittavat kontrollit ja apuvälineet
72. Kirjaan potilaan (ja omaisen) mielipiteen hoitajaksosta
73. Mielestäni sähköinen kirjaaminen on tuonut laatua hoitotyönkirjaamiseen? Vastausvaihtoehdot tähän kysymykseen olisi
- eri mieltä- osittain samaa mieltä- melkein samaa mieltä- täysin samaa mieltä-

## Liite 2

Aihe: Sähköisen kirjaamisen kysely

Vuodeosastojen sairaanhoitajille kirjaamisen sisältöä koskeva kysely

Olen Anu Huikkonen. Opiskelen Mikkelin Ammattikorkeakoulussa hoitotyönkoulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi. Opinnäytetyöni aihe on, Kuinka sähköinen kirjaaminen on vaikuttanut hoitotyön kirjaamisen laatuun? Sama kirjaamisen sisältöä koskeva kysely on tehty vuonna 2005 ja tämän uusintakyselyn tarkoituksena on verrata, mitä muutoksia kirjaamisessa on tapahtunut sen jälkeen. Kyselyssä osa numeroista puuttuu, koska joitakin kysymyksiä on poistettu ja joihinkin kysymyksiin on lisätty tarkentavia kysymyksiä. Olen saanut luvan tämän kyselyn lähettämiseen hallintoylihoitajalta ja tämä toteutetaan yhteistyössä Sähki-ryhmän eli kirjaamisen kehittämistyöryhmän kanssa.

Tähän kyselyyn vastataan nimettömänä. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäisiä vastaajia pystytä erottamaan opinnäytetyön loppuraportista. Yksikkökohtaiset tulokset on mahdollista saada yksiköiden käyttöön ja niitä voi käyttää apuna oman yksikön kirjaamisen kehittämisessä. Vastaaminen kestää noin 5-10 minuuttia. Kyselyyn voi vastata kahden viikon ajan aikavälillä 16.11.–29.11.2009. Viimeinen palautuspäivä on 29.11.

Kyselylomake löytyy alla olevasta linkistä.

Kiitos vastauksistasi.

Yhteystiedot:

Liite 3

### **Sähköisen kirjaamisenkyselyn muistutus**

**Kyselyyn on tullut paljon vastauksia. Kiitos kaikille vastanneille! Jokaisen työntekijän vastaus on tärkeä. Vastausaikaa on vielä tämä viikko 29.11. saakka.**

**Oheisesta linkistä pääset kyselyyn:**

Yhteystiedot: