

Laadukas näyttöön perustuva kirjaaminen vaikuttavan ja turvallisen hoidon edistäjänä

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi

Katri Moilanen
Reija Pyylampi

OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2020

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

MOILANEN, KATRI & PYYLAMPI, REIJA:

Laadukas näyttöön perustuva kirjaaminen vaikuttavan ja turvallisen hoidon edistäjänä

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi

Opinnäytetyö 138 sivua, joista liitteitä 24 sivua

Toukokuu 2020

Hoitotyön johtamisen tueksi tarvitaan tietoa hoitotyön laadusta, jota hoitotyön kirjaaminen kuvastaa. Kirjattu tieto potilaan hoidosta mahdollistaa tiedon saatavuuden kaikille hoitoon osallistuville edistämällä hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta. Kirjatun tiedon onkin oltava laadukasta, yhdenmukaista ja olennaiset tiedot potilaan hoidosta sisältävää. Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida ja kuvata yliopistosairaalan sisätautiosastojen sähköisen hoitotyön kirjaamisen laatua, sisältöä ja kehittämisalueita kansallisen hoitotyön kirjaamismallin näkökulmasta. Työssä tutkittiin hoitokertomusmerkintöjä (N=40) yliopistosairaalan kahdelta sisätautiosastolta laadullisin tutkimusmenetelmin, sisällön erittelyn ja teorialähtöisen sisällön analyysin keinoin. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa ja hoitotyön kirjaamisen laadun kehittämisessä.

Kansallisen hoitotyön kirjaamismallin mukaisen kirjaamisen laatu todettiin huonoksi. Puutteita todettiin hoitotyön prosessin ja suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden käytössä (FinCC). Kirjaamisen todettiin olevan kronologisesti etenevää ja kuvailevaa ongelmaperusteisuuden sijaan ja kirjaamisen yksilöllisyydessä havaittiin kehitettävää.

Tällöin hoitotyön kirjaaminen ei perustu näyttöön, kirjaukset eivät toimi osoituksena hoitotyön päätöksenteon perusteista eikä hoidon vaikuttavuudesta, joka saattaa olla seurausta hoitajien riittämättömistä tiedoista ja taidoista toteuttaa hoitotyön prosessia hoitotyössä ja kirjaamisessa. Kansallisen hoitotyön kirjaamismallin mukaiseen rakenteiseen kirjaamisen koulutukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Johdon tuella ja koulutuksella varmistettaisiin näyttöön perustuvan laadukkaan kirjaamisen osaamista hoidon jatkuvuuden, vaikuttavuuden ja potilas-turvallisuuden edistämiseksi.

Asiasanat: hoitotyön kirjaaminen, laatu, hoitotyön prosessi, suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC), yksilöllisyys

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Management of Health Care and Social Services

MOILANEN, KATRI & PYYLAMPI, REIJA:
High-Quality Evidence-Based Nursing Documentation Promotes Effective and Safe Patient Care.

Master's thesis 138 pages, appendices 24 pages
May 2020

Documentation promotes continuity and safety of patient care. Therefore, it needs to be of high quality, consistent and contain relevant information on patient care. This study was aimed at evaluating and describing the quality, content and development areas of nursing documentation from the perspective of the national nursing documentation model. The results can be used in the management of nursing and in the development of the quality of documentation.

The data were gathered through electronic patient records (N = 40) from two medical wards and then analyzed using qualitative content analysis. The results revealed that the quality of the nursing documentation was poor, deficiencies were found in the use of the nursing process and Finnish Care Classification (FinCC). There was a need for improvement in the individuality of documentation.

Then the documentation is not evidence-based, documentation does not serve as proof of decision-making process of nursing or outcomes of care. This may be the result of nurses' insufficient knowledge and skills to implement the process in documentation. With support of management, education of structured nursing documentation in line with the national nursing documentation model should be given more attention to ensure the high-quality evidence-based documentation to promote continuity, effectivity and safety of patient care.

Key words: nursing documentation, quality, nursing process, finnish care classification (FinCC), individuality

SISÄLLYS

| | | |
|---|--|-----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE | 7 |
| 3 | TEOREETTISET LÄHTÖKODAT..... | 8 |
| | 3.1 Teoreettinen viitekehys | 8 |
| | 3.2 Hoitotyön kirjaaminen ja lakiperusteiset velvoitteet..... | 8 |
| | 3.3 Systemaattinen rakenteinen kirjaaminen | 11 |
| | 3.3.1 Hoitotyön prosessi – hoitotyön päätöksenteon ja kirjaamisen perusta..... | 13 |
| | 3.3.2 Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli | 17 |
| | 3.3.3 Yksilöllinen potilaslähtöinen hoitosuunnitelma..... | 21 |
| | 3.4 Laadukas hoitotyön kirjaaminen..... | 23 |
| | 3.4.1 Näyttöön perustuva kirjaaminen | 23 |
| | 3.4.2 Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi | 26 |
| | 3.5 Kirjallisuuskatsaus..... | 28 |
| | 3.5.1 Kirjallisuushaku..... | 28 |
| | 3.5.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset..... | 32 |
| 4 | MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS | 37 |
| | 4.1 Tutkimusympäristö | 37 |
| | 4.2 Aineisto ja aineiston keruu | 37 |
| | 4.3 Aineiston analysointi | 38 |
| | 4.3.1 Sisällön erittely | 39 |
| | 4.3.2 Teorialähtöinen sisällönanalyysi | 41 |
| 5 | TULOKSET | 46 |
| | 5.1 Hoitotyön kirjaamisen yleinen laadun taso | 46 |
| | 5.2 Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaaminen ja sisältö | 51 |
| | 5.2.1 Hoidon tarve | 52 |
| | 5.2.2 Hoidon tavoite..... | 63 |
| | 5.2.3 Suunnitellut toiminnot | 67 |
| | 5.2.4 Hoidon toteutus | 78 |
| | 5.2.5 Hoidon tulos | 92 |
| | 5.3 Keskeiset tulokset | 93 |
| 6 | POHDINTA | 96 |
| | 6.1 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu | 96 |
| | 6.2 Tulosten tarkastelu..... | 99 |
| | 6.2.1 Hoitotyön kirjaamisen yleinen laadun taso | 99 |
| | 6.2.2 Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaaminen | 100 |

| | |
|--|-----|
| 6.2.3 Tavoitteellinen hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen | 102 |
| 6.2.4 Potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys kirjaamisessa | 103 |
| 6.2.5 FinCC –luokituksen käyttö kirjaamisessa | 103 |
| 6.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet | 104 |
| 6.4 Jatkotutkimusehdotukset..... | 107 |
| LÄHTEET | 109 |
| LIITTEET | 115 |
| Liite 1. Tutkimustaulukko | 115 |
| Liite 2. FinCC-tarveluokituksen (SHTaL 3.0) komponentit ja niiden sisällönkuvaukset..... | 130 |
| Liite 3. FinCC-luokituskokonaisuuden mukaiset toimintoluokituksen (SHToL 3.0) komponentit ja niiden sisällönkuvaukset..... | 133 |
| Liite 4. Hoitotyön kirjaamisen laadunarviointimittari | 136 |
| Liite 5. Hoitotyön kirjaamisen auditointilomake | 138 |

1 JOHDANTO

Hoitotyön johtamisen ja päätöksenteon tueksi tarvitaan tietoa hoitotyön laadusta, jota hoitotyön kirjaaminen kuvastaa (Kaila & Kuivalainen 2014). Hoitotyön kirjaaminen edistää hoidon jatkuvuutta takaamalla kirjatun tiedon saatavuuden kaikille hoitoon osallistuville (Gjevjon ym. 2010, 101). Laadukkaat potilasasiakirjat, jotka muodostuvat tarkasta ja johdonmukaisesta hoidon kirjaamisesta, toimivat turvallisen hoidon takaajina (Akhu-Zaheya ym. 2018, 586). Kirjaamisen tulee olla yhdenmukaista ja selkeää sekä olennaiset tiedot potilaan hoidosta sisältävää (Paans ym. 2010, 2482). Hoitotyön kirjaukset osoittavat toteutuneen hoitotyön laadun ja tekee hoitotyön näkyväksi (Gjevjon ym. 2010, 101, 105; Akhu-Zaheya ym. 2018, 583).

Potilasasiakirjojen sisältöä ohjaavat lait ja asetukset. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) velvoittaa terveydenhuollon organisaatioita tallentamaan sähköiset potilastiedot valtakunnallisesti keskitettyyn arkistoon, joka edellyttää rakenteista hoitotyön kirjaamista (Kanta 2019a). Hoitotyötä kirjataan rakenteisesti kansallisen hoitotyön kirjaamismallin mukaisesti. Tällä tarkoitetaan potilaan hoidon kirjaamista hoidollisen päätöksenteon prosessin ja suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (FinCC) mukaisesti. (Mykkänen ym. 2016, 467; Kinnunen ym. 2016, 462.) Yhtenäinen kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli parantaa tiedon kulkua, johtamista, tutkimusta ja kehitystä kohti näyttöön perustuvaa hoitoa (Mykkänen ym. 2016, 466).

Hoitotyön kirjaamisen laatu vaatii järjestelmällistä arviointia (Mykkänen ym. 2016, 466; Mykkänen ym. 2018, 212). Tutkimusten mukaan kirjaamisen laadussa on parannettavaa (Kaila & Kuivalainen 2014; Mykkänen ym. 2018, 205). Ennen kaikkea huonolaatuinen kirjaaminen on riski potilasturvallisuudelle sekä hoidon jatkuvuudelle (Kaila & Kuivalainen 2014).

Rakenteista hoitotyön kirjaamista on Suomessa vähän järjestelmällisesti arvioitu (Mykkänen ym. 2018, 203). Tässä opinnäytetyössä arvioidaan ja kuvataan yliopistosairaalan sisätautiosastojen hoitotyön kirjaamisen laatua, sisältöä sekä kehittämisalueita hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittaria hyödyntäen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida ja kuvata yliopistosairaalan sisätauti-osastojen sähköisen hoitotyön kirjaamisen laatua, sisältöä ja kehittämisalueita kansallisen hoitotyön kirjaamismallin näkökulmasta. Työssä tutkitaan, kuinka kansallista hoitotyön kirjaamismallia käytetään rakenteisessa hoitotyön kirjaamisessa, jossa kirjaaminen perustuu hoitotyön prosessiin, jonka vaiheita kuvataan suomalaisella hoitotyön luokituskokonaisuudella (FinCC).

Työssämme vastaamme seuraaviin tutkimustehtäviin;

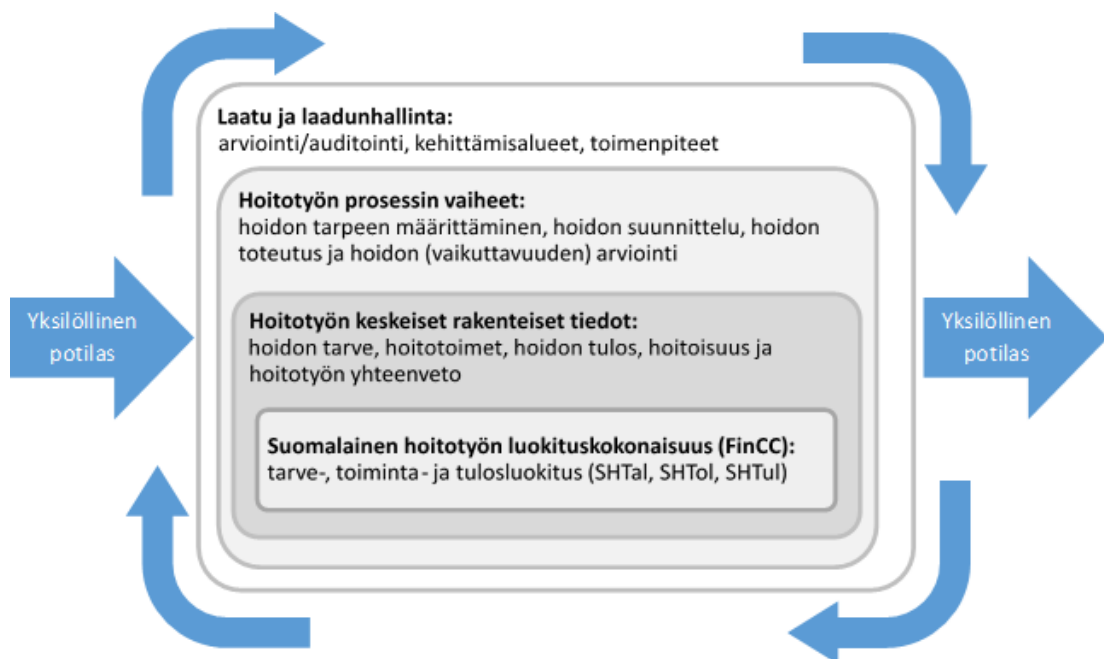
1. Mikä on hoitotyön kirjaamisen laadun taso hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin mukaan?
2. Kuinka hoitotyön prosessin vaiheita kirjataan?
3. Eteneekö hoitotyön kirjaaminen tavoitteellisesti hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti?
4. Onko hoitotyön kirjaaminen potilaslähtöistä, yksilöllistä?
5. Käytetäänkö FinCC –luokitusta johdonmukaisesti, kansallisen ohjeistuksen mukaan?

Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyön kirjaamisen laadusta, sisällöstä ja kehittämisalueista kansallisen kirjaamismallin näkökulmasta. Tuloksia voidaan käyttää hoitotyön johtamisessa, hoitotyön kirjaamisen laadun ja yhtenäisten kirjaamiskäytäntöjen kehittämiseen sekä koulutuksen suunnittelussa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKODAT

3.1 Teoreettinen viitekehys

Työmme teoreettinen viitekehys (kuva 1) muodostuu työn teoreettisissa lähtökohdissa esiteltävien hoitotyön kirjaamiseen ja kirjaamisen laatuun liittyvien käsitteiden keskinäisistä yhteyksistä. Teoreettinen viitekehys muodostuu suomalaisesta hoitotyön kirjaamismallista, jossa hoitotyötä kirjataan rakenteisesti hoitotyön ydintietojen avulla prosessimallin vaiheiden mukaisesti suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta (FinCC) käyttäen potilaan yksilöllisyys huomioiden.



KUVA 1. Teoreettinen viitekehys – Suomalainen hoitotyön kirjaamismalli ja kirjaamisen laatu (Mukaien Mykkänen, Miettinen & Saranto 2018; Tanttu 2009)

3.2 Hoitotyön kirjaaminen ja lakiperusteiset velvoitteet

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan kirjattua ja tallennettua tietoa toteutuneesta hoitotyöstä, joka toimii todisteena hoidon vaikuttavuudesta. Kirjaaminen on hoitotyön osaamisen ydinaluetta ja sen tulee kuvata potilaan hoitoa hoitotyön periaatteiden mukaisesti; kunnioittavasti, yksilöllisesti, potilaslähtöisesti ja lisäksi sen tulee olla jatkuvaa ja turvallista. Hoitotyön kirjaamiseen kuuluu potilaaseen liittyvä

tiedon luotettava, tehokas ja potilaslähtöinen tuottaminen, säilyttäminen ja jakaminen. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 49, 55–56.) Potilaan kannalta kirjaamisen merkitys on potilasturvallisuuden edistyminen, jolloin korostuu hoidon dokumentaatiossa käytettyjen menetelmien arviointi. Hoidon antajan näkökulmasta kirjaamisen tulisi tuottaa tietoa hoidon laadun ja työn resursoinnin arviointiin, tilastointiin ja talouden seurantaan. (Saranto & Ikonen 2008, 189.)

Kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskee lait, säännökset ja ohjeistukset potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 49). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä laadittuja ja saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa tai muita henkilökohtaisia asioita koskevia tietoja. Lain 785/1992 ja sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista laatiman asetuksen (298/2009) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä riittävän laajat tiedot ja lisäksi merkintöjen tulee olla selkeitä ja ne tulee olla kirjattu yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä käyttäen. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) todetaan, että terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa potilaalle tulee tarvittaessa laatia kirjallinen hoitosuunnitelma yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai laillisen edustajan kanssa (785/1992).

Potilasasiakirjojen laatimisen tarkoituksena on ensisijaisesti tukea potilaan hyvää hoitoa ja hoidon jatkuvuutta, palvella potilaan tiedonsaantioikeutta, terveydenhuollon palveluiden turvallisuutta, laadunvalvontaa, toiminnan suunnittelua ja arviointia, tutkimusta ja opetusta. Ne ovat tärkeitä myös potilaiden ja häntä hoitavien ammattihenkilöiden oikeusturvan kannalta. (Valvira 2018.) Laki (785/1992) määrittää myös terveydenhuollon ammattihenkilön vastuut ja velvollisuudet potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen, salassapitoon ja luovuttamiseen liittyen. Potilasasiakirjoja koskevan tietosuojaan avulla varmistetaan, että potilaan yksityisyydensuoja ja oikeusturva varmistuvat (785/1992). Myös terveydenhuol-

lon potilastietojärjestelmien ja potilasasiakirjojen tietorakenteiden tulee olla sellaisessa muodossa, että sähköisten potilasasiakirjojen käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja suojaaminen ovat mahdollista (1227/2010). Laadusta ja potilasturvallisuudesta Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään siten, että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava turvallista ja laadukasta. Toimintayksikön tulee laatia laadunhallintasuunnitelma, jonka sisällöstä sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadun hallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011) säätää tarkemmin. Asetuksen mukaan suunnitelmassa tulee käsitellä ja ohjeistaa kirjaamisen osalta potilasasiakirjamerkintöjen tekemistä sekä tiedonkulkua toimintayksikön sisällä ja toimintayksikköjen välillä (341/2011).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) velvoittaa niin julkiset, kuin yksityiset terveydenhuollon palvelujen antajat tallentamaan potilastiedot valtakunnallisesti keskitettyyn arkistoon. Lain tavoitteina on mm. edistää potilastietojen tietoturvallista käsittelyä sekä potilaiden tiedonsaantimahdollisuuksia (159/2007). Valtakunnallisesti keskitetty Kansallinen Terveysarkisto (Kanta) tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiä palveluita. Kantaan tallentuvat asiakkaasta kirjatut tiedot terveydenhuollossa, apteekeissa sekä sosiaalihuollossa. Kanta-palvelujen avulla potilaan tiedot ovat moniammatillisesti käytettävissä aina ja ajantasaisesti terveydenhuollossa, mikä edistää hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. (Kanta 2019b.) Kanta-palveluiden osana on potilasasiakirjojen valtakunnallinen arkistointipalvelu (STM 2012, 13). Potilastiedon arkistoon tallennettu tieto on moniammatillisesti käytettävissä potilaan suostumusten ja kieltojen määrittelemissä rajoissa (Jokinen 2018, 9–11). Sähköisen arkistoinnin ja sinne täysi-ikäisen potilaan omiin tietoihin annettavan katseluyhteyden vuoksi potilasasiakirjoissa käytettävän kielen tulee olla ymmärrettävää myös potilaan kannalta (1227/2010). Terveydenhuollon valtakunnalliset sähköiset palvelut ja potilastiedon arkisto vaativat kirjaamisen yhtenäisyyttä eli kirjaamisen rakenteisuutta, jonka avulla potilastiedot saadaan arkistoitua yhtenäisesti (Jokinen 2018, 9–11). Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista laaditun asetuksen (298/2009) mukaan terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain mukaisesti valtakunnallisesti yhtenäisiin koodistojen mukaisiin rakenteisiin myös veloitetaan.

3.3 Systemaattinen rakenteinen kirjaaminen

Tiedolla on merkittävä rooli potilaan hoidossa. Kirjatun tiedon kautta muodostetaan kuva potilaan hoidosta. Kirjattujen hoitotietojen tulee olla käytettävissä potilaan hoitoon osallistuville hoidon jatkuvuuden takaamiseksi myös yli organisatorajojen. Tämä vaatii kirjalta tiedolta yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta. Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt ovat edellytys sähköiselle kirjaamiselle, tiedon siirtymiselle ja arkistoinnille. Yhtenäisen kirjaamiskäytännön tarkoituksena on hoitajien hoidollisen päätöksenteon tukeminen sovitulla kirjaamisrakenteella. (Saranto & Sonninen 2008, 12, 15; Sonninen 2008, 72–73.)

Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. (Saranto & Sonninen 2008, 14.)

Kirjaamisen systemaattisuudella tarkoitetaan sitä, että on sovittu mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Näillä yhteisillä sopimuksilla tavoitellaan kirjaamisen yhtenäisyyttä. Huomioitavaa on, että tällä ei tarkoiteta potilaan hoidon yhtenäisyyttä, vaan kirjaamisen yhtenäistämällä edistetään hoitotietojen käyttöä yksilöllisesti potilaan parhaaksi. (Saranto & Sonninen 2008, 12.)

Kirjaamisen systemaattisuutta lisätään rakenteistamalla eli jäsentämällä sitä, jolloin kehitetään sekä kirjaamisen rakennetta että sisältöä. Hoitotyön päätöksenteon prosessimalli yhtenäistää kirjaamista sitä rakenteistaen. (Sonninen 2008, 66.) Kirjaamisesta tulee käydä ilmi hoidollisen päätöksenteon keskeiset vaiheet, kuten päätökset potilaan hoidosta, hoidon perusteet, hoidon tarpeiden ja tulosten arviointi sekä hoidon muutokset (Sonninen & Ikonen 2008, 75). Potilaan hoitoa kuvataan sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti. Tällöin prosessin vaiheet muodostuvat rakenteisen kirjaamisen perustaksi. (Liljamo ym. 2012, 10; Rautava-Nurmi ym. 2019, 53.) Sisällön hoitotyön kirjaamiselle antavat termistöt ja luokitukset (FinCC –luokituskokonaisuus), jotka kuvaavat potilaan hoidon tarpeita, toimintoja ja tuloksia (Sonninen & Ikonen 2008, 79).

Rakenteisessa hoitotyön kirjaamisessa käytetään valtakunnallisesti määriteltyjä ydintietoja, keskeisiä hoitotietoja, jotka kirjataan rakenteisesti. Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, toiminnot, tulokset, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto (tässä työssä emme käsittele hoitoisuutta tai yhteenvetoa). Hoitotyön prosessimallin mukaisia ydintietoja kuvataan hoitotyön prosessin eri vaiheissa käyttämällä Finnish Care Classification eli FinCC –luokituskokonaisuutta. (Saranto & Sonninen 2008, 13; Sonninen, Ensio & Ikonen 2008, 81; Liljamo ym. 2012, 10.) Hoitotyön prosessilla ja Suomalaisella hoitotyön luokituskokonaisuudella, Finnish Care Classification (FinCC), on keskeinen tehtävä rakenteisen kirjaamisen rungon muodostamisessa (Ahonen, Ikonen, Koivukoski 2007).

Rakenteisen kirjaamisen ydinajatus on, että tieto kirjataan vain kerran, jonka jälkeen se on uudelleen käytettävissä ja hyödynnettävissä eri tarkoituksiin haku- ja käyttömahdollisuuksien kautta omassa, sekä toisessa organisaatiossa tai tietojärjestelmässä edistäen potilasturvallisuutta ja potilastiedon laatua riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut (Sonninen 2008, 66; Jokinen & Virkkunen 2018, 9–11, 14). Rakenteisesta kirjaamisesta on hyötyä organisaatiolle, johdolle, ammattihenkilölle ja potilaalle. Rakenteisen kirjaamisen myötä potilaan hoidon laatu ja potilasturvallisuus paranee, kun tiedot ovat yhtenäisiä ja vertailukelpoisia, paremmin haettavissa ja löydettävissä sekä helposti saatavilla organisaatorajojen yli. Rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua tukemalla hoitosuositusten noudattamista ja hoidon jatkuvuuden toteuttamista. Organisaatiotasolla rakenteinen kirjaaminen tehostaa potilastiedon laatua, palvelujen toteutumisen ja laadun arviointia, organisaation toiminnanohjausta sekä seurantaa. Lisäksi kirjatun tiedon yhdenmukaisuus, kattavuus ja riittävä laatu helpottavat esim. lakiperusteisia valvonta- ja seurantatehtäviä sekä kustannusten seurantaa. Ammattihenkilöt voivat hyödyntää rakenteisesti kirjattua tietoa päivittäisessä hoitotyössä, jolloin kattava ja laadukas tieto on helpommin haettavissa yli organisaatorajojen. (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 27–28; Jokinen & Virkkunen 2018, 14–15.) Rakenteinen tieto vähentää myös tulkintaepäselvyyksiä ammattihenkilöiden ja potilaiden välillä. Lisäksi potilas voi itse osallistua omien tietojensa tuottamiseen Kanta-palveluiden avulla, jolloin potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa lisääntyy. (Jokinen & Virkkunen 2018, 14–15.)

Rakenteisen kirjaamisen hyödynnettävyyden yhteydessä puhutaan myös tiedon toisiokäytöstä, jolloin tietoa käytetään muussa tarkoituksessa kuin potilaan välittömässä sairauden tai terveydenhoidossa. Toisiokäytön hyödyt ovat muun muassa kertaalleen kirjatun tiedon käyttö tutkimus- ja järjestelmäkehittämisessä, rekisteri- ja tilastotiedon keruussa, sekä terveystiedon näyttöön perustuvan tiedon tuottamisessa. (Mäkelä- Bengs & Vuokko 2014, 28; Jokinen & Virkkunen 2018, 14.)

Rakenteisella kirjaamisella on siis merkitystä. Edellä mainitut rakenteisen kirjaamisen hyödyt jäävät toteutumatta, jos hoitotyötä kirjataan edelleen pääsääntöisesti kertovalla manuaalisella tekstillä. Siinä tapauksessa hoitoprosessin vaiheiden kirjaaminenkin voi jäädä puutteelliseksi ja rakenteinen tieto ei ole hyödynnettävissä tarkoituksenmukaisesti. (Liljamo ym. 2012, 55.)

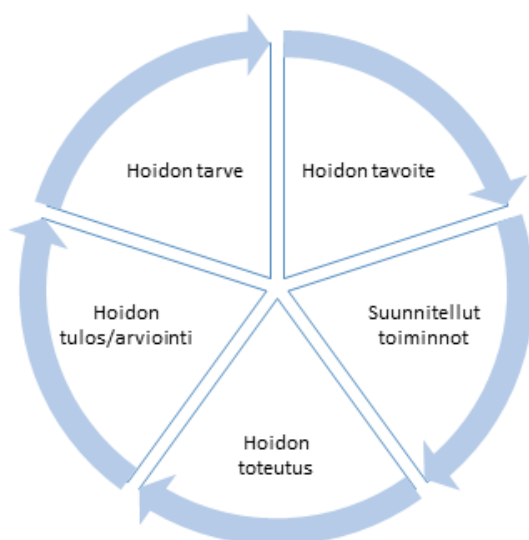
3.3.1 Hoitotyön prosessi – hoitotyön päätöksenteon ja kirjaamisen perusta

Prosessi koostuu tapahtumasarjasta (prosessin vaiheista), jonka tuloksena on haluttu tuotos. Prosessin eri vaiheisiin liittyvät päätökset vaikuttavat prosessin seuraaviin vaiheisiin tai jopa prosessin keskeyttämiseen. (Rautava-Nurmi 2019, 54.) Hoitotyön prosessi on mukautettu tieteellinen menetelmä tai syklinen malli, joka määrittelee hoitotyön toteuttamisen järjestyksen ja suunnan. Hoitotyön prosessimainen malli luo kehyksen hoitotyön päätöksenteolle, toiminnalle ja sen kirjaamiselle. (Ensio 2008, 56.)

Hoitotyön prosessimallin hoitotyön ongelman ratkaisumenetelmänä esittelivät Yhdysvalloissa Yura ja Walsh vuonna 1967. Kansainväliset organisaatiot, World Health Organisation (WHO) ja International Council for Nurses (ICN) pitivät mallia edistyneen hoitotyön perustana. (Habermann & Uys 2005, 3.) Hallilan (2008, 24) mukaan hoitotyön prosessimalli tarkoittaa Yuran & Walshin vuonna 1967 julkaiseman klassisen määritelmän mukaan järjestäytyntä, systemaattista tapaa määrittellä terveydenhuollon asiakkaan terveydentilaa, täsmentää inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen liittyvien ongelmien määrittelyä, tehdä suunnitelmia niiden ratkaisemiseksi, panna suunnitelmat täytäntöön ja arvioida, missä määrin

suunnitellut toimet olivat tehokkaita optimaalisen hyvinvoinnin edistämässä ja todettujen terveysongelmien ratkaisemisessa. Hallila (2008, 24) kirjoittaa, että Krausen (1984) mukaan hoitotyön prosessiajattelu tuli Suomeen Maailman terveysjärjestön (WHO) hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman myötä 1980-luvulla, mistä lähtien hoidollisen päätöksenteon prosessimallia on käytetty hoitotyön kirjaamisen rakenteena (Saranto & Sonninen 2008, 13; Sonninen & Ikonen 2008, 75).

Hoitotyössä päätöksenteon taidolla on merkittävä rooli hoitotyön toteuttamisessa käytännössä ja sen kirjaamisessa (Ensio 2008, 55-56). Hoitotyön prosessi on hoitotyön väline, jonka keskiössä on aina potilas. Prosessi auttaa päätöksenteossa, seurausten ennustamisessa ja arvioinnissa. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 54–55.) Hoidollinen päätöksenteko etenee hoitotyön prosessin vaiheiden mukaan, joita ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Suunnitteluvaiheessa määritetään priorisoiduille tarpeiden vaatimalle hoidolle hoidon tavoitteet ja suunnitellaan hoitotyön toiminnot tavoitteisiin päästäkseen. (Liljamo ym. 2012, 10, 12.) Hoitotyön prosessi (kuvio 1) etenee syklinä jatkuvasti muuttuen ja se voi myös päättyä missä tahansa prosessin vaiheessa, jos ongelma, eli potilaan hoidon tarve ratkaistaan. Hoidon edetessä potilaasta ja hänen tilanteestaan saadaan jatkuvasti uutta tietoa ja muutosten myötä arviota tuleekin tehdä uudelleen prosessin kaikkiin vaiheisiin. (Anttila, Kaila-Matila, Kan, Puska ja Vihunen, 2015, 26; Rautava-Nurmi 2019, 56.)



KUVIO 1. Hoitotyön prosessi

Hoidon tarve

Hoidon tarve –vaiheessa laaditaan kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevistä ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla. Hoidon tarpeen määrittämiseksi kerätään ja analysoidaan tietoja potilaasta esimerkiksi haastattelun, havainnoinnin ja mittaamisen avulla. Hoitajan tulee osata tulkita potilaan käyttäytymistä tarpeen määrittämiseksi, koska potilas ei aina osaa kertoa ongelmastaan. Hoidon kannalta olennaiset hoidon tarpeet kirjataan saatujen tietojen perusteella hoitokertomukseen ja tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen. Tietojen kerääminen ja analysointi jatkuu hoitoprosessin edetessä. Hoidon tarpeet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. (Liljamo ym. 2012, 14; Rautava-Nurmi 2019, 56.)

Hoidon tavoite

Hoidon tavoite asetetaan valituille olennaisimmille priorisoiduille hoidon tarpeille. Hoidon tavoitteet asetetaan potilaan hoidon tarpeiden vähentämiseksi tai poistamiseksi. Tavoitteen asettamisessa tulee huomioida, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan tai mitä potilas itse odottaa. Tavoitteet eivät siis kuvaa hoitajan toimintaa tai toimenpiteitä, vaan hoitoprosessin etenemistä ja tavoitteen saavuttamista suhteessa potilaan voinnin muuttumiseen. Tavoitteiden tulisi olla potilaskeskeisiä, aikaan sidoksissa olevia, hoitotyön keinoin saavutettavissa olevia ja dokumentoituja. Hoidon tavoitetta määriteltäessä pyritäänkin kuvaamaan sitä hoidon päämäärää, mitä potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan annetun hoidon tuloksena. Olennaista asetetuissa hoidon tavoitteissa on niiden konkreettisuus, jolloin niiden toteutumisen arviointi on mahdollista. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007; Liljamo ym. 2012, 12; Rautava-Nurmi ym, 57.)

Suunnitellut toiminnot

Hoitotyön suunnitellut toiminnot ovat tarkoituksenmukaisesti valittuja hoitotyön auttamismenetelmiä, joilla hoitohenkilöstö pyrkii vastaamaan potilaan hoidon tarpeisiin ja joiden avulla saavutetaan asetettu hoidon tavoite (Liljamo ym. 2012, 14; Ahonen ym. 2007; Rautava-Nurmi 2019, 57). Auttamismenetelmät ovat riippuvaisia potilaan terveydentilasta, toimintakyvystä, arvoista, elämäntilanteesta ja elinympäristöstä. Auttamismenetelmät suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa, huomioidaan mitä potilas toivoo ja kuinka potilas haluaa toimittavan. Auttamismenetelmät valitaan hoitotyön periaatteiden ja potilaan voimavarojen mukaan.

(Rautava-Nurmi 2019, 57.) Suunniteltujen toimintojen mukaisesti hoitotyötä toteutettaessa potilaan hoitoprosessi etenee suunnitelmallisesti kohti asetettuja tavoitteita (Ahonen ym. 2007).

Hoidon toteutus

Hoidon toteutus- vaiheessa suunnitellut hoitotyön toiminnot toteutetaan (Rautava-Nurmi 2019, 58). Suunnitellut hoitotyön toiminnot toteutuvat potilaan ja hoitajan kohtaamisissa, auttamis- ja ohjaustilanteissa. Hoidon toteutus vaatii hoitajalta ammattitaitoa, tietoa ja taitoa, esimerkiksi kädentaitoja, havainnointi- ja kommunikointitaitoja, kykyä ohjata sekä antaa psykososiaalista tukea potilaslähtöisesti potilas ja läheiset yksilöllisesti huomioiden. (Iivanainen & Syväoja 2016, 17.) Hoidon toteuttajana voi olla hoitaja, potilas tai omainen yksin tai yhdessä. Potilaan puolesta tehdään vain se, mihin potilas ei kykene potilaan voimavarat huomioiden. Olennaista hoidon toteutuksessa on potilaan tukeminen, ohjaaminen ja avustaminen, koska näillä edistetään potilaan itsenäistä selviytymistä. Toteutuneet hoitotyön toiminnot kirjataan menneessä aikamuodossa, koska toiminto kirjataan tehdyksi hoidon toteutuksen jälkeen. Hoidon toteutuksen kirjaamisen tulisi olla potilaslähtöistä ja arvioivaa, sekä lisäksi kirjauksiin on hyvä liittää potilaan omia ajatuksia hoidon toteutumisesta. (Rautava-Nurmi 2019, 58–59.)

Hoidon arviointi

Hoidon arviointi on hoitoprosessin viimeinen vaihe, jossa pohditaan, onko potilaan hoidon tarpeeseen onnistuttu vastaamaan, saavutettiinko asetettu hoidon tavoite ja millainen muutos potilaan voinnissa on tapahtunut. Hoitoa arvioidaan myös suhteessa toteutuneeseen hoitoon ja käytettyihin hoitotyön auttamismenelmiin. Hoitoa arvioitaessa pohditaan myös, muuttuivatko hoidon tarpeet, tavoitteet tai suunnitellut toiminnot, määritellään ne tarvittaessa uudelleen ja prosessi jatkuu, kunnes kaikki tavoitteet on saavutettu. Tärkeää on arvioida hoidon vaikuttavuutta potilaan kokemana, kokeeko potilas ongelmansa poistuneen tai lievittyneen. (Ahonen ym. 2007; Liljamo ym. 2012, 22; Rautava-Nurmi 2019, 58.) Hoidon arviointia tulee tehdä hoitotyön prosessin jokaisessa vaiheessa päivittäin ja hoidon päättyessä (Liljamo ym. 2012, 13).

3.3.2 Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli

Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli kehitettiin ja juurrutettiin valtakunnallisissa hoitotyön kirjaamisen hankkeissa (HoiDok- ja HoiData-hankkeet) vuosina 2005–2009. Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli koostuu hoitotyön ydintiedoista, hoitotyön prosessista ja suomalaisesta hoitotyön luokituskokonaisuudesta (FinCC). (Kinnunen 2013, 15, 35.) FinCC:n perustana on yhdysvaltalaisen professori Virginia Saban kehittämä Clinical Care Classification (CCC) ja Home Health Care Classification (HHCC) luokitusjärjestelmät. Saban tavoitteena oli muodostaa lääketieteellistä diagnosointia laajempi näkökulma potilaiden hoitoa ennustavista tekijöistä. Menetelmän kehittämisen tuloksena oli hoitotyön kirjaamisen sähköinen luokittelujärjestelmä koostuen hoitotyön tarpeista tai diagnooseista ja hoitotyön toiminnoista. (Mykkänen 2019, 33.)

Suomessa kehitetyn kansallisen hoitotyön kirjaamismallin tavoitteena on mahdollistaa hoitotyön kirjausten yhtenäinen käyttö hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, sekä kirjatun tiedon moniammatillinen hyödyntäminen ja jakaminen hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kesken (Nykänen & Junttila 2012, 15). Hoitotyön kirjaamisen malli rakentuu hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisesti (Sonninen & Ikonen 2008, 75). Kirjaamismalli perustuu rakenteisuuteen kansallisia ydintietorakenteita hyödyntäen ja edellyttää standardeitujen termistöjen, kuten luokitusten käyttöä (Ensiö 2008, 96; Liljamo 2012, 14). Hoitotyön ydintietoja kuvattaessa hoitoprosessin vaiheita kirjataan rakenteisesti suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (FinCC) avulla, joka muodostaa sisällön hoitotyön kirjaamiselle kuvaten potilaan hoidon tarpeita, toimintoja ja tuloksia (Sonninen & Ikonen 2008, 79; Liljamo ym. 2012, 10; Rautava-Nurmi ym. 2019, 53).

FinCC -luokituskokonaisuuteen kuuluvat Suomalaisen hoidon tarveluokitus (SHTaL 3.0) ja Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL 3.0) sekä Suomalaisen hoidon tulosluokitus (SHTuL 1.0). SHTaL 3.0 ja SHToL 3.0 sisältävät molemmat 17 komponenttia, eli hoitotyön sisältöaluetta, pää- ja alaluokkineen. Komponenttien sisällön kuvaukset esitetään kuvassa 2. Luokituksiin sisältyy hierarkkiselta rakenteeltaan yhteneväiset komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatasot. Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545. (Liljamo ym. 2012, 10, 12.) Luokitusten

avulla hoitotyön kirjattu sisältö rakenteistuu sähköisessä järjestelmässä (Rautava-Nurmi ym. 2019, 53; Liljamo ym. 2012, 14).

| Komponentti | Komponentin sisällön kuvaus |
|---|---|
| Aktiveetti | Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät |
| Erittäminen | Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät |
| Selviytyminen | Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista |
| Nestetasapaino | Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät |
| Terveyskäyttäytyminen | Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät |
| Hoidon ja jatkohoidon koordinointi | Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi |
| Lääkehoito | Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoitoon toteuttamiseen liittyvät osatekijät |
| Ravitsemus | Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät |
| Hengitys | Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät |
| Verenkierto | Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät |
| Aineenvaihdunta | Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät |
| Turvallisuus | Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit |
| Päivittäiset toiminnot | Omatoisuuteen liittyvät osatekijät |
| Psyykinen tasapaino | Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät |
| Aisti- ja neurologiset toiminnot | Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät |
| Kudoseheys | Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät |
| Elämänkaari | Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät |

KUVA 2. FinCC- luokituskokonaisuuden komponentit ja komponentin sisällön kuvaus (Liljamo ym. 2012, 11)

Potilaan hoitoa kirjattaessa hoitoprosessin vaiheiden mukaan valitaan hoitotyön sisältöalueen mukaisesti FinCC –luokituksen komponentti ja komponentin alta so-piva pää- tai alaluokka, jota tarvittaessa täydennetään vapaalla tekstillä. Pelkkää

komponenttia käyttämällä ei ole mahdollista kirjata. Tarveluokitusta (SHTaL 3.0) käytetään hoidon suunnitteluvaiheessa hoidon tarvetta ja tavoitetta määriteltäessä. Toimintoluokitusta (SHToL 3.0) puolestaan käytetään hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa hoidon suunniteltuja toimintoja ja hoidon toteutusta kirjattaessa. (Liljamo ym. 2012, 10-12.) Tarve- ja toimintoluokitusten komponenttien tarkemmat sisältökuvaukset esitetään liitteissä 2 ja 3. FinCC-luokituksen komponenttien pää- ja alaluokkia voi tarkastella FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöoppaasta, johon sähköinen osoite viittaa lähdeluettelon kohdassa Liljamo, Kinnunen & Ensio (2012).

Hoidon tulosta arvioidaan tulosluokituksen (SHTuL 1.0) avulla kuvaten ja arvioiden potilaan nykytilassa, voinnissa tai selviytymisessä tapahtuneita muutoksia suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteeseen ja toteutuneeseen hoitoon. Tulosluokituksessa käytetään kolmea eri tarkennetta, joilla arvioidaan, onko potilaan vointi lähtötilanteeseen nähden parantunut, ennallaan vai huonontunut. (Liljamo ym. 2012, 12–14, 21, 54.) FinCC- luokitusoppaan mukaan arviointia suoritetaan jonkin verran samalla, kun hoitotyön toimintoa toteutetaan, joten se on perusteltua kirjata myös päivittäisen hoidon toteutuksen yhteyteen (Liljamo ym. 2012, 22).

Hoitotyön prosessin eri vaiheissa hoidon kuvaaminen tarve-, toiminto- ja tulosluokitusten avulla antaa loogisen kokonaiskäsityksen potilaan voinnista ja sen muutoksista (Liljamo ym. 2012, 10). Tämä on nähtävissä kuvassa 3 Kinnusen ym. (2019, 33) laatiman esimerkin mukaisesti. Potilastietojärjestelmällä on vaikutusta luokitusten käyttöön, kuinka joustavana ja toimivana käyttö koetaan. Lähtökohtana luokituskokonaisuuden toimivuudelle ja käytölle on ensisijaisesti käyttäjien luokituksiin perustuvan kirjaamisen opettelu. (Nykänen & Junttila 2012, 18.)

| HOITOTYÖN PROSESSIN VAIHEET | | | | |
|--|---|--|--|---|
| HOIDON SUUNNITTELU | | | HOIDON TOTEUTUS | HOIDON TULOS/ ARVIOINTI |
| Hoidon tarve | Hoidon tavoite | Suunnitellut toiminnot | Hoitotoimet | Hoidon arviointi |
| <p>RAVITSEMUS/ Vajaaravitsemusriski</p> <p>1.10. NRS-2002 4 pistettä: Kohtalainen vajaaravitsemuksen riski. Aktiiviset syöpähoidot käynnissä.</p> <p>RAVITSEMUS/Ravinnon saannin häiriö/Ruokahaluttomuus</p> <p>Ruokahaluttomuutta, ruoka ei maistu. Paino laskusuuntainen.</p> <p>ERITTÄMINEN/Pahoinvointi</p> <p>Pahoinvointia.</p> <p>RAVITSEMUS/ Erityisruokavalion tarve</p> <p>Runsasenerginen ja runsaasti proteiinia sisältävä ruokavalio.</p> | <p>RAVITSEMUS</p> <p>Ravitsemustila paranee ja laihtumista ei tapahdu.</p> <p>ERITTÄMINEN/Pahoinvointi</p> <p>Pahoinvointi helpottaa.</p> | <p>RAVITSEMUS/ Ravitsemuskartoituksen tekeminen</p> <p>Uusi vajaaravitsemuksen riskin seulonta viikon välein, seur. 8.10.</p> <p>RAVITSEMUS/Ruokailun seuranta</p> <p>Seurataan ruokailua ja omatoimista syömistä.</p> <p>Tarjotaan kliinisiä ravintovalmisteita. Varmistetaan hyvä ruokailuasento.</p> <p>ERITTÄMINEN/Pahoinvoinnin tai oksentamisen ehkäisy ja hoito</p> <p>Tarjotaan mieliruokia.</p> <p>Tarjotaan pieniä, viileitä ruoka- annoksia 2-3h välein.</p> <p>Annetaan pahoinvoinnintorjuntaa puoli tuntia ennen aterioita.</p> <p>RAVITSEMUS/Erityisruokavalion toteuttaminen</p> <p>Runsaasti energiaa ja proteiinia sisältävä ruokavalio.</p> <p>RAVITSEMUS/Painon seuranta</p> <p>Punnitus ma, to.</p> <p>HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI/ Ravitsemukseen liittyvä ohjaus</p> <p>Ohjataan syöpäpotilaan ravitsemuksesta ja annetaan kirjallinen opas aiheeseen liittyen.</p> | <p>RAVITSEMUS/ Ravitsemuskartoituksen tekeminen</p> <p>8.10. NRS2002 3p.</p> <p>RAVITSEMUS/Painon seuranta</p> <p>73kg, seisomavaaka.</p> <p>HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI/ Asiantuntijapalve- luiden koordinointi</p> <p>Soitettu ravitsemusterapeutille ravitsemussuunnitelman tiimoilta. Perehtyy potilaan asioihin ja palaa asiaan.</p> <p>ERITTÄMINEN/Pahoinvoinnin tai oksentamisen ehkäisy ja hoito</p> <p>Tarjottu toiveesta pieni määrä jäähdytystä sokeittoa päiväillisellä. Pahoinvointilääkkeen saanut ruokailua edeltävästi suunnitelman mukaan.</p> <p>HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI/ Erittämiseen liittyvä ohjaus</p> <p>Ohjattu ja kannustettu liikkumaan osastolla, jotta vatsa toimisi.</p> <p>HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI/ Ravitsemukseen liittyvä ohjaus</p> <p>Keskusteltu syöpäpotilaan ravitsemuksesta, annettu potilasohje: syöpäpotilaan ravitsemus.</p> <p>HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI/ Suunnitelmien ohjaus</p> <p>Ohjattu ja kannustettu hyvään suunnitelmaan. Viety kostutustabletteja imeskeltäväksi suun kuivuttua helpottamaan.</p> | <p>RAVITSEMUS</p> <p>Ruoka maistuu paremmin pahoinvoinnin helpotettuna. Mieliruokia saa syöttyä vähän kerrallaan ja lisäravinteita juo 2 päivässä. Laihtuminen pysähtynyt, paino pysynyt ennallaan. Vajaaravitsemuksen riski on pienentynyt.</p> <p>Jatketaan ravitsemushoidon tehostamista. Ravitsemusterapeutti mukana hoidossa. Pahoinvointilääkitystä tarvitsee edelleen.</p> <p>Hoidon tuloksen tila</p> <p>P Parantunut</p> |

KUVA 3. Esimerkki vajaaravitsemuspotilaan hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta hoitotyön prosessin vaiheita ja FinCC -luokituksia käyttäen (Kinnunen ym. 2019, 33)

3.3.3 Yksilöllinen potilaslähtöinen hoitosuunnitelma

Hoidon suunnittelun tarkka kirjaaminen helpottaa potilaan hoidon toteutusta ja arviointia, sekä mahdollistaa yksilöllisen hoidon toteutumisen ja arvioinnin sekä tavoitteellisen, prosessimaisen toiminnan (Ahonen ym. 2007; Ensio 2008, 56). Käytännön hoitotyössä hoitotyön prosessi toimii hoidon suunnittelun ja päätöksenteon jäsentäjänä, joka tulee dokumentoida kirjallisesti hoitosuunnitelmaan (Rautava-Nurmi ym. 2019, 55). Lain vaatimukset potilasasiakirjojen sisällöstä toteutuvat hoitotyön päätöksenteon prosessimallin mukaisessa kirjaamisessa (Sonninen, Ensio & Ikonen 2008, 80). Hoitotyön prosessin tulee olla kaikkien hoitajien ydinosaamista, sillä hoitosuunnitelma on virallinen asiakirja ja hoitotyön päätöksentekoprosessin toteutuminen ja kirjaaminen hoitotyön prosessin vaiheiden mukaan tukee sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoihin liittyvän asetuksen vaatimaa sisällön rakennetta kirjaamisessa (Sonninen & Ikonen 2008, 76–79; Ahonen ym. 2007; STM 298/2009).

Sähköisessä kirjaamisessa hoitosuunnitelma on osa hoitokertomusta, jonka hoitohenkilökunta laatii yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa potilaskertomuksen osana. Hoitokertomus sisältää kirjallisessa dokumentoidussa muodossa potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Siten hoitokertomus muodostuu hoitosuunnitelmasta sekä päivittäisistä merkinnöistä. Rakenteisella kirjaamisella pyritään siihen, että hoitosuunnitelma on kirjaamisen perusta ja päivittäiset merkinnät ovat suunnitelman toteutusta ja arviointia. (Sonninen & Ikonen 2008, 76–79.)

Huolellisen suunnittelun myötä potilaalle muodostuu yksilöllinen ja tavoitteellinen hoitosuunnitelma, joka koostuu keskeisten rakenteisten tietojen kirjaamisesta standardoituja termistöjä ja luokituksia, sekä niitä täydentäviä kertovia vapaita tekstejä käyttäen (Anttila ym. 2015, 37; Saranto & Sonninen 2008, 14). Hoitosuunnitelman tarkoituksena on palvella apuvälineenä hoidon järjestämisessä ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa, joten suunnitelman päivitys ja ajantasaisuus on edellytys hyvälle tiedonsaannille ja hoidon turvallisuudelle. Hoitosuunnitelma elää hoitoa toteutettaessa prosessimallin mukaisesti, jolloin jatkuvasti määritetään uudelleen potilaan hoidon tarpeiden tärkeysjärjestystä, arvioidaan toteutu-

nutta hoitoa vertaamalla sitä tavoitteisiin ja tarvittaessa muutetaan hoitosuunnitelmaa. (Sonninen & Ikonen 2008, 76–79.) Hoitosuunnitelman teossa tulee huomioida potilaan oikeus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, sillä hoidon suunnittelun tulee olla potilaslähtöistä (Rautava-Nurmi ym. 2019, 55–56).

Yksilöllisyys on yksi keskeisistä hoitotyön periaatteista, jota korostetaan hoitotyön eettisissä ohjeissa, hoitosuosituksissa ja erityisesti lainsäädännössä. Yksilöllisyys hoitotyössä ja kirjaamisessa parantaa hoidon laatua, sen tuloksia ja lisää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. (Suhonen ym. 2005, 283-284.) Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista on kirjattu, että potilaan hoidon tulee olla yksilöllistä ja potilaslähtöistä, joka tarkoittaa, että potilaan on voitava vaikuttaa omaan hoitoonsa liittyviin valintoihin (785/1992). Potilas otetaan mukaan hoidon suunnitteluun, hänen kertomuksensa ja näkemyksensä omasta hoidostaan selvitetään ja kirjataan hoitosuunnitelmaan kuvaamaan yksilöllisesti potilaan vointia, voimavaroja ja selviytymistä ja niiden perusteella määritettyä hoidon suunnittelua kokonaisuudessaan (Suhonen 2005, 36–50; Koivuranta-Vaara 2011, 13). Yksilöllisen hoitosuunnitelman tulee perustua potilaan kokemuksiin oireisiin, voinnin tarkkaan ja jatkuvaan kuvaukseen ja koko hoidon aikaiseen arviointiin, johon tulee varata aikaa (Suhonen 2005, 36–50).

Tarkastelunäkökulma tulisi siirtää hoitajalähtöisestä hoitamisesta ja sen kirjaamisesta kohti yksittäistä potilasta sekä potilaan osallistumisen mahdollistamista omaan hoitoonsa. Potilaan kokemus yksilöllisyydestä muodostuu vuorovaikutuksesta hoitotilanteissa, joissa hoitaja toteuttaa hoitosuunnitelmaa. Puhutaan vuorovaikutuskehästä eli prosessista, jossa tiedon kerääminen, kirjaaminen ja tiedon käyttö kohtaamisissa on jatkuvaa, sisältäen toisiaan seuraavia ja täydentäviä vaiheita. Koska hoito on etenevää kirjaaminenkaan ei saa rajoittua hoitosuunnitelman alkukartoitukseen. (Suhonen 2005, 36–50.)

Hoitosuunnitelman hyödyntäminen hoitotyössä yhteistyössä potilaan kanssa johdattaa yksilölliseen hoitoon, jonka toteutus tulee pystyä osoittamaan hoitotyön kirjauksista. Kirjausten tulisi olla yksilöllistä tilannetta ja hoidon etenemistä kuvaavia. Vähäinen, epämääräinen ja rutiinomainen hoitotyön kirjaaminen ei anna yksilöllisen hoidon toteutumiseksi tarvittavia tietoja potilaasta. Yksilöllinen kirjattu

hoitotieto mahdollistaa laadukkaan hoidon ja paremmat hoitotulokset, koska potilaat ovat motivoituneempia yksilöllisesti ammattitiedon perusteella heille sovellettuun hoitoonsa saadessaan itse siihen vaikuttaa. Näin toteutuva hoitotyö ja sen dokumentoiminen on näyttöön perustuvaa toimintaa. (Suhonen 2005, 36–50.)

3.4 Laadukas hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön johtamisessa kehittämisen ja päätöksenteon tueksi tarvitaan dokumentoitua tietoa hoitotyöstä ja hoitotyön tuloksista. Useat hoitotyön tunnusluvut perustuvat kirjaamisen kautta saatavaan tietoon, joita käytetään hoitotyön johtamisen apuvälineenä. Näin ollen kirjaamisen laatu on merkittävässä asemassa. (Kaila & Kuivalainen 2014.) Kirjaaminen on tärkeä hoitotyön toiminnan ja sen vaikutusten osoitin, sillä hoitotyön dokumentaation kautta voidaan seurata hoitotyön laadulle asetettuja tavoitteita. Potilasturvallisuus on yksi keskeisimpiä hoidon laadun ulottuvuuksista. Potilaan hyvä ja laadukas hoito tarkoittaa, että hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa on otettu huomioon ja hoito etenee sujuvana ja turvallisena prosessina perustuen näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin. (Jokinen & Virkkunen 2018, 8, 13.)

3.4.1 Näyttöön perustuva kirjaaminen

Lain mukaan (1326/2010) terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja toiminnan tulee olla turvallista ja laadukasta ja tästä syystä myös kirjaamisessa tulee ottaa huomioon näyttöön perustuvan hoitotyön vaatimukset (Hallila 2005, 12–13; Pekkala 2008, 48–54). Hoitotyön toiminnan vaikuttavuus on pystyttävä osoittamaan, joten kokemustiedon tai vanhojen totuttujen tapojen mukaan toimiminen ja kirjaaminen ei ole riittävää. Perustelemattomasta käytännöstä on siirryttävä näyttöön perustuvaan päätöksentekoon, jolla tarkoitetaan parhaan, ajantasaisen tiedon tarkkaa arvioitua ja punnitua soveltamista potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. (Pekkala 2008, 48–54.)

Näytön vaatimuksena on, että tiedetään mitä hoidolla tavoitellaan, mitä hoidetaan ja onko hoito toimivaa. Tämä vaatii kriittistä ajattelua, jolloin hoitopäätöksiä tehdään tosiasioihin pohjautuen, läpinäkyvästi ja avoimesti. Samoilla periaatteilla hoitopäätökset myös kirjataan. Hoitoprosessin kirjaamisen laadulla on vaikutusta hoidon uskottavuuteen ja pätevyyteen. Näyttöön perustuvassa kirjaamisessa kielien tulisi olla yhtenäistä, hoitoprosessi tulisi dokumentoida tarkasti ja läpinäkyvästi siten, että hoitoprosessin tapahtumat, merkitykset ja perusteet ovat selkeitä. (Pekkala 2008, 48–54.)

Näytön tulisi olla luettavissa hoitotyön kirjauksista, joista tulee näkyä hoitotyön päätösten perustana oleva tieto ja mitä hoitotyön keinoilla saavutettiin. Hoitotyön kirjaamisen tarkoituksena on kuvata hoitotyön vaikuttavuutta eli pystyä osoittamaan hoitotyön vaikutukset potilaiden terveyteen. Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteina onkin, että potilaat saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa, hoitotyöstä karsiutuvat tehottomat tai vailla tieteellistä varmuutta olevat auttamiskeinot, huomioidaan tiedonkulun tuomat hyödyt, voimavarat kohdistetaan oikein ja taloudellisesti sekä suullisesta ja epätarkasta tiedottamisesta päästään eroon. (Hallila 2005, 12–13.) Pekkalan (2008) mukaan kirjaamista voidaan arvioida näyttöön perustuvuuden kriteerien perusteella, joita kuvataan taulukossa 3 (Pekkala 2008, 53).

TAULUKKO 3. Näyttöön perustuvan kirjaamisen kriteereitä (Mukaillen Pekkala 2008, 53)

| Kriteeri | Selitys |
|-----------------------|---|
| Pätevyys | Potilasasiakirjoista selviää, miten hoitoprosessissa on päästy tuloksiin. |
| Toistettavuus | Hoitoprosessi tulee dokumentoida niin, että se on toistettavissa. |
| Edustuksellisuus | Potilaan näkökulma tulee olla kirjattuna. |
| Kliininen soveltuvuus | Oleelliset hoitoon liittyvät asiat tulee olla löydettävissä helposti. |
| Selkeys | Kirjaamisen rakenne on yhtenäinen ja kieli selkeää. Hoito ja perusteet ovat selvät ammattilaisille sekä potilaalle. |
| Tarkkuus | Prosessi on kuvattu tarkasti ja läpinäkyvästi. |

Näyttöön perustuvien hoitosuositusten sisällöstä voidaan johtaa laadun arviointikriteerejä hoidon toteutukselle ja sitä kautta hoitotyön kirjaamiselle, joiden avulla voidaan arvioida kirjaamisen kokonaislaatua (Pekkala 2008, 50–52; Saranto & Ikonen 2008, 189–191). Kirjaamisen laatu on enemmän kuin pelkän yksittäisen hoitomerkin kirjaaminen. Kyseessä on kirjaamiseen vaikuttavat ulkoiset, sisäiset ja sen tuloksena syntyvät tekijät. (Saranto & Ikonen 2008, 189–192.) Kirjaamiseen liittyviä laatukriteerejä ovat laadun rakennekriteerit, laadun prosessikriteerit sekä tulokriteerit, jotka on esitetty taulukossa 4 Sarantoa & Ikosta (2008, 189–192) mukaillen. Laatukriteereissä olennaista on, että kriteerin sisältö on määritelty ja taso on seurattavissa, jotta niistä voidaan johtaa arviointikohteita, jotka mahdollistavat toiminnan laadun arvioinnin organisaation tarpeen mukaan (Saranto & Ikonen 2008, 189–192). Jatkuva mittaaminen ja kehittäminen on laadunhallinnan pääsääntö (Lecklin 2002, 72).

TAULUKKO 4. Kirjaamisen laatukriteerit Sarantoa & Ikosta (2008, 189–192) mukaillen

| Laadun rakennekriteerit |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hoitoympäristö ja sen ergonomisuus • Henkilökunnan asenteet työtä ja työvälineitä kohtaan • Henkilökunnan osaaminen ja motivaatio • Optimaalinen ajankäyttö • Käytössä olevien laitteiden ja järjestelmien määrä ja laatu • Käytössä olevan ohjelmiston kyky koota olennaiset tiedot käytettävään muotoon mukaillen lain ehtoja siitä mitä keskeisiä tietoja tulee kirjata |
| Laadun prosessikriteerit |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hoitoprosessin vaiheiden kuvausten vakioitu kirjaamiskäytäntö • Tietojärjestelmien käytettävyys sujuvasti ja turvallisesti • Kirjatun tiedon ajantasaisuus • Eri tietojärjestelmien yhteensopivuus (tieto voidaan tallentaa monesta paikasta eri asiantuntijoiden toimesta) |
| Tuloskriteerit |
| <ul style="list-style-type: none"> • Päämäärien saavuttamisen aikaväli ja kustannustehokkuus • Tallennetun tiedon virheettömyys ja vaikuttavuus • Kirjattu tieto osoittaa hoitopäätökset ja hoidon vaikutukset • Potilaan riittävä tiedonsaanti ja yksityisyyden suojan säilyminen • Mahdollisuus hoitotietojen jatkokäyttöön (kirjatun tiedon tulee olla rakenteista) |

Systemaattisessa rakenteisessa prosessimallin mukaan etenevässä kirjaamisessa toteutuu kirjaamisen laatuksiteerit. Laadukas hoitotyön kirjaaminen on näyttöön perustuvaa eli rakenteista prosessimallin mukaan etenevää ja kriittistä ajattelua vaativaa. (Ensio 2008, 56; Pekkala 2008, 48–54; Kaila & Kuivalainen 2014.) Näyttöön perustuva rakenteinen prosessimallin mukainen kirjaaminen ohjaa hoitosuositusten noudattamiseen, tukee hoidon jatkuvuutta, takaa ajantasaisen tiedon riippumatta hoitavasta organisaatiosta, parantaa potilaan oikeusturvaa, potilasturvallisuutta ja vähentää tulkintaepäselvyyksiä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 28). Kirjaamisen laadukkuudesta kertoo tyytyväinen potilas, jota hoitaneilla asiantuntijoilla on ollut tarvittavat kirjatut hoitotiedot käytössään päätöksiä tehdessään, jolloin potilas on saanut tarvitsemansa avun (Saranto & Ikonen 2008, 192).

3.4.2 Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi

Kirjaaminen kuuluu olennaisena osana hoitotyöhön ja kirjaamisen laadun arviointi on tärkeä osa hoitotyön laadun arviointia, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa hoidosta ja sen laadusta, hoidon sujuvuudesta, resursoinnista sekä tuloksista (Kaila & Kuivalainen 2014). Mykkäsen ym. (2018, 203) mukaan Suomessa hoitotyön rakenteista kirjaamista on hyvin vähän järjestelmällisesti arvioitu. Hoitotyön kirjaamisen laatua on useimmiten mitattu auditoimalla potilaan hoitosuunnitelmia ja hoitotyön merkintöjä jälkikäteen (Saranto & Kinnunen 2009).

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laadun, tason ja kehittämisalueiden arvioinnissa käytetään valtakunnallisessa ja kansallisessa kirjaamisen hankkeissa (HoiDok- ja HoiData- hankkeet 2005–2009) kehitettyä hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittaria. Mittari perustuu maan standardeihin ja hoitotyön prosessimalliin ja sen avulla kirjaamisen laadunvalvonta on mahdollista ja kirjaamista voidaan toistuvasti arvioida. (Kaila & Kuivalainen 2014.) Laadun arviointimittaria kutsutaan tutkimusjulkaisuissa myös auditointimittariksi tai auditointimalliksi (Kaila & Kuivalainen 2014; Mykkänen ym. 2018, 205). Kailan ja Kuivalaisen kehittämä mittari on tarkoitettu olemaan hoitotyön kirjaamisen laadun yleinen arviointimittari Suomessa, koska tällainen on Suomesta puuttunut (Saranto & Kinnunen 2009,

Kaila & Kuivalainen 2014). Auditointimallilla arvioidaan hoitotyön kirjaamisen laatua hoitotyön prosessimalliin, kirjaamisen potilaslähtöisyyteen ja johdonmukaisuuteen perustuen. Mittarilla arvioidaan hoitotyön kirjaamisen laatua yleisellä tasolla, ei kirjaamisen sisältöä. (Kaila & Kuivalainen 2014.)

Auditointimallin avulla kirjaamista voidaan arvioida toistuvasti ja keskeiset kirjaamisen kehittämiskohteet voidaan osoittaa selvästi (Mykkänen ym. 2018, 204). Tutkimusten mukaan mittari sopii suomalaisen hoitotyön kirjaamismallin (FinCC) mukaiseen kirjaamisen arviointiin. Mittarin osioiden mukainen arviointi osoittaa hoitotyön prosessin vaiheiden, potilaslähtöisyyden sekä kirjaamisen johdonmukaisuuden tai näiden puutteet kirjaamisessa. Mittaria käyttämällä kirjaamisen laatu ja kehitysalueet voidaan luotettavasti osoittaa. (Mykkänen ym. 2018, Kaila & Kuivalainen 2014, Saranto & Kinnunen 2009.) Kailan & Kuivalaisen (2014) mukaan kirjaamisen laadun arviointimittaria voidaan käyttää apuna hoitotyön johtamisessa, kun arvioidaan kirjaamisen määrää tai laatua, sillä monet hoitotyön tunnusluvut perustuvat kirjaamisen kautta saatuun tietoon.

Törnvall & Wilhelmsson (2008) toteavat, että hoitotyön kirjaamisen laadun kehittäminen on tärkeää hyvän ja turvallisen hoidon varmistamiseksi. Hoitotyön kirjausten tulisi kuitenkin olla selkeämpiä ja kattavampia, jotta ne voisivat toimia laadun kehittämisen perustana. (Törnvall & Wilhelmsson, 2008, 2123-2124). Laadunhallinnan peruseriaatteisiin kuuluukin toiminnan laadun seuranta, toistuva jatkuva arviointi ja vertailu tavoitteisiin sekä toiminnan parantaminen tavoitteiden saavuttamiseksi (kuva 4). Tämä tarkoittaa säännöllistä ja jatkuvaa mittareiden käyttöä ja saatujen tulosten arvioimista asetettuja tavoitteita vasten. Mittaustulosten perusteella suunnitellaan tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä, joiden toteuttamista ja vaikutuksia arvioidaan suunnitellusti. (Koivuranta-Vaara 2011, 8, 17.)



KUVA 4. Laadunhallinta ja jatkuva parantaminen (Koivuranta-Vaara 2011, 8)

3.5 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla kuvataan jo olemassa olevaa tietoa opinnäytetyön rajaamalla aihealueelta asetettujen tutkimuskysymysten avulla. Kirjallisuuskatsauksen myötä saatiin näkemys siitä, mitä aiheesta jo tiedetään ja millaista aiempaa tutkittua tietoa aiheesta on jo olemassa (Hirsjärvi ym. 2014, 121.) Seuraavaksi kuvataan kirjallisuuskatsauksen eteneminen ja tulosten yhteenveto.

3.5.1 Kirjallisuushaku

Työn aihealueeseen perehtyminen aloitettiin tekemällä sattumahakuja aiheesta. Sattumahaun kautta löydetyt tutkimukset auttoivat varsinaisen kirjallisuuskatsauksen teossa ja aiheen rajaamisessa. Kirjallisuuskatsauksen suunnitteluvaiheessa pyydettiin informaation näkemystä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta haastavan sanaston vuoksi. Suomalaisina hakusanoina käytettiin taulukon 1 mukaisia hakusanoja. Hakusanoja optimoitiin yleisen suomalaisen asiasanaston (YSA) avulla. Aiheeseen liittyvän terminologian haastavuudesta johtuen ei täsmälleen oikeita suomalaisia käsitteitä löytynyt pelkkien sanastojen avulla. Hakusanat käännettiin englanniksi ja niillä tehtiin koehakuja, joilla löytyi aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja tutkimuskirjallisuudessa käytettyä termistöä.

Cinahl –tietokannassa täsmällinen asiasanahaku ei tuottanut toivottuja hakutuloksia, joten hakusanoina käytettiin tutkimuskirjallisuudesta löydettyjä termejä, jotka vastasivat vain osittain MeSH –asiasanoja (taulukko 1). Taulukon mukaisesti hakusanoiksi muodostuivat Nursing Document*, Nursing Record*, Electronic health record*, Nursing record system*, Structur* record*, Systemat* record*, Nursing process, Nursing Classification*. Hakusanoista muodostettiin hakulausekkeita Boolean operaattoreiden OR ja AND avulla taulukon 1 mukaisesti.

TAULUKKO 1. Hakulausekkeet muodostuivat hakusanataulukon mukaisesti

| | Käsite 1 | AND | Käsite 2 | AND | Käsite 3 |
|--|-----------------|-----|---|-----|--|
| Keskeiset käsitteet suomeksi | Hoitotyö | | Sähköinen kirjaaminen Dokumentointi Rakenteinen kirjaaminen/rakenteiset dokumentit Systemaattinen kirjaaminen | | Hoitotyö* prosessi Luokitukset (FINCC TAI CCC) Hoidon tarve/diagnoosi Hoidon tavoite Hoitotyön toiminnot Hoidon tulos |
| | OR | | OR | | OR |
| YSA | Hoitotyö | | Sähköinen kirjaaminen Dokumentointi Rakenteiset dokumentit Systemaattinen kirjaaminen | | Hoitotyö* Prosessi/hoito Luokitukset/luokitusjärjestelmät Hoitotarve/Hoidon tarve |
| | OR | | OR | | OR |
| Mesh sanastosta ja tutkimuskirjallisuudesta löytyneet käsitteet | Nursing | | Nursing Document* Nursing Record* Electronic health record* Nursing record system* Structur* record*/ Systemat* record*/ | | Nursing process Nursing Classification* |

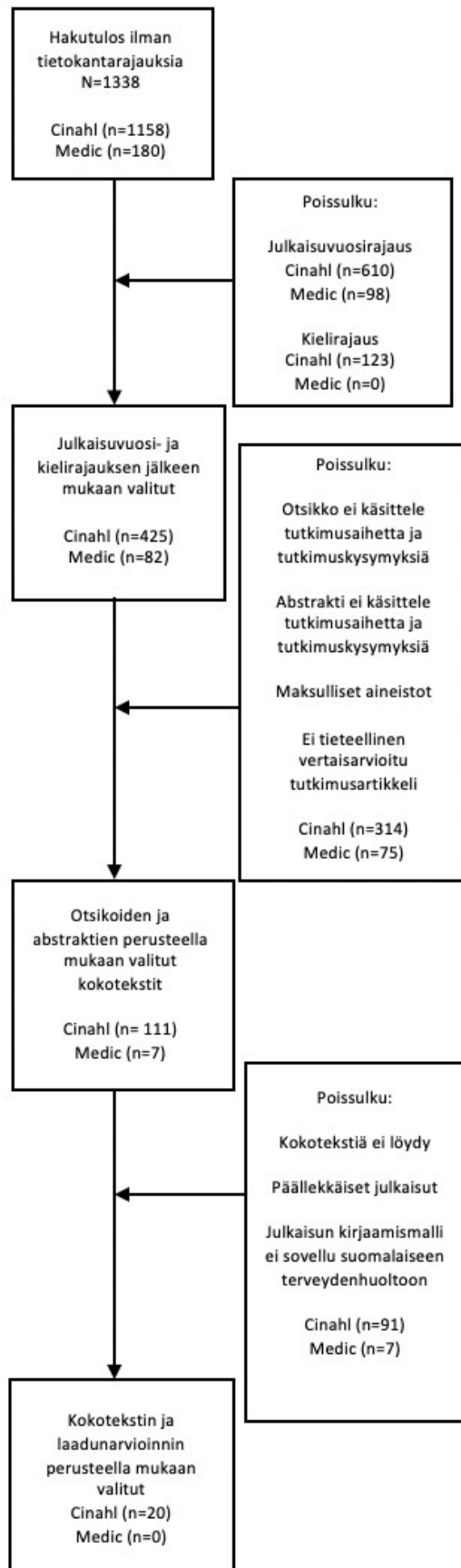
Cinahl -tietokannassa tehdyn lopullisen haun luotettavuudesta ja kattavuudesta kertoo se, että koehakuina löytämämme artikkelit löytyivät kaikki myös lopullisesta hausta. Hakuja teimme myös muissa tietokannoissa, kuten Medic -tietokannassa, mutta hauilla ei oleellista uutta Cinahl –tietokannan hakuun verrattuna löytynyt, joten tässä kuvaamme vain Cinahl- ja Medic tietokantojen hakutulokset.

Tietokannoissa haku suoritettiin siten, että hakusanataulukon mukaisten hakusanayhdistelmien ja hakulausekkeiden syöttämisen jälkeen päätettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit varmistavat, että tutkimus pysyy rajatussa keskiössä ja sisältää vain tarkoituksenmukaisen tutkimusaineiston (CRD 2009,10). Taulukossa 2 kuvattuna kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kaaviossa 1 kuvataan kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten valinta poissulku- ja sisäänottokriteerien avulla. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kokotekstien perusteella n=20 tutkimusta.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten laatua arvioitiin Palomäen ja Piirtolan (2012, 73) opinnäytetyössään koontaman alkuperäistutkimuksen laadunarviointitaulukon avulla. Valikoiduista tutkimuksista ei laadunarvioinnin pisteytyksen perusteella kuitenkaan jätetty yhtäkään tutkimusta pois, sillä kaikki tutkimukset ilmensivät hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista ja kirjaamisen laatua. Tutkimustaulukko kirjallisuuskatsaukseen valikoiduista tutkimuksista on esitetty liitteessä 1.

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

| Sisäänottokriteeri | Poissulkukriteeri |
|---|---|
| Tutkimus julkaistu vuosina 2009–2019 | Ennen vuotta 2009 julkaistut tutkimukset |
| Julkaisukielenä suomi tai englanti | Muut kuin suomea tai englantia julkaisukielenä käyttävät julkaisut |
| Otsikko tai tiivistelmä käsittelee tutkimusaihetta ja vastaa tutkimustehtäviin | Otsikko tai tiivistelmä ei käsittele tutkimusaihetta tai ei vastaa tutkimustehtäviin |
| Kokotekstiartikkeli on löydettävissä sähköisesti Tampereen ammattikorkeakouluyhteisön kirjaston tietokantojen kautta tai lähikirjastoista ja on maksetta saatavilla | Kokotekstiartikkeliä ei löydy sähköisesti tai lähikirjastoista eikä ole maksetta saatavilla |
| Hyväksytään vain tieteelliset, vertaisarvioidut alkuperäistutkimusartikkelit | Poissuljettu pro gradut, ammattilehtien artikkelit, hankeraportit ym. |
| Julkaisujen hoitotyön kirjaamismalli soveltuu suomalaiseen terveydenhuoltoon | Julkaisujen hoitotyön kirjaamismalli ei sovellu suomalaiseen terveydenhuoltoon |
| Julkaisulle on suoritettu laadunarviointi | |



KAAVIO 1. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten valinta

3.5.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Hoitotyön kirjaaminen mahdollistaa laadukkaan, tehokkaan ja turvallisen hoidon (Mykkänen ym. 2016, 466). Hoitotyön kirjaaminen edistää hoidon jatkuvuutta takaamalla kirjatun tiedon saatavuuden kaikille hoitoon osallistuville (Gjevjon ym. 2010, 101). Laadukkaat potilasasiakirjat, jotka muodostuvat tarkasta ja johdonmukaisesta hoidon kirjaamisesta, toimivat turvallisen hoidon takaajina (Akhu-Zaheya ym. 2018, 586). Kirjaamisen tulee olla yhdenmukaista ja selkeää sekä olennaiset tiedot potilaan hoidosta sisältävää (Paans ym. 2010, 2482). Hoitotyön kirjaukset ovat osoituksia toteutuneen hoitotyön laadusta ja tekee hoitotyön näkyväksi (Gjevjon ym. 2010, 101, 105; Akhu-Zaheya ym. 2018, 583). Kirjaamisen tulisikin ylittää korkeisiin standardeihin nojaten tutkittuun tieteelliseen tietoon, jotta voidaan varmistaa terveydenhuollon palveluiden korkea laatu ja turvallisuus (Akhu-Zaheya ym. 2018, 578). Hoitotyön kirjaamista voidaan käyttää myös toissijaisiin tarkoituksiin kuten laadun varmistukseen, hoitotyön kehittämiseen, resurssien kohdentamiseen, terveydenhuollon suunnitteluun ja oikeudellisiin tarkoituksiin (Wang ym. 2011, 1859).

Sähköisen kirjaamisen vaatimuksena on, että kirjattu tieto tallennetaan standardoitujen periaatteiden mukaisesti rakenteisessa muodossa mahdollistaen tiedon haun ja tehden tiedon hausta nopeampaa (Mykkänen ym. 2016, 468). Standardoidussa rakenteisessa kirjaamisessa rakenne noudattaa hoitotyön prosessia, jonka vaiheiden sisältöjä kuvataan hoitotyön termistöjä ja luokituksia käyttäen (Mykkänen ym. 2016, 466; Häyrinen ym. 2010, 555). Tutkitusti hoitotyön kirjaamista ja hoitosuunnitelmia rakenteistetaan kansallisesti ja kansainvälisesti hoitotyön prosessimallin ja hoitotyön luokitusten mukaan (Häyrinen ym. 2010, 554; Saranto ym. 2014, 629). Standardoitu rakenteinen hoitotyön kieli parantaa hoitotyön dokumentoinnin laatua (Akhu-Zaheya ym. 2018, 586; Wang ym. 2011, 1858-1859; Saranto ym. 2014, 635). Rakenteisella kirjaamisella on todettu olevan myös muita positiivisia vaikutuksia. Rakenteisen kirjaamisen on todistettu tukevan päivittäistä hoitotyötä ja tiedon uudelleen käyttöä ja näin helpottaen hoidon jatkuvuutta potilasturvallisuutta edistäen. Rakenteisesti kirjattu tieto helpottaa sujuvaa ja yhtenäistä tiedon vaihtoa hoitoon osallistuvien kesken organisaatiossa ja organisaatioiden välillä mahdollistaen korkealaatuisen hoidon moniammatill-

sisä tiimeissä. Rakenteisen kielen käyttö johtaa kattavampaan hoitotyön prosessin dokumentointiin, joka toteuttaa kirjaamisen lailliset vaatimukset. Hoitajien on todettu suhtautuvan rakenteiseen kirjaamiseen positiivisesti, mutta hoitajat tarvitsevat enemmän koulutusta ja johdon tukea hyötyäkseen rakenteisesta kirjaamisesta. (Saranto ym. 2014, 635, 643.)

Rakenteista tietoa voidaan käyttää myös toissijaisiin tarkoituksiin terveydenhuollon johtamisessa (Mykkänen ym. 2016, 470; Häyrinen ym. 2010, 562). Esimerkiksi hoitokäytäntöjen sekä laadun ja turvallisuuden kehittämiseen, sekä henkilöstö- ja talousjohtamiseen (Häyrinen ym. 2010, 562). Rakenteisen tiedon avulla hoitotyö saadaan näkyväksi ja mitattavaksi (Mykkänen ym. 2016, 469; Häyrinen ym. 2010, 562). Rakenteisen tiedon perusteella yksikön ja organisaation profiilit saadaan näkyvimmiksi, mikä auttaa kohdentamaan hoitotyön resursseja, koulutusta, tutkimusta ja opetusta. Rakenteista tietoa voidaan siis hyödyntää näyttöön perustuvan hoidon kehittämisessä yksikkö- ja organisaatiotasolla. (Mykkänen ym. 2016, 469-470.) Vertailukelpoinen, standardoitu rakenteinen tieto on olennaista potilasturvallisuuden, laadun ja näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä (Park & Lee 2015, 35).

Hoitotyön prosessi on toiminut hoitotyön ja hoitotyön kirjaamisen teoreettisena kehyksenä vuosikymmeniä (Wang ym. 2011, 1859; Häyrinen ym. 2010, 561; Saranto ym. 2014, 641). Hoitotyön prosessia pidetään kattavan hoitotyön kirjaamisen kehyksenä ja prosessi toimiikin rakenteisen kirjaamisen perustana (Gjevjon ym. 2010, 105). Hoitotyön prosessi on rakenteinen ongelmaperustainen lähestymistapa hoitotyöhön muodostuen seuraavista vaiheista; hoidon tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi (Gjevjon ym. 2010, 100–101; Wang ym. 2011, 1859; Häyrinen ym. 2010, 555). Hoitotyön prosessin on tarkoitus edistää hoidon jatkuvuutta ja yksilöllisyyttä järjestelmällisen hoitotyön kirjaamisen kautta (Gjevjon ym. 2010, 100–101). Hoitotyön prosessi tarjoaa hoitotyölle loogiset perusteet ja turvaa sekä potilaiden, että hoitajien oikeuksia (Devi 2018, 243–244). Hoitotyön prosessin ja standardoitujen termistöjen ja luokitusten käytön on todettu parantavan hoitotyön dokumentaation laatua (Häyrinen ym. 2010, 562). Hoitotyön prosessin noudattamattomuus hoitotyössä ja kirjaamisessa saattaa johtaa huonoon hoidon laatuun, joka ilmenee esimerkiksi hoidon epäjohtonmu-

kaisuutena, lääkitysvirheinä, potilaiden tyytymättömyytenä ja hoidon epäonnistumisena (Devi 2018, 244; De Moraes Lopes ym. 2010,117). Hoidon jatkuvuuden vaarantuminen johtaa myös hoidon tehottomuuteen (De Moraes Lopes ym. 2010,121–122). Hoitotyön johto onkin johtavassa roolissa hoitotyön prosessin kehittämässä ja jalkauttamisessa työyhteisöihin (Mykkänen ym. 2016, 467).

Hoitotyön prosessin käytössä hoitotyössä (Devi 2018, 243), sekä hoitotyön kirjaamisessa on osoittautunut olevan puutteita (Mykkänen ym. 2018, 211; De Moraes Lopes ym. 2010, 116, 119; Häyrynen ym. 2010, 561; Rykkje 2009, 11–12; Turjamaa ym. 2015, 321; Paans ym. 2010, 2485; Annersten Gershater ym. 2011, 225; Gjevjon ym. 2010, 105; Akhu-Zaheya ym. 2018, 586; Wang ym. 2011, 1869; Galdino Junior ym. 2018; Devi 2018, 246–247). Prosessin vaiheita käytetään kirjaamisessa, mutta tutkimuksissa kirjaamisen on todettu etenevän kronologisesti kuvailevaan tyyliin hoitotyön prosessia johdonmukaisesti noudattamatta (Mykkänen ym. 2018, 203; Paans ym. 2010, 2485). Teoriassa hoitajilla tulisi olla hoitotyön prosessin osaamista koulutuksensa perusteella jo vuosikymmenten ajan, mutta he eivät toteuta sitä käytännössä (De Moraes Lopes ym. 2010,117). Hoitajien on todettu kuitenkin suhtautuvan pääosin positiivisesti hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen, mutta merkittävä kuilu prosessiin liittyvien tietojen ja käytännön toiminnan välillä on todettu (Patiraki ym. 2017, 92).

Yhtenäinen terminologia on olennaista hoitotyön kirjaamisessa laadun varmistamiseksi (Kinnunen ym. 2016, 462). Yksiselitteistä kieltä ja laadukasta hoitotyön dokumentaatiota tarvitaan tiedon kulkuun potilaan hoidossa potilasturvallisuuden takaamiseksi (De Groot ym. 2019, 1390). Nykyajan sähköinen kirjaaminen mahdollistaa luokitusten ja termistöjen käytön kirjaamisen rakenteen ja sisällön yhtenäistämiseksi (Mykkänen ym. 2018, 205). Luokitusten käytön on todettu johtavan laadullisesti parempaan kirjaamiseen (Patiraki ym. 2017, 89). Kirjaamisen on havaittu olevan johdonmukaisempaa (Rykkje 2009, 9). Yhtenäinen kansallinen malli hoitotyön dokumentointiin parantaa tiedon kulkua, johtamista, tutkimusta ja kehitystä kohti näyttöön perustuvaa hoitoa (Mykkänen ym. 2016, 466). Suomessa, kansallisen hoitotyön kirjaamisen mallissa käytetään yhteisesti sovittuja tietorakenteita (Mykkänen ym. 2018, 205). Kansallisessa mallissa rakenteinen kirjaaminen perustuu hoitotyön prosessiin ja prosessin vaiheita kuvataan suomalaisella

hoitotyön luokituskokonaisuudella (FinCC=Finnish Care Classification), joka perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification (CCC) -luokituskokonaisuuteen (Mykkänen ym. 2016, 467; Kinnunen ym. 2016, 462). Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli on osa sähköisiä potilastietojärjestelmiä (Mykkänen ym. 2016, 467). Kansallisen mallin on todettu soveltuvan hoitotyön kirjaamiseen ja sitä käytetään kirjaamisessa, mutta luokituksen käyttö on osoittautunut epä johdonmukaiseksi (Häyrinen ym. 2010, 561).

Hoitotyön kirjaaminen on tärkeässä roolissa hoidon jatkuvuuden, potilasturvallisuuden ja hoitotyön johtamisen näkökulmasta edellä esitetyn perusteella. Hoitotyön kirjaamisen laatu ja tarkkuus vaatii järjestelmällistä arviointia (Mykkänen ym. 2016, 466; Mykkänen ym. 2018, 212). Hoitotyön kirjaamisen laadun merkitys tunnustetaan kansainvälisesti, mutta hoitotyön kirjaamisen laadun arvioinneissa on epä johdonmukaisuuksia johtuen kansallisista vaatimuksista, kirjaamismalleista ja termistöistä (Wang ym. 2011, 1859; Paans ym. 2010, 2482). Kansainvälisen yhteisen näkemyksen mukaan laadukkaan hoitotyön kirjaamisen tulisi kuitenkin pohjautua hoitotyön prosessiin (Paans ym. 2010, 2482; De Groot ym. 2019, 1390). Myös standardoitujen termistöjen ja luokitusten sekä käyttäjätasojen potilastietojärjestelmien käyttö on todettu tärkeiksi laatutekijöiksi hoitotyön kirjaamiselle (De Groot ym. 2019, 1390). Laadukkaassa prosessin mukaisessa kirjaamisessa olennaista on myös huomioida potilaan yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys (Turjamaa ym. 2015, 321). Yksilöllisyyden puute on todettu kirjaamisessa, erityisesti hoitosuunnitelmissa (Park & Lee 2015, 41; Turjamaa ym. 2015, 321), jotka ohjaavat potilaan yksilöllistä hoitoa hoitotyön prosessin vaiheiden ja luokitusten mukaisesti (Devi 2018, 243). On huomioitavaa, että standardoidut luokitukset eivät ole este yksilölliselle kirjaamiselle, vaan luokitusten otsikot valitaan potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden ja kirjaamisessa tarkennetaan potilaan yksilöllistä ja ainutlaatuista tilannetta vapaalla tekstillä valmiiden otsikoiden lisäksi (De Groot ym. 2019, 1390).

Hoitotyön kirjaamisen laatua arvioidaan auditointimalleilla/-mittareilla, jotka ovat usein kehitetty kansallisiin tarkoituksiin (Wang ym. 2011, 1859; Mykkänen ym. 2018, 205, 211). Suomessa kehitetty auditointimalli sopii suomalaisen hoitotyön kirjaamismallin mukaiseen kirjaamisen arviointiin. Sen avulla kirjaamisen taso, laatu ja kehittämisalueet voidaan osoittaa. (Mykkänen ym. 2018, 211.) Hoitotyön

kirjaamista on auditoitu kansainvälisesti pääosin kolmesta eri näkökulmasta: rakenne, prosessi ja sisältö. Hoitotyön kirjaamisen laadun parantamiseksi on tunnistettu seuraavia keinoja: sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö, rakenteisen standardoidun kirjaamisen käytännöt, tiettyjen hoitotyön teorioiden soveltaminen, koulutus ja organisaatiomuutokset. (Wang ym. 2011, 1858, 1871.) Seurannan ja säännöllisen auditoinnin puute voi johtaa huonoon hoitotyön kirjaamisen laatuun, huonoihin kirjaamiskäytäntöihin ja heikkoon kirjaamisen sisältöön. Tämän lisäksi säännöllisen auditoinnin puute heijastaa sairaaloiden laadunvarmistus- ja seurantajärjestelmien heikkoutta. (Akhu-Zaheya ym. 2018; 586.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

4.1 Tutkimusympäristö

Tässä työssä hoitotyön kirjauksia tarkasteltiin yliopistosairaalan sisätautiosastoilla, joissa oli ollut käytössä sähköinen Uranus -potilastietojärjestelmä reilun vuoden ajan. Hoitotyötä kirjattiin kansallisen hoitotyön kirjaamismallin mukaisesti hoitotyön prosessin vaiheisiin perustuen, joiden sisältöä kirjattiin suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden avulla (FinCC). Kansallinen kirjaamismalli oli ollut käytössä jo usean vuoden ajan myös aiemmin käytössä olleessa potilastietojärjestelmässä.

Keväällä 2019 sairaanhoitopiirissä auditoitiin hoitotyön kirjaamista hoitotyön kirjaamisen laadunarviointimittarin avulla laajasti koskien yli 100 yksikköä. Auditoinnin tulosten perusteella hoitotyön kirjaamisen taso tarkasteltujen sisätautiosastojen toimialueella oli yleisesti ei hyväksyttävällä ja heikolla tasolla. Työelämän toiveesta keskityimme opinnäytetyössämme tarkastelemaan kahden sisätautiosaston hoitotyön kirjaamisen laatua, sisältöä ja kehittämisalueita työn teoreettisen viitekehyksen mukaisesti. Potilastietojärjestelmän vaihduttua Uranukseen toimialueella perustettiin Kirjaamisen mentorit -työryhmä, jonka tarkoituksena on kehittää rakenteista kirjaamista toimialueella eteenpäin sitä käytäntöön jalkauttaen. Opinnäytetyötä voi työryhmä hyödyntää hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä.

4.2 Aineisto ja aineiston keruu

Työssä tarkasteltiin yliopistosairaalan kahden sisätautiosaston potilaiden sähköisiä hoitotyön kirjauksia laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin. Tutkimusmenetelmä valitaan sen mukaan, minkälaista tietoa tutkimuksella halutaan tavoitella (Vilkkä 2015, 63). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan ja ymmärtämään kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 11; Hirsjärvi ym. 2014, 161). Laadullisessa tutkimusmenetelmässä ollaan kiinnostuneita tekstin merkityksen ymmärtämisestä (Hirsjärvi ym. 2014, 165).

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää kirjallisia materiaaleja tutkimusaineistona, tässä tilanteessa yksityisiä dokumentteja (Tuomi & Sarajärvi 2018, 72). Laadullinen aineisto onkin yksinkertaisuudessaan ilmiasultaan tekstiä (Eskola & Suoranta 2000, 15).

Tutkimusluvan saamisen jälkeen, kesäkuun 2019 lopussa, tarkasteltiin molemmilta osastoilta kahdenkymmenen, yhteensä neljäkymmenen potilaan sähköisiä hoitotyön kirjauksia (N=40). Hoitotyön kirjaukset tulostettiin osastoilla heinäkuun 2019 aikana toisen opinnäytetyöntekijän toimesta ja niistä poistettiin nimet ja henkilötunnukset, jonka jälkeen aineisto säilytettiin tietoturva huomioiden. Otokseen valittiin hoitotyön kirjauksia potilailta, jotka olivat olleet osastolla vähintään kolme päivää, jolloin hoitosuunnitelmaa sekä hoidon toteutusta ja arviointia oli ehditty kirjaamaan riittävästi. Potilaan ei tarvinnut olla vielä kotiutunut. Hoitotyön kirjauksista tarkasteluun otettiin hoitosuunnitelma ja kolme viimeistä hoitopäivää, mukailten sairaanhoitopiirin laajempaa auditointia. Hoitotyön yhteenvedot jätettiin tämän työn ulkopuolelle. Laadulliselle tutkimukselle tyypillinen piirre on, että kohdejoukko, eli otos, on valittu tarkoituksenmukaisesti olettaen, että tutkittavasta ilmiöstä saadaan parhaiten tietoa valituilta tiedonantajilta (Hirsjärven ym. 2014, 164; Tuomi & Sarajärvi 2018, 72–73). Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä aineistosta johtamaan tilastollisia yleistyksiä. Aineiston koon sopivuutta ja riittävyttä määrittääkin aineiston kylläntyminen eli saturaatio, jolla tarkoitetaan sitä, että asiat alkavat kertaantumaan. (Hirsjärvi ym. 2014, 182; Tuomi & Sarajärvi 2018, 98–100 kirjassa.)

4.3 Aineiston analysointi

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarilla saatava tulos hoitotyön kirjaamisen laadusta jää yleiselle tasolle, eikä sen avulla voida arvioida sisällöllistä kirjaamista (Kaila & Kuivalainen 2014, 120). Opinnäytetyössä arvioitiin hoitotyön kirjaamisen laatua auditointimittarilla yleisellä tasolla sisällönerittelyn keinoin sekä sisällöllistä kirjaamista teorialähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Tutkimustehtävät ohjasivat aineiston analysointia. Tuomen & Sarajärven (2018, 87) mukaan teorialähtöisellä sisällönanalyysillä tarkoitetaan tekstiaineiston tutkimista laadullisesti, jossa dokumentit analysoidaan sisällönanalyysin keinoin. Sisällön

erittely puolestaan tarkoittaa tekstiaineiston käsittelyä määrällisesti. Tuomen & Sarajärven (2018, 88–89) mukaan sisällön erittelyllä aineistosta saa irti vain hyvin pintapuolista tietoa, kun taas sisällönanalyysillä aineistosta nousee tarkempaa tietoa, jolloin aineisto avautuu enemmän.

Sisätautiosastoilta kerätyn aineiston analysointi aloitettiin numeroimalla potilas-kohtaiset hoitotyön kirjaukset osastoittain yhdestä kahteenkymmeneen ja niitä luettiin kokonaisuudessaan läpi useaan kertaan kokonaiskäsityksen hahmottamiseksi aineistosta.

4.3.1 Sisällön erittely

Tuomen & Sarajärven (2018, 88) mukaan sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysiä kuvaamalla määrällisesti tekstin sisältöä. Pietilän (1973, 53) mukaan ”sisällön erittelyssä tiedot kerätään sanallisessa muodossa, sanallisina ilmaisuina tai sitten määrällisessä muodossa, luokiteltuina tai tilastoituina”.

Hoitotyön kirjaamisen yleistä laatua arvioitiin hoitotyön kirjaamisen laadunarviointimittarilla (liite 4). Hoitotyön kirjaamisen laadunarviointimittari sisältää 15 kriteeriä, jotka jaetaan kolmeen osa-alueeseen: minimi, tavoitteellinen ja yksilöllinen kirjaaminen sisältäen kukin viisi kriteeriä (Kaila & Kuivalainen 2014). Minimikirjaamisen osio muodostuu hoitotyön ydintiedoista, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto (Liljamo ym. 2012, 14). Näiden osalta mittarissa arvioidaan, onko hoitotyön ydintietoja kirjattu ja onko niitä kirjattu oikeaan kohtaan potilastietojärjestelmässä (Kaila & Kuivalainen 2014). Tavoitteellisen kirjaamisen osio mittaa kirjaamisen etenemistä hoitotyön prosessimallin mukaisesti, jossa korostuu hoidon kirjaamisen arviointi suhteessa muihin hoitotyön prosessin vaiheisiin. Yksilöllisen kirjaamisen osio arvioi kirjaamisen yksilöllisyyttä, kuinka potilaan voimavarat huomioidaan kirjaamisessa ja kuinka potilaslähtöistä kirjaaminen on. Mittarin viimeinen kriteeri arvioi kirjaamisen loogisuutta ja johdonmukaisuutta. (Kaila & Kuivalainen 2014.) Mittarin osioiden mukainen kirjaamisen laadun arviointi on osoitus kirjaamisen laadusta, onko kirjaaminen näyttöön perustuvaa hoitotyön prosessin mukaista ja yksilöllistä

sekä minimivaatimukset täyttävää lakien ja asetusten mukaista (Hallila 2005, 12-13; Pekkala 2008, 48-54; 1326/2010).

Laadunarviointimittarin avulla kirjaamisen tasolle saadaan numeerinen tulos, jolle on määritelty sanallinen arvio ei hyväksyttävästä kiitettävään vaihteluvälillä 0-15. Kirjaamisen tasot mittarissa muodostuvat seuraavasti: ei hyväksyttävä taso 0,00-4,99, heikko taso 5,00-8,30, hyvä taso 8,31-11,60, ja kiitettävä taso 11,61-15,00. (Kaila & Kuivalainen 2014.) Tuloksen perusteella mittarissa esitetään toimintasuositus kirjaamisen kehittämiseksi tai ylläpitämiseksi. Ei hyväksyttävällä tasolla tulisi huolehtia, että kirjaaminen saadaan lain vaatimalle tasolle. Heikolla tasolla tulisi tarkastaa asenne kirjaamista kohtaan, varmistaa henkilökunnan kirjaamisosaaminen ja tehdä kehittämissuunnitelma. Hyvällä tasolla tulisi varmistaa mittarin osiokohtainen osaaminen, jonka pohjalta tulisi tehdä kehittämissuunnitelma. Kiitettävällä tasolla tulisi ylläpitää hyvää kirjaamisen tasoa (taulukko 5) (Mykkänen ym. 2018, 208.)

TAULUKKO 5. Hoitotyön kirjaamisen laadun taso, tuloksen arviointi (Mukaiillen Kaila & Kuivalainen 2008/versio 31.3.2012©; Mykkänen ym. 2018, 209)

| | | |
|----------------------|-------------|--|
| Ei hyväksyttävä taso | 0,00-4,99 | Huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle |
| Heikko taso | 5,00-8,30 | Tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisosaaminen ja tee kehittämissuunnitelma |
| Hyvä taso | 8,31-11,60 | Varmista osaaminen / osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma |
| Kiitettävä taso | 11,61-15,00 | Varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla |

Aineisto analysoitiin käyttämällä absoluuttisia lukuja (asteikolla 0-1) mittarin mukaisesti kuvaamaan toteutuneita kirjauksia. Mittarilla saatu tulos muodostui jokaisen yksittäisen arvioitavan kohteen arvoilla 0 tai 1, jossa 0=ei ole kirjattu ja 1=kyllä on kirjattu. Kyllä vastaukseksi riitti yksi positiivinen tulos. Arviointilomakkeena käytettiin valmista Excel –pohjaa laskentakaavioineen (Liite 5), jossa yksi arviointikohde oli yhden potilaan hoitotyön kirjaukset. Mittarin kriteereille annettiin aineiston perusteella arvoja 1 tai 0 sen mukaan, kuinka hoitotyön kirjauksissa toteutui mittarin kriteerin ohjeistus. Näin mittarilla saatiin numeraalinen tulos ku-

vaamaan hoitotyön kirjaamisen laadun tasoa osastoilla. Jotta mittarilla saatiin laskettua kirjaamisen laadun taso, auditoinnissa oli myös huomioitava yhteenvedot, vaikka muutoin ei niitä työssä käsitelty. Mittarin kohdassa 5: “onko hoitotyön yhteenvedo kirjattu”, annettiin kaikille tarkasteluille potilaskohtaisille hoitotyön kirjauksille arvo 1, koska osastoilla yhteenvedot kirjataan jokaisesta potilaasta kotiutumisen yhteydessä osastojen ohjeistuksen mukaisesti. Mittarin numeraalisista tuloksista laskettiin määrällisesti prosentteja kuvaamaan hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisen toteutumista hoitotyön kirjauksissa. Hoitotyön kirjauksia mittarin kautta analysoidessa kokonaiskuva aineistosta hahmottui hyvin.

4.3.2 Teorialähtöinen sisällönanalyysi

Tuomen & Sarajärven (2018) mukaan teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, olemassa olevaan teoriaan tai malliin. Malli kuvataan tutkimuksessa ja sen mukaisesti määritellään muun muassa tutkimuksen kohteena olevat käsitteet. Tutkittava ilmiö määritellään siis jo tunnetun perusteella ja aikaisempaa tietoa testataan uudessa kontekstissa. Teorialähtöisessä analyysissä ilmiöstä jo tiedetty määrittää aineiston hankinnan. Teorialähtöisessä analyysissä päättely suoritetaan deduktiivisesti, jolloin luokittelu perustuu olemassa olevaan käsitejärjestelmään, josta muodostetaan analyysirunko. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 82, 95.)

Hoitotyön kirjauksia tarkasteltiin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla analyysirunkona käytetyn hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin sisältämien hoitotyön prosessin vaiheiden (hoidon tarve, tavoite, hoitotyön suunnitellut toiminnot, hoidon toteutus ja tulos) sekä FinCC –komponenttien, eli hoitotyön sisältöalueiden, kautta.

Analyysirungon sisään muodostetaan aineistosta luokituksia tai kategorioita aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet ovat pelkistäminen (redusointi), ryhmittely (klusterointi) ja teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi). Sisällönanalyysin ajatuksena on järjestää aineisto selkeästi tiiviiseen muotoon olennainen informaatio säilyttäen.

Tämä mahdollistaa luotettavien johtopäätösten tekemisen tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 82, 89, 91–92, 95, 98.)

Ennen sisällönanalyysiä aineisto kirjoitettiin sähköiseen muotoon anonymisoiden hoitokertomusmerkinnöistä tunnistetiedot ja aineisto ryhmiteltiin hoitotyön prosessin vaiheiden ja FinCC -komponenttien mukaisesti säilyttäen dokumenttien alkuperäisilmaisujen yhteydessä osaston tunnus ja dokumentin numero.

Pelkistysvaiheessa (reduointi) aineistosta etsitään tutkimustehtäviä vastaavia ilmaisuja, joita pelkistetään karsien tutkimukseen liittymättömät asiat pois. Tässä vaiheessa olennaista on olla kadottamatta alkuperäisten ilmausten informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 92.) Aineiston alkuperäisilmaisuista etsittiin hoitotyön prosessin vaiheen sisällä FinCC -komponentti kerrallaan kirjausten sisällön perusteella tutkimustehtäviä vastaavia ilmaisuja, joita pelkistettiin (taulukko 6). Hoitotyön kirjauksien pelkistäminen oli haastavaa, sillä kirjatukset itsessään olivat jo hyvin pelkistettyjä ja toisaalta yhden vakiintuneen ilmauksen sisältä saattoi löytyä useampikin pelkistetty ilmaus, kuten myös Tuomi & Sarajärvi (2018, 92) huomauttavat.

Ryhmittelyvaiheessa (klusterointi) pelkistetyistä ilmaisuista etsitään samankaltaisuuksia ryhmitellen ja yhdistellen samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet eri alaluokiksi. Alaluokat nimetään niiden sisällön mukaisesti. Luokittelun tarkoituksena on aineiston tiivistäminen, jolloin yksittäiset tekijät sisällytetään laajempiin käsitteisiin. Luokittelua jatketaan alaluokkia yhdistämällä yläluokiksi ja näitä pääluokiksi lopulta päätyen yhdistävään luokkaan, joka on yhteydessä tutkimustehtävään. Olennaista on, että koko aineiston analyysin ajan säilytetään polku alkuperäisaineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 92–93.) Ryhmittelyvaiheessa hoitotyön prosessin vaiheen sisällä pelkistetyistä ilmaisuista löydettiin sisällöllisesti samankaltaisuuksia ja ilmaisut yhdisteltiin samankaltaisia asioita kuvaaviksi alaluokiksi. Alaluokat nimettiin kuvaamaan pelkistettyjä ilmaisuja. Alaluokkia yhdisteltiin yläluokiksi ja näitä edelleen pääluokiksi, jotka vastasivat FinCC –komponentteja tietyn hoitotyön prosessin vaiheen sisällä (taulukko 6).

Aineiston ryhmittelyn jälkeistä vaihetta kutsutaan käsitteellistämiseksi (abstrahointi). Käsitteellistämisen vaiheessa valikoidun tiedon perusteella muodostetaan

alkuperäisistä kielellisistä ilmaisuista teoreettisia käsitteitä, joihin tutkimusaineisto pyritään liittämään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.) Tuomen & Sarajärven (2018, 98) mukaan teorialähtöiseen sisällönanalyysiin liittyvässä abstrahoinnissa aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin siten, että alkuperäisestä aineistosta on poimittu ilmauksia tietyn teorian mukaisesti. Yhdistävät luokat määritellään runkona käytetyn teorian mukaan. Ryhmittelyä ohjaa tällöin valmis aikaisempaan teoriaan pohjaava analyysirunko. Näin rakentuvien käsitteiden avulla saadaan kuvaus tutkittavasta kohteesta. Luokittelujen pohjalta muodostuneet käsitteet, kategoriat ja niiden sisällöt, kuvataan työn tuloksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 93–95, 98.) Abstrahointivaiheessa aineisto liitettiin teoreettisiin käsitteisiin yhdistävien luokkien kautta, jotka määräytyivät analyysirunkoina käytettyjen hoitotyön prosessin vaiheiden ja FinCC –komponenttien mukaan (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Esimerkki alkuperäisilmausujen pelkistämisestä, ryhmittelystä, luokittelusta ja liittamisestä teoreettisiin käsitteisiin

| Pääloukka / Prosessin vaihe | Alkuperäinen tai pelkistetty ilmaisu | Pelkistetty il- maisu | Alaluokka | Yläluokka / FinCC -kompo- nentti |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|--|
| Hoidon tarve | Nivusissa ja kivek- sissä hautumaa. Ihoinfektio rei- dessä. Pakaravaossa iho- rikkoja. Kantapäissä pai- nehaavat. | | Ihon eheys | Kudoseheys |
| | Päivittäin suihkut ^{us} ja talkki. Haavan paikallis- hoito suihkutteluin ja estämällä hautu- mista. Metyleenisinipens- laus pvm alkaen. Decubituspatja. | | Ihon hoito | |
| | Oikean jalan ruu- suinfektio. | | Diagnoosi | |
| Hoidon tavoite | Toimintakyvyn pa- lautuminen niin, että voi kotiutua apujen kanssa. | Toimintakyvyn palautuminen | Kotiutuminen | Hoidon ja jatko- hoidon koordi- nointi |
| | Kuntoutuminen ko- tona pärjääväksi. Kotikuntoisuus. | Kotikuntoisuus | | |
| | Arjessa pärjäämi- nen | | | |
| Suunnitellut toi- minnot | Nesterajoitus x ml/vrk. Kokonaisnesteet x ml/vrk, tarvittaessa ringer iv. | Nesteytykseen liittyvä ohjeistus | Nestetasapai- non seuranta ja nesteytyksestä huolehtiminen | Nestetasapaino |

| | | | | |
|-----------------|---|--|--|-------------|
| | Nesteet p.o. va- paasti. Nestetavoite x ml/vrk, tarvittaessa ringer i.v. Kokonaisneste- määrä x ml/vrk. | | | |
| | NL lopetettu pvm, seurataan syömistä ja juomista. Nestelista aloitus pvm. | Nestetasapai- non laskeminen | | |
| | Paino päivittäin. | Painon seu- ranta | | |
| Hoidon toteutus | Vatsan toimiminen. Ulosteen määrän tai laadun seu- ranta. | Suoliston toi- minnan seu- ranta | Suoliston toi- minta | Erittäminen |
| | Puhtauden ja hy- gienian hoito. Hoitajan antamat avut. Ulostamiseen liit- tyvä toimintakyky. | Toimintakyky ja avuntarve | | |
| | Pahoinvoinnin ku- vausta. Potilaan voinnin ku- vausta. Oksentaminen. Lisähapen antami- nen. Pahoinvointilääk- keen ottaminen. | Pahoinvoinnin seuranta ja hoito | Pahoinvointi | |
| | Keräyspussin tyh- jennys. Dreenin erityksen seuraaminen. Dreenisidosten vaihto. | Dreenihoito | Muusta eritys- toiminnasta huolehtiminen | |
| | Nenäverenvuodon kuvausta. Ysköksen verisyys. | Verenvuoto | | |
| | Virtsan erittymisen seuranta. Virtsaaminen alusastialle /wc- tuolille / vaippaan. Virtsamäärän ja laadun seuranta. Potilaan kokemus virtsaamisesta. | Virtsaamisen seuranta | Virtsaamiseen liittyvät toimin- not | |
| | Hoitajan avut. Vaipan vaihdot ja laitot. Liikkumisen suju- minen. Apuvälineet, wc- tuoli, virtsapullo. | Toimintakyky ja avuntarve | | |
| | Kestokatetrihoitoon liittyvät toiminnot. Nefrostooman hoito. | Munuaisten ja virtsaiteiden toi- minnan ylläpitä- minen | | |

| | | | | |
|--------------|---|--|---|------------|
| Hoidon tulos | Kipulääke auttanut. Kokee kipulääk- keestä olleen apua. Pahoinvointi hel- pottunut. | | Lääkkeen vai- kutuksen seu- ranta | Lääkehoito |
|--------------|---|--|---|------------|

5 TULOKSET

5.1 Hoitotyön kirjaamisen yleinen laadun taso

Tässä tulososiossa käsittelemme sisällönerittelyn tuloksia. Sisällönerittelyn tulokset antavat vastauksen siihen, mikä on hoitotyön kirjaamisen yleinen laadun taso tarkastelluilla sisätautiosastoilla hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin mukaan. Hoitotyön kirjaamisen taso molemmilla osastoilla oli huono (kuvio 2). Osastot saivat hoidon kirjaamisen numeraalisiksi tasoiksi 4.65, jolloin kirjaaminen oli ”ei hyväksyttävällä tasolla” ja 5.05, jolloin kirjaaminen oli ”heikolla tasolla”, (taulukko 7).

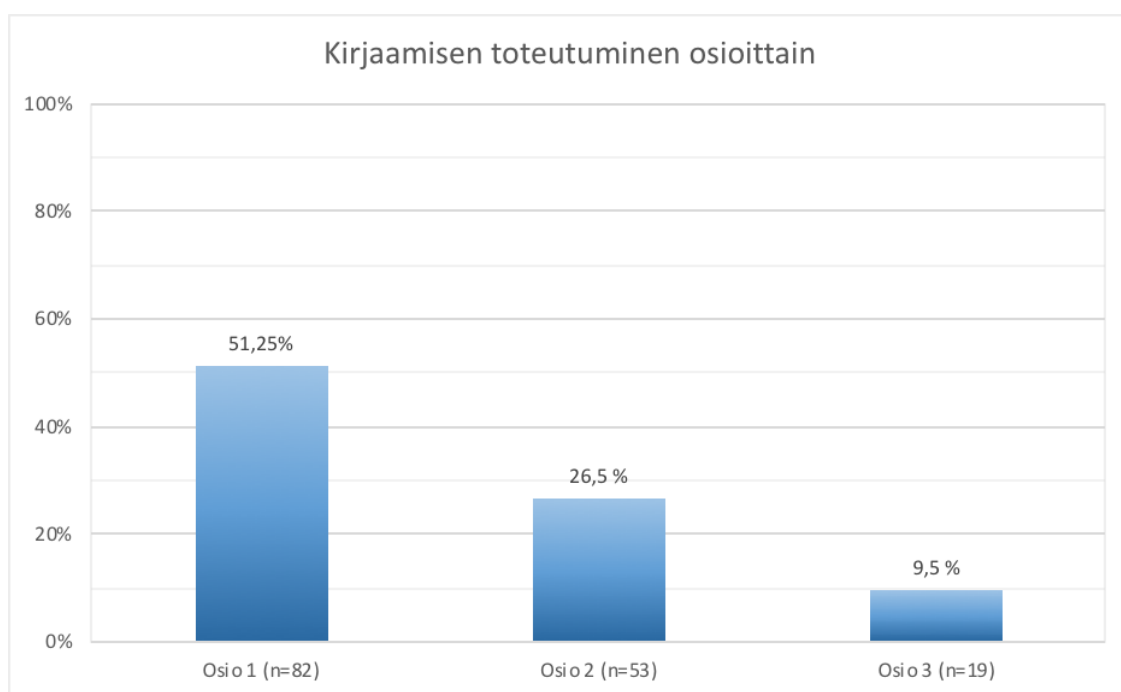


KUVIO 2. Hoitotyön kirjaamisen laadun arvioinnin tulokset kahdella sisätauti-osastolla

TAULUKKO 7. Hoitotyön kirjaamisen laadun taso, tuloksen arviointi (Kaila & Kivilainen 2008/versio 31.3.2012©)

| | |
|----------------------|-------------|
| Ei hyväksyttävä taso | 0,00-4,99 |
| Heikko taso | 5,00-8,30 |
| Hyvä taso | 8,31-11,60 |
| Kiitettävä taso | 11,61-15,00 |

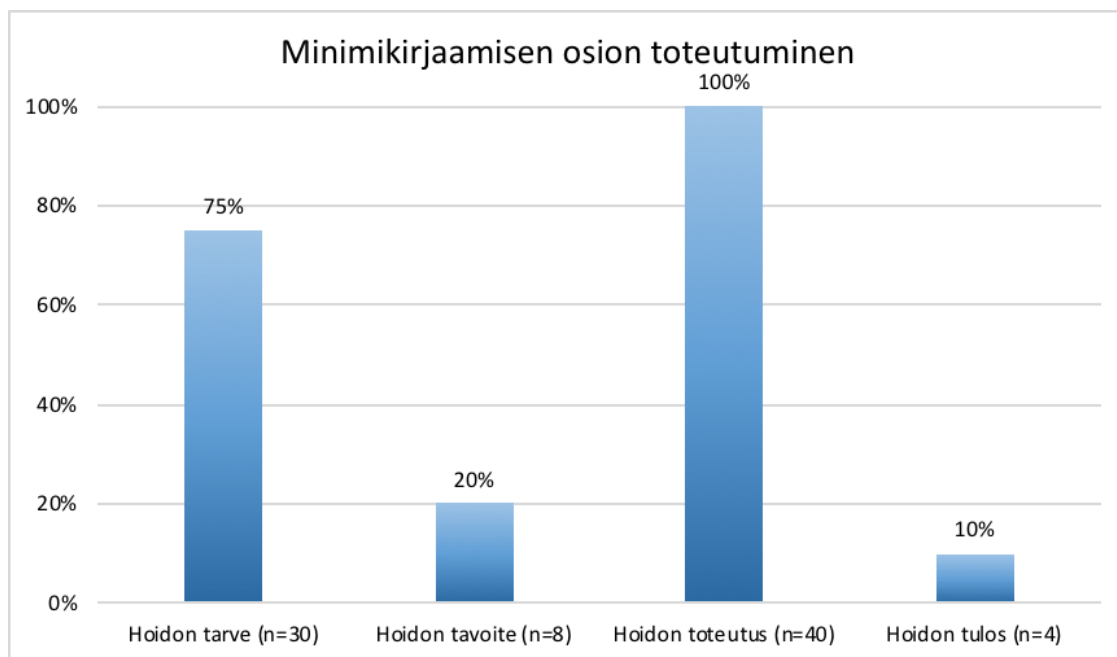
Kirjaamisen laadun taso muodostuu mittarin osioiden summana. Kirjaamisen laadun taso rakentui taulukon 8 mukaisesti hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kolmesta osiosta, jotka koostuivat otokseen valikoitujen 40 potilaan hoitokertomusmerkinnöistä (N=40). Hoitokertomusmerkinnät sisälsivät yhteensä 560 tarkasteltua hoitotyön kirjaus –osiota mittarin 15 kriteerin mukaisesti (n=560); kirjaamisen minimivaatimukset (osio 1, n=160), tavoitteellinen prosessin mukainen kirjaaminen (osio 2, n=200) sekä yksilöllinen kirjaaminen (osio 3, n=200). Kirjaaminen toteutui parhaiten minimikirjaamisen osiossa 51,25% (n=83). Hoitotyön prosessin mukaisesti etenevässä tavoitteellisen kirjaamisen osiossa kirjaaminen toteutui toiseksi parhaiten 26,5% (n=51) ja huonoiten toteutui yksilöllinen kirjaaminen 9,5% (n=19) (kuvio 3).



KUVIO 3. Laadun arviointimittarin osioiden kirjaamisen toteutuminen aineistossa (n=560)

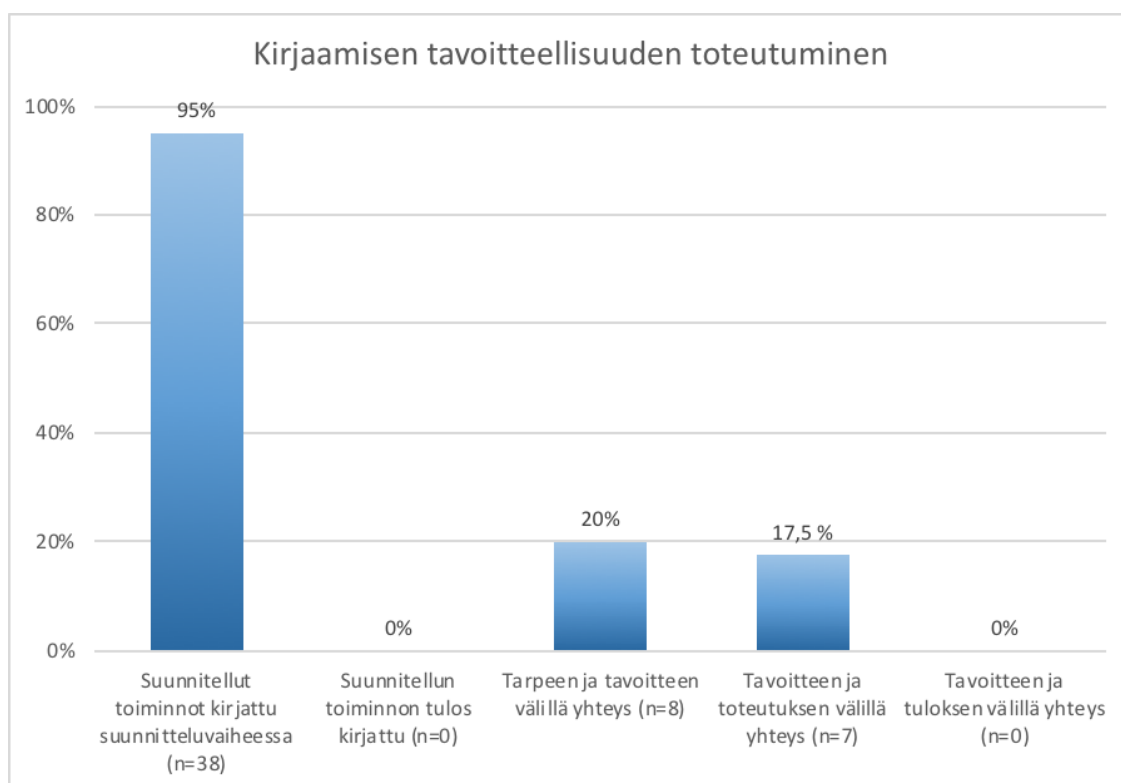
Minimikirjaamisen osio koostui työssämme neljästä eri kriteeristä: tarve, tavoite, toteutus ja tuloksen arviointi (taulukko 8). Näiden kriteerien avulla tarkasteltiin, oliko hoitotyön kirjauksissa kuvattu hoitotyön ydintiedot ja oliko ydintiedot kirjattu niille varattuun kohtaan (kuvio 4). Kaikista (N=40) käsitellyistä potilaiden hoitokertomusmerkinnöistä hoidon *tarve* oli kirjattu sille varattuun kohtaan ja se oli hoidon tarve 75% (n=30). Hoidon *tavoite* oli kirjattu sille varattuun kohtaan ja se oli hoidon tavoite 20% (n=8). Hoidon *toteutus* oli kirjattu sille varattuun kohtaan ja se

oli hoidon toteutus 100% (n=40). *Tulos / arviointi* oli kirjattu sille varattuun kohtaan ja se oli hoidon tulos 10% (n=4).



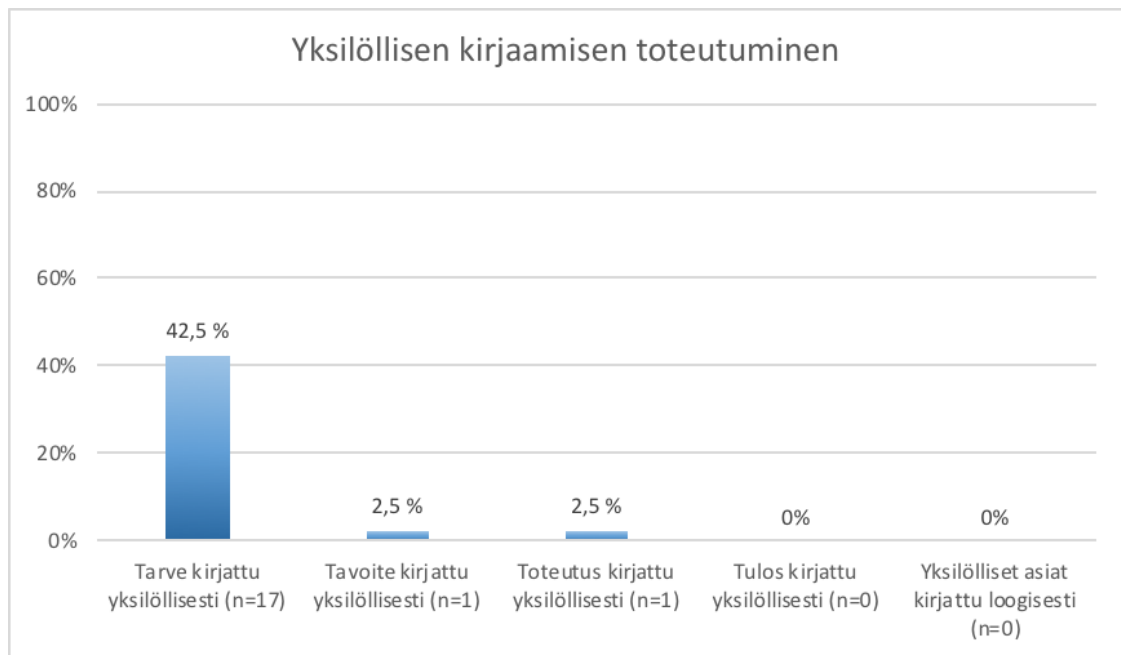
KUVIO 4. Minimikirjaamisen osion toteutumisen aineistossa (N=40)

Tavoitteellisen prosessin mukaisesti etenevän kirjaamisen osio (taulukko 8) koostui viidestä eri kriteeristä, joiden perusteella tarkasteltiin, etenikö kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaisesti, oliko suunnitellut toiminnot kirjattu jo suunnitteluvaiheessa, oliko suunnitellun toiminnon tulos kirjattu, oliko yhteyttä tarpeen ja tavoitteen välillä, tavoitteen ja toteutuksen välillä, sekä tavoitteen ja tuloksen/arvioinnin välillä (Kuvio 5). Mittarin kriteerien mukaisesti yhteys prosessin vaiheiden välillä oli, jos vaiheilla oli vähintään yksi yhteinen tekijä, sama komponentti tai asiayhteys. Kaikista (N=40) käsitellyistä potilaiden hoitokertomusmerkinnöistä suunnitellut toiminnot oli kirjattu jo hoidon suunnitteluvaiheessa 95% (n=38). Hoidon suunnitteluvaiheessa valitun suunnitellun toiminnon tulosta ei ollut kirjattu lainkaan, 0% (n=0). Hoidon tarpeen ja tavoitteen välillä oli yhteys 20% (n=8). Hoidon tavoitteen ja toteutuksen välillä oli yhteys 17,5% (n=7). Hoidon tavoitteen ja tuloksen/arvioinnin välillä ei havaittu yhteyttä lainkaan, 0% (n=0). Suunniteltuja toimintoja kirjattiin hyvin hoidon suunnitteluvaiheessa. Hoidon tulosta kirjattiin aineistossa hyvin huonosti ja mikään kirjatuista tuloksista ei ollut suunnitellun toiminnon tulos. Tavoitteilla, jotka olivat hoidon tavoitteita ja kirjattu oikeaan kohtaan (n=8), oli yhteys saman potilaan hoidon tarpeisiin ja näillä kirjatuilla tavoitteilla oli myös yhteys hoidon toteutukseen yhtä kirjattua tavoitetta lukuun ottamatta.



KUVIO 5. Kirjaamisen tavoitteellisuuden toteutuminen aineistossa (N=40)

Yksilöllisen kirjaamisen osio (taulukko 8) koostui viidestä eri kriteeristä, joiden perusteella tarkasteltiin, oliko kirjaaminen yksilöllistä. Kriteerien avulla tarkasteltiin, oliko tarve kirjattu yksilöllisesti, oliko tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa yksilölliseen tarpeeseen, oliko toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen, oliko tulos / arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen, sekä kaikkien edellisten osioiden (1-14) ollessa "kyllä" arvioitiin, oliko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti (kuvio 6). Kaikista (N=40) käsitellyistä potilaiden hoitokertomusmerkinnöistä hoitotyön tarve oli kirjattu yksilöllisesti 42,5% (n=17). Hoitotyön tavoite oli kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen 2,5% (n=1). Hoitotyön toteutus oli kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen 2,5% (n=1). Hoidon tulos/ arviointi oli kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen 0% (n=0). Osion viimeisessä kohdassa kaikki edelliset osiot (1-14) eivät olleet kyllä, joten yksilöllisten asioiden kirjausten loogisuudelle tulokseksi saatiin 0% (n=0).



KUVIO 6. Kirjaamisen yksilöllisyyden toteutuminen aineistossa (N=40)

Yksilöllisen tarpeen kirjaaminen toteutui parhaiten yksilöllisen kirjaamisen osiossa. Mittarin kriteerien mukaan hoidon tarve oli yksilöllinen, jos se oli potilaan näkökulmasta ilmaistu voimavaralähtöisesti joko ongelmana tai voimavarana tai potilaan hoitomerkitöihin oli kirjattu vähintään neljän eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä. Yhden potilaan hoitokertomusmerkinnöissä tarvekirjauksia saattoi olla useampia niukalla rutiininomaisella ei-yksilöllisellä tekstillä ilmaistuna, joka katsottiin aineistossa yksilölliseksi tarpeeksi. Tämä nosti yksilöllisen tarpeen kirjaamisen tulosta, koska yksittäisissä merkinnöissä tarpeen kirjaaminen oli harvemmin potilaslähtöistä ja yksilöllistä.

Yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys ei välittänyt suurimmassa osassa kirjatusta hoidon tavoitteista. Tavoite oli kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen vain yhden potilaan hoitokertomusmerkinnässä. Samoin hoidon toteutus oli kirjattu yksilöllisesti suhteessa yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteeseen vain yhden potilaan hoitokertomusmerkinnössä. Yksilöllisesti kirjattua tulosta suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen ei ollut aineistossamme lainkaan.

TAULUKKO 8. Yhteenveto hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin osioista ja kriteerien toteutumisesta aineistossa (N=40)

| | |
|---|-----------|
| OSIO 1: Minimikirjaaminen | N=40 |
| 1. Tarve kirjattu | 75% |
| 2. Tavoite kirjattu | 20% |
| 3. Toteutus kirjattu | 100% |
| 4. Tulos kirjattu | 10% |
| 5. Yhteenveto kirjattu (Ei käsitelty tässä työssä) | - |
| OSIO 2: Prosessikirjaaminen | |
| 6. Suunnitellut toiminnot kirjattu suunnitteluvaiheessa | 95% |
| 7. Suunnitellun toiminnon tulos kirjattu | 0% |
| 8. Tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys | 20% |
| 9. Tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys | 17,5 % |
| 10. Tavoitteen ja tuloksen välillä yhteys | 0% |
| OSIO 3: Yksilöllinen kirjaaminen | |
| 11. Tarve kirjattu yksilöllisesti | 42,5 % |
| 12. Tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa tarpeeseen | 2,5% |
| 13. Toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteeseen | 2,5% |
| 14. Tulos kirjattu yksilöllisesti suhteessa yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen | 0% |
| 15. Kaikki edellisten osioiden ollessa kyllä (1-14) yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti | 0% |

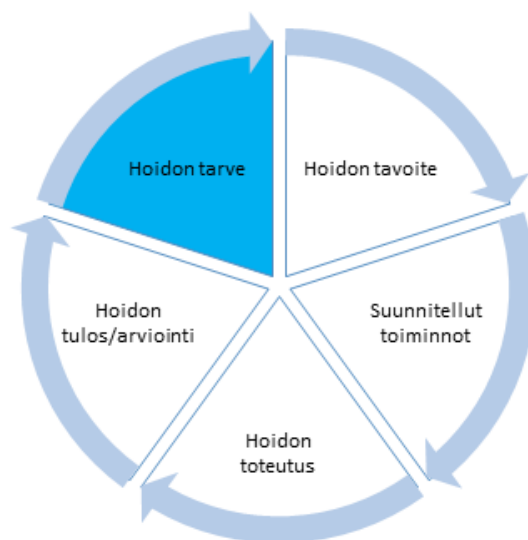
5.2 Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaaminen ja sisältö

Tässä tulososiossa käsittelemme teorialähtöisen sisällönanalyysin tuloksia hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisesta ja sisällöstä FinCC –luokituskokonaisuuden mukaisesti. Tulokset esitetään hoitotyön prosessin vaihe kerrallaan ja jokaisen osion alussa havainnollistetaan kuviona (kuviot 7-11) prosessin vaihe, jota tulokset käsittelevät. Prosessin vaiheen sisällä tuloksia käydään läpi FinCC -komponenttien mukaan. Komponentin sisällä esitetään ensin hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin mukaisesti prosessin vaiheeksi hyväksytyt kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1) aihekokonaisuuksiksi ryhmiteltyinä ja vastaavasti prosessin vaiheeksi ei hyväksytyt kirjaukset (saivat mittarissa arvon 0). Koska mittari ei ota kantaa kirjauksissa käytettyjen komponenttien asiasisällön sopivuuteen, esitetään kunkin komponentin lopussa prosessin vaiheeksi hyväksytyjen kirjausten sisällöllinen sopivuus kyseiseen komponenttiin FinCC –luokituskokonaisuuden

kansalliseen ohjeeseen perustuen. Sähköinen osoite FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöoppaaseen löytyy lähdeluettelosta kohdasta Liljamo, Kinnunen & Ensio (2012, 57-87).

Hoitotyön prosessin vaiheiden tulososioiden lopussa kunkin vaiheen tulokset esitetään taulukoina (taulukot 9, 11, 13 ja 15), joissa on koottuna teorialähtöisen sisällönanalyysin tulokset hoitotyön prosessin vaiheen kirjauksista FinCC –komponentteittain. Taulukoiden sinisessä sarakkeessa kuvataan aineistossa kyseisen hoitotyön prosessin vaiheeksi hyväksytyt kirjaukset aihekokonaisuuksiksi ryhmiteltyinä. Sarakkeessa on jaoteltuna FinCC –luokituksen komponenttien sisältöalueiden mukaiset kirjatut sisällöt ja sisällöt, jotka eivät olleet ohjeen mukaan kirjattu oikean komponentin alle. Liitteissä 2 ja 3 on kuvattuna FinCC-tarveluokituksen (SHTaL 3.0) ja toimintoluokituksen (SHToL 3.0) komponentit ja niiden sisällönkuvaukset kansallisen ohjeen mukaisesti. Tulososioiden lopussa esitetään myös prosessin vaiheiden yhteenvetona kunkin vaiheen keskeisimmät tulokset (taulukot 10, 12, 14, 16 ja 17).

5.2.1 Hoidon tarve



KUVIO 7. Hoitotyön prosessin vaihe – hoidon tarve

Tarkastelluissa hoitokertomuksissa hoidon laadun arviointimittarin mukaan hoitotyön tarve oli kirjattu sille varattuun kohtaan ja se oli hoitotyön tarve 75% (n=30) tarpeita koskevissa kirjauksissa. Komponenttien alle kirjatusta hoidon tarpeista

hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kriteerien mukaan hyväksyttiin (saivat mittarissa arvon 1) hoidon tarpeiksi kaikki kirjaukset, jotka täyttivät mittarin kriteerin eli kirjaus oli hoitotyön tarve ja se oli kirjattu sille varattuun kohtaan.

Tarkastelluissa hoitokertomuksissa hoidon laadun arviointimittarin mukaan hoitotyön tarvetta ei ollut kirjattu sille varattuun kohtaan tai se ei ollut hoitotyön tarve 25% (n=10). Hoitotyön tarpeeksi hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kriteerien mukaan ei hyväksytty (saivat mittarissa arvon 0) kirjauksia, jotka eivät olleet hoitotyön tarpeita (kirjaus oli lääketieteellinen ongelma, diagnoosi, toimenpide tai tulosy) tai olivat muita hoitotyön prosessin vaiheita (hoidon tavoite, suunniteltu toiminto, toteutus tai tulos) tai tarpeen kohdalle ei ollut kirjattu mitään. Hoidon tarpeiksi ei hyväksytty esitietoja tai piilotarpeita (taulukko 9).

Aktiviteetti –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin liikkumisen rajoittumiseen, jatkohoidon tarpeeseen, ulostamiseen liittyvään häiriöön, lääkkeen haittavaikutukseen sekä muuttuneeseen nestevolyymiin liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi suunniteltuja toimintoja lääkehoitoon liittyen sekä potilaan esitietoja liittyen aktiviteetin muutokseen (saivat mittarissa arvon 0). Aktiviteetti –komponenttiin kirjatut hoidon tarpeet, liikkumisen rajoittumista lukuun ottamatta, eivät siten FinCC –tarveluokituksen ohjeistuksen mukaisesti ollut kirjattu sisällöllisesti oikean komponentin alle (taulukko 9).

Erittäminen -komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin erittämiseen liittyviin oireisiin, muihin oireisiin ja dreeneihin liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi hoitotyön prosessin muita vaiheita sekä lääketieteen diagnooseja (saivat mittarissa arvon 0). Prosessin muina vaiheina oli kirjattu suunniteltuna toimintona lääkärin ohjeistusta, hoidon toteutusta potilaan eristämiseen liittyen sekä hoidon tulosta lääkehoidon vaikutuksesta. Erittäminen -komponenttiin kirjatut hoidon tarpeet muita oireita (huihaus, heikko olo, kuivunut) lukuun ottamatta, oli kirjattu FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan sisällöllisesti oikean komponentin alle (taulukko 9).

Selviytyminen –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset oireista, avun tarpeesta sekä ulkoisen tukilaston olemassaolosta (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi hoitotyön prosessin muuna vaiheena suunniteltuja toimintoja omaisten tukeen ja hoitoon liittyen. Kriteerit täyttämättömiä tarvekirjauksia olivat myös piilotarpeet sekä lääketieteelliset diagnoosit (saivat mittarissa arvon 0). FinCC –tarveluokituksen mukaan mikään *Selviytyminen* -komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista hoidon syistä/oireista, avun tarpeesta sekä ulkoisen tukilaston olemassaolosta ei ollut kirjattu ohjeen mukaan sisällöllisesti oikean komponentin alle (taulukko 9).

Nestetasapaino –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset muuttuneesta nestevolyymista (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi lääketieteellisiä diagnooseja (saivat mittarissa arvon 0). *Nestetasapaino* –komponenttiin kirjatut hoidon tarpeet muuttuneesta nestevolyymista oli kirjattu FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan oikean komponentin alle (taulukko 9).

Terveyskäyttäytyminen –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset oireista (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi hoitotyön prosessin muuna vaiheena suunniteltu toiminto positiiviseen paineeseen puhalluttamisesta (saivat mittarissa arvon 0). Kriteerit täyttämättömiä tarvekirjauksia olivat myös piilotarpeet sairauden lääketieteelliseen hoitoon liittyen, esitiedot aiempaan pähteiden käyttöön liittyen ja lääketieteelliset diagnoosit. *Terveyskäyttäytyminen* -komponenttiin kirjatut hoidon tarpeet oireista eivät olleet kirjattu FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan sisällöllisesti oikean komponentin alle (taulukko 9).

Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi ei hyväksytty kirjauksia lainkaan (mittarissa ei arvoja 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi hoitotyön prosessin muina vaiheina suunniteltuja toimintoja kotiutukseen, jatkohoitoon, tutkimuksen valmistamiseen ja MRSA -näytteisiin liittyen

sekä toteutunutta hoidon toteutusta MRSA -näytteisiin ja asiantuntijapalveluiden tarpeeseen liittyen. Mittarin kriteerit eivät myöskään toteutuneet piilotarpeina kirjatuissa kotitilanteen kuvauksissa (saivat mittarissa arvon 0). Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponenttiin ei ollut kirjattu lainkaan hyväksytyjä hoidon tarpeita, joten FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaista tarpeiden sisällöllistä sopivuutta komponenttiin ei voitu arvioida (taulukko 9).

Lääkehoito –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset avun tarpeesta lääkehoidossa sekä lääkehoidosta aiheutuneista oireista (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi hoitotyön prosessin muuna vaiheena suunniteltua toimintoa lääkehoidon toteuttamisesta sekä lääketieteellisiä diagnooseja (saivat mittarissa arvon 0). Lääkehoito- komponenttiin kirjatut kaikki hoidon tarpeet lääkehoidosta aiheutuneista oireista ja avun tarpeesta lääkehoidossa oli kirjattu FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan oikean komponentin alle (taulukko 9).

Ravitsemus –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset erityisruokavalion tarpeesta (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi hoitotyön prosessin muina vaiheina suunniteltuja toimintoja syömisharjoituksista ja nesteytysohjeesta sekä toteutunutta hoidon toteutusta ravinnon saannin turvaamiseen liittyen (saivat mittarissa arvon 0). Ravitsemus –komponenttiin kirjatut hoidon tarpeet erityisruokavalion tarpeesta kirjattiin FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan oikean komponentin alle (taulukko 9).

Hengitys –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset hengitykseen liittyvistä oireista sekä tupakkoinnista (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi esitietoja potilaan aiempaan hoitajaksoon liittyen sekä lääketieteellisiä diagnooseja (saivat mittarissa arvon 0). Hengitys –komponenttiin kirjatut hoidon tarpeet hengitykseen liittyvistä oireista kirjattiin FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan oikean komponentin alle lukuun ottamatta tupakkointia, joka luokitellaan Terveyskäyttäytyminen -komponentin alle (taulukko 9).

Verenkierto –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset verenkiertohäiriöstä ja kehon lämpötilan muutoksesta (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi lääketieteellisiä diagnooseja (saivat mittarissa arvon 0). Verenkierto –komponenttiin kirjatut kaikki hoidon tarpeet verenkiertohäiriöstä ja kehon lämpötilan muutoksesta kirjattiin FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan oikean komponentin alle (taulukko 9).

Aineenvaihdunta -komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin verensokeritasoon liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi hoitotyön prosessin muuna vaiheena suunniteltuja toimintoja verensokerin seurantaan liittyen sekä lääketieteellisiä diagnooseja (saivat mittarissa arvon 0). Aineenvaihdunta –komponenttiin kirjatut hoidon tarpeet verensokeritasoon liittyen oli kirjattu FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan sisällöllisesti oikean komponentin alle (taulukko 9).

Päivittäiset toiminnot –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset avun tarpeesta päivittäisissä toiminnoissa sekä fysioterapeutin kirjaukset apuvälineiden tarpeesta (saivat mittarissa arvon 1). Komponentissa ei ollut tarvekirjauksia, jotka eivät täyttäneet mittarin kriteereitä (mittarissa ei arvoja 0). Päivittäiset toiminnot –komponenttiin kirjatut kaikki hoidon tarpeet avun tarpeesta päivittäisissä toiminnoissa sekä fysioterapeutin kirjaukset apuvälineiden tarpeesta oli kirjattu FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan oikean komponentin alle (taulukko 9).

Psyykkinen tasapaino –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset mielialan muutoksesta (saivat mittarissa arvon 1). Komponentissa ei ollut tarvekirjauksia, jotka eivät täyttäneet mittarin kriteereitä (mittarissa ei arvoja 0). Psyykkinen tasapaino –komponenttiin kirjattu hoidon tarve mielialan muutoksesta oli kirjattu FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan oikean komponentin alle (taulukko 9).

Aisti- ja neurologiset toiminnot –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin kirjaukset näköaistiin muutoksesta sekä kivun kuvailusta ja sijainnista (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täyttyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi hoitotyön prosessin muuna vaiheena suunniteltuja toimintoja kivun hoitoon liittyen sekä lääketieteellisiä diagnooseja (saivat mittarissa arvon 0). Aisti- ja neurologiset toiminnot –komponenttiin kirjatut kaikki hoidon tarpeet näköaistiin muutoksesta sekä kivun kuvailusta ja sijainnista kirjattiin FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan oikean komponentin alle (taulukko 9).

Kudoseheys –komponenttiin kirjatusta hoidon tarpeista mittarin kriteerien mukaan hoidon tarpeiksi hyväksyttiin ihon eheyteen ja ulkoisen tukilastan olemassaoloon liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täyttyneet tarvekirjauksissa, joissa oli kirjattu tarpeiksi hoitotyön prosessin muuna vaiheena suunniteltuja toimintoja ihon eheyden hoitoon liittyen sekä lääketieteen diagnooseja (saivat mittarissa arvon 0). Kudoseheys –komponenttiin kirjatut kaikki hoidon tarpeet ihon eheyteen ja ulkoisen tukilastan olemassaoloon liittyen oli kirjattu FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan oikean komponentin alle (taulukko 9).

Piilotarpeita hoitosuunnitelmissa ei hyväksytty mittarin mukaan hoidon tarpeiksi. Monissa hoitosuunnitelmissa tarpeet oli kirjattu ”piilotarpeina”, jossa nykytilanteen kuvaamisen, kirjatun sanan tai asian, katsottiin pitävän sisällään hoitokertomusta lukevalle hoitajalle tiedon potilaan hoidon tarpeesta, vaikka kirjaus ei ollut varsinainen hoidon tarve. Piilotarpeina kirjattiin esimerkiksi ”puoliso sairaalassa, omaishoitaja”, ”Asuu palvelutalossa, ympärivuorokautinen hoito” ja ”Sytostaattihoidot aloitettu, jatkoon suunnitteilla sädehoito ja hormonihoito”. Ensimmäisessä esimerkissä kirjaukseen sisältyi piilotarpeena potilaan jatkohoidon tarve, toisessa esimerkissä piilotarpeena oli kotihoidon apujen tarve jatkossa ja kolmannessa esimerkissä hoidon piilotarve oli hoitaa potilas sellaiseen vointiin, että suunniteltu jatkohoito toteutuisi. Piilotarpeet tulisi avata hoidon tarpeiksi kirjaamalla asia toisin.

Toteutunutta hoidon toteutusta muuna hoitotyön prosessin vaiheena hoitosuunnitelmissa ei hyväksytty hoidon tarpeeksi mittarin kriteerien mukaan, esimerkiksi

“MRSA pvm näyte otettu”, “i.v. ab loppunut pvm”, “nenämahaletku ollut, poistettu pvm” ja “eristys purettu”. Esimerkeissä päivämäärät olivat menneisyydessä. Toteutuneina hoidon toteutuksina nämä kirjaukset eivät enää sisältäneet oleellista informaatiota hoidon tarpeesta.

Esitietoja hoitosuunnitelmissa ei hyväksytty hoidon tarpeeksi mittarin kriteerien mukaan. Esimerkiksi päihteiden käytön osalta potilaan tarpeiksi oli kuvattu aiemmin olleen runsasta alkoholin käyttöä, lisäten potilaan olevan nykyään raitis. Tieto ei ollut tarpeellinen tässä vaiheessa potilaan sen hetkisiin hoidon tarpeisiin verrattuna. Hoitosuunnitelmissa hoidon tarpeiksi oli kirjattu kuvauksia hoitoon johtaneista tapahtumista, jonka nähtiin olevan esitietoa hoidon syyllä, esim. “kaatunut mökillä”, “loukannut lonkkaa”, “pudonnut vuoteesta” ja “maannut lattialla”.

Lääketieteellisiä diagnooseja kirjattiin huomattavan paljon hoidon tarpeiksi monessa komponentissa, esimerkiksi “Alzheimerintauti”, “virtsatieinfektio”, “hypонатremia”, “keuhko-ca”, “COPD”, “sydämen vajaatoiminnan paheneminen” ja “DM2”. Lääketieteellinen diagnoosi tulisi kirjoittaa auki kuvaamaan hoitotyön tarvetta hoitotyön näkökulmasta.

Seuraavassa taulukossa (taulukko 9) on koottuna kuvaus kirjatusta hoidon tarpeista. Taulukossa esitetään aineiston teorialähtöisen sisällönanalyysin tulokset FinCC- komponenteittain. Taulukossa 10 esitetään yhteenveto kirjatusta hoidon tarpeista.

TAULUKKO 9. Teorialähtöisen sisällönanalyysin tulokset Hoitotyön prosessin hoidon tarve -vaiheesta

| FinCC-Komponentti ja sisältö | Hoitotyön prosessin vaiheita | | | | Esitieto | Piilotarve | Toteutunut hoidon toteutus | Lääketieteelliset diagnoosit | |
|--|---|---|----------------------------------|-----------------|-------------------|------------------------------|----------------------------|---|--------------|
| | Hoidon tarve | | Suunniteltu toiminto | Hoidon toteutus | | | | | Hoidon tulos |
| | FinCC komponentin kirjattu sisältö oikein | FinCC komponentin kirjattu sisältö väärin | | | | | | | |
| Aktiviteetti <i>Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät</i> | Liikkumisen rajoittuminen | Jatkohoidon tarve Ulostamiseen liittyvä häiriö Lääkkeen haittavaikutus Muuttunut nestevo-lyymi | Lääkehoito | | | Aktiviteetin muutos | | | |
| Erittäminen <i>Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät</i> | Erittämiseen liittyvät oireet Dreenit | Muut oireet | Lääkärin ohje | Eristys | Lääkehoidon tulos | | | Virtsauampi Pyelonefriitti VTI Ohutsuoliokklusio | |
| Selviytyminen <i>Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssa- käymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista</i> | | Oireet Avun tarve Ulkoisen tukilastan olemassaolo | Omaisten tuki Hoitotoimintoja | | | Liikkuminen Omaisten tuki | | Alzheimerintauti Hemipareesi Adenocarsinooma COPD Keuhkoca Epäselvä infektio Yt- lasku DM 2 Pneumonia Anemia | |
| Nestetasapaino <i>Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät</i> | Muuttunut neste- volyyymi | | | | | | | Hyponatremia Sydämen vajaatoiminnan paheneminen | |

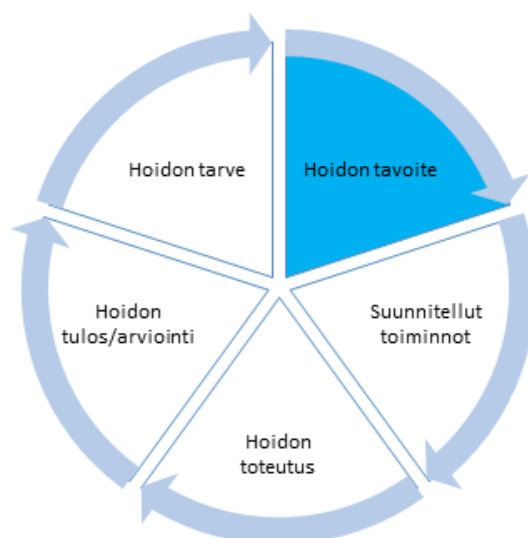
| | | | | | | | | | |
|--|---|------------|---|--|--|--|-----------------------------------|--|--|
| Terveyskäyttäytyminen <i>Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät</i> | | Oireet | Positiiviseen paineeseen puhalluttaminen | | | Aiempi päihteiden käyttö | Sairauden lääketieteellinen hoito | | Aspiraatiopneumonia Anemia Rinnan ablaatio |
| Hoidon ja jatkohoidon koordinointi <i>Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi</i> | | | Kotiutus Jatkohoito MRSA-näytteet Tutkimukseen valmistaminen | | | | Kotitilanteen kuvaus | MRSA-näytteet Asiantuntijapalveluiden tarve | |
| Lääkehoito <i>Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät</i> | Avun tarve lääkehoidossa Lääkehoidosta aiheutuneet oireet | | Lääkehoidon toteuttaminen | | | | | | Ammoniakin nousu |
| Ravitsemus <i>Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät</i> | Erytysruokavalion tarve | | Syömisharjoitukset Nesteytysohje | | | | | Ravinnon saannin turvaaminen | |
| Hengitys <i>Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät</i> | Hengitykseen liittyvät oireet | Tupakointi | | | | Tietoja potilaan aiemmasta hoitojaksosta | | | Astma COPD Uniapnea Pneumonia-epäily |
| Verenkierto <i>Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät</i> | Verenkiertohäiriö Kehon lämpötilan muutos | | | | | | | | Ruusuinfektio |
| Aineenvaihdunta <i>Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät</i> | Verensokeritaso | | Verensokeriseuranta | | | | | | DM2 ins. Haimaresektio Insuliinihoitoinen diabetes |
| Päivittäiset toiminnot <i>Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät</i> | Avun tarve päivittäisissä toiminnoissa Apuvälineiden tarve | | | | | | | | |
| Psyykinen tasapaino <i>Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät</i> | Mielialan muutos | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aisti- ja neurologiset toiminnot <i>Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät</i> | Näköaistin muutos Kivun kuvailu ja sijainti | | Kivun hoito | | | | | | | | | Prostata ca Laaja luustometastasointi |
| Kudoseheys <i>Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät</i> | Ihon eheys Ulkoisen tukilasta | | Ihon eheyden hoito | | | | | | | | | Ruusuinfektio |

TAULUKKO 10. Yhteenveto kirjatuista hoidon tarpeista

- ✓ Hoidon tarpeiksi kirjattiin hoitotyön prosessin muista vaiheista suunniteltuja toimintoja, hoidon toteutusta ja hoidon tulosta, sekä lisäksi esitietoja, piilotarpeita, toteutunutta hoidon toteutusta ja lääketieteellisiä diagnooseja.
- ✓ Lääketieteelliset diagnoosit tulisi avata hoitotyön tarpeiksi.
- ✓ Esitiedot eivät olleet varsinaisia hoidon tarpeita hoidon suunnittelun hetkellä.
- ✓ Piilotarpeet olivat nykytilan kuvausta, jonka oletettiin pitävän sisällään tiedon hoidon tarpeesta, mutta sitä ei ole kirjattu varsinaisena hoidon tarpeena.
- ✓ Hoitosuunnitelmat eivät olleet ajan tasalla, toteutunutta hoidon toteutusta kirjattiin hoidon tarpeiksi menneisyyden päivämäärillä.
- ✓ Selviytyminen –komponenttia käytettiin paljon, jonka sisältöalue ja käyttö oli ymmärretty väärin. Selviytyminen –komponenttiin kirjattiin potilaan heikentyneenä selviytymiskyynä päivittäiseen selviytymiseen, liikkumiseen, avuntarpeeseen ja omatoimisuuteen liittyviä asioita, vaikka ohjeen mukaan komponentin sisältöalue koski kykyä selviytyä muuttuneessa elämäntilanteessa, sosiaalisen kanssakäymisen ongelmissa tai potilaan/omaisten henkisen tuen tarvetta.
- ✓ Aktiviteetti –komponenttia käytettiin paljon ja sen alle kirjattiin sisällöllisesti paljon asioita, jotka komponenttiin eivät FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan kuulunut.
- ✓ Potilaiden fyysiset tarpeet kirjattiin selkeästi paremmin kuin psyykkiset, henkiset ja sosiaaliset tarpeet.

5.2.2 Hoidon tavoite



KUVIO 8. Hoitotyön prosessin vaihe – hoidon tavoite

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarilla mitattuna hoidon tavoite kirjattiin sille varattuun kohtaan ja se oli hoidon tavoite vain 20% (n=8) tarkastelluista hoitokertomusmerkinnöistä. Komponenttien alle kirjatusta hoidon tavoitteista hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kriteerin mukaan hoidon tavoitteeksi hyväksyttiin kirjaus (saivat mittarissa arvon 1), joka oli hoitotyön tavoite ja se oli kirjattu sille varattuun kohtaan.

Hoidon tavoitetta ei kirjattu sille varattuun kohtaan tai se ei ollut hoidon tavoite 80% (n=32) tarkastelluista hoitokertomusmerkinnöistä. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kriteerien mukaan tavoitteeksi ei hyväksytty kirjausta (sai mittarissa arvon 0), jota ei ollut kirjattu sille varattuun kohtaan tai joka ei ollut hoitotyön tavoite, vaan oli jokin muu hoitotyön prosessin vaihe.

Aktiviteetti –komponenttiin kirjatusta hoidon tavoitteista mittarin kriteerien mukaan hoidon tavoitteeksi hyväksyttiin kotiutumiseen ja kipuihin liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Komponentissa ei ollut tavoitekirjauksia, jotka eivät täyttäneet mittarin kriteereitä (mittarissa ei arvoja 0). FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan kaikki hoidon tavoitteeksi hyväksytyt kirjaukset kotiutumiseen ja kipuihin liittyen olivat sisällöllisesti kirjattu väärän komponentin alle (taulukko 11).

Erittäminen -komponenttiin kirjatusta hoidon tavoitteista mittarin kriteerien mukaan hoidon tavoitteiksi hyväksyttiin erittämiseen, vointiin ja oireisiin liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tavoitekirjauksessa, jossa oli kuvattu toimenpidettä, joka sijoittui muuhun prosessin vaiheeseen ollen hoidon toteutusta (sai arvon 0). FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan kaikki hoidon tavoitteiksi hyväksytyt kirjaukset erittämiseen, vointiin ja oireisiin liittyen olivat sisällöllisesti kirjattu oikein komponentin alle (taulukko 11).

Selviytyminen –komponenttiin kirjatusta hoidon tavoitteista mittarin kriteerien mukaan hoidon tavoitteiksi hyväksyttiin tajunnantason, päihteisiin, ravitsemukseen ja kotikuntoisuuteen liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Komponentissa ei ollut tavoitekirjauksia, jotka eivät täyttäneet mittarin kriteereitä (mittarissa ei arvoja 0). Selviytyminen –komponenttiin kirjatusta tavoitteista mikään kirjaus ei ollut sisällöllisesti kirjattu oikean komponentin alle FinCC-tarveluokituksen ohjeen mukaan (taulukko 11).

Nestetasapaino – komponenttiin kirjattua hoidon tavoitetta ei mittarin kriteerien mukaan hyväksytty hoidon tavoitteeksi (mittarissa ei arvoja 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet tavoitekirjauksessa, jossa oli kuvattuna nesteytysohje ja joka oli suunniteltu toiminto muuna prosessin vaiheena (sai mittarin arvoksi 0). Nestetasapaino –komponentissa ei ollut lainkaan hyväksytyjä tavoitekirjauksia, joten näiden sisällöllistä sopivuutta FinCC –tarveluokituksen Nestetasapaino –komponenttiin ei voida arvioida (taulukko 11).

Terveyskäyttäytyminen -komponenttiin kirjatusta hoidon tavoitteista mittarin kriteerien mukaan hoidon tavoitteiksi hyväksyttiin kotiutumiseen liittyvä kirjaus (sai mittarissa arvon 1). Komponentissa ei ollut tavoitekirjauksia, jotka eivät täyttäneet mittarin kriteereitä (mittarissa ei arvoja 0). FinCC-tarveluokituksen ohjeen mukaan terveyskäyttäytyminen -komponenttiin kirjattu hoidon tavoite ei ollut sisällöllisesti oikean komponentin alle kirjattu (taulukko 11).

Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponenttiin kirjatusta hoidon tavoitteista mittarin kriteerien mukaan hoidon tavoitteiksi ei hyväksytty kirjauksia (mittarissa ei arvoja 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet kirjauksissa kotitilanteesta ja yhteyksistä omaisiin, jotka olivat esitietoa ja muuna prosessin vaiheena suunniteltua

toimintoa ja toteutusta (saivat mittarissa arvon 0). Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponentissa ei ollut lainkaan hyväksytyjä tavoitekirjauksia, joten näiden sisällöllistä sopivuutta FinCC –tarveluokituksen ohjeen mukaan Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponenttiin ei voida arvioida (taulukko 11).

Aisti- ja neurologiset toiminnot- komponenttiin kirjatusta hoidon tavoitteesta mittarin kriteerin mukaan hoidon tavoitteeksi hyväksyttiin kirjaus kivusta (sai mittarin arvon 1). Komponentissa ei ollut tavoitekirjauksia, jotka eivät täyttäneet mittarin kriteereitä (mittarissa ei arvoja 0.) Aisti- ja neurologiset toiminnot –komponentin hyväksyty tavoitekirjaus kivusta oli FinCC-tarveluokituksen ohjeen mukaan kirjattu sisällöllisesti oikean komponentin alle (taulukko 11).

Yleisesti eri komponenttien alle kirjatut hoidon tavoitteet olivat hyvin epärealistisia isoja kokonaisuuksia, joiden toteutuminen hoitojakson aikana oli epätodennäköistä, esimerkiksi ”päähteettömyys”. Monelle potilaalle oli kirjattu hoidon tavoitteeksi ”kotikuntoisuus”, joka oli myöskin hyvin epämääräinen, yleismaailmallinen vaikeasti arvioitavissa oleva tavoite. Huomioitavaa on, että eri potilaille kotikuntoisuus tarkoittaa eri asioita ja siitä johtuen ajatus tulisi pilkkoa yksilöidyiksi konkreettisiksi hoidon tavoitteiksi, joiden toteutumista pystytään arvioimaan.

Seuraavassa taulukossa (taulukko 11) on koottuna kuvaus kirjatuista hoidon tavoitteista. Taulukossa 12 esitetään yhteenveto kirjatuista hoidon tavoitteista.

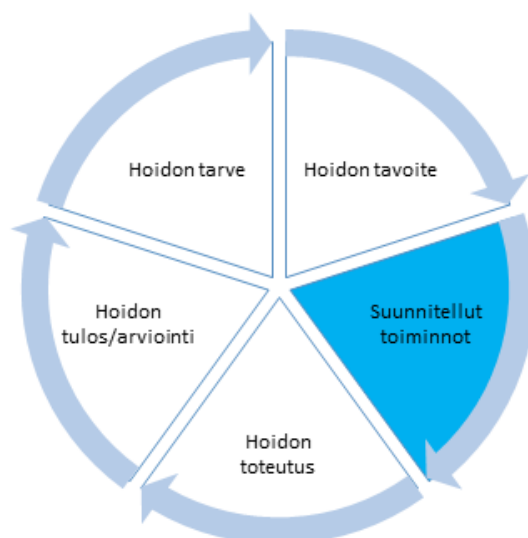
TAULUKKO 11. Teorialähtöisen sisällönanalyysin tulokset Hoitotyön prosessin hoidon tavoite –vaiheesta

| FinCC -Komponentti | Hoitotyön prosessi | | | | Esitieto |
|--|---|--|----------------------|-----------------|-------------|
| | Hoidon tavoite | | Suunniteltu toiminto | Hoidon toteutus | |
| | FinCC komponentin kirjattu sisältö oikein | FinCC komponentin kirjattu sisältö väärin | | | |
| Aktiviteetti <i>Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät</i> | | -Kotiutuminen -Kivut | | | |
| Erittäminen <i>Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät</i> | -Oireet -Vointi -Erittäminen | | | Toimenpide | |
| Selviytyminen <i>Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutokseen sekä sosiaaliseen kanssa- käymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista</i> | | -Tajunnantaso -Päihteet -Ravitsemus -Kotikuntoisuus | | | |
| Nestetasapaino <i>Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät</i> | | | Nesteytysohje | | |
| Terveyskäyttäytyminen <i>Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät</i> | | Kotiutuminen | | | |
| Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio <i>Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinaatio</i> | | | Yhteys omaisiin | Yhteys omaisiin | Kotitilanne |
| Aisti- ja neurologiset toiminnot <i>Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät</i> | Kipu | | | | |

TAULUKKO 12. Yhteenveto kirjatusta hoidon tavoitteista

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoidon tavoitteiksi kirjattiin esitietoja sekä hoitotyön prosessin muista vaiheista suunniteltuja toimintoja ja toteutusta. ✓ Hoidon tavoitetta kirjattiin hyvin vähän, tavoite puuttui suuresta osasta hoitosuunnitelmia. ✓ Kirjatut tavoitteet olivat epärealistisia, yleismaailmallisia liian isoja kokonaisuuksia, joiden saavuttamista oli vaikea arvioida. |
|--|

5.2.3 Suunnitellut toiminnot



KUVIO 9. Hoitotyön prosessin vaihe – suunnitellut toiminnot

Kirjaamisen laadun arviointi –mittarin mukaan hoitotyön suunniteltuja toimintoja kirjattiin jo hoidon suunnitteluvaiheessa ja ne olivat suunniteltuja toimintoja 95% (n=38) tarkastelluissa hoitosuunnitelmissa (saivat mittarissa arvon 1). Vain 5% (n=2) hoitosuunnitelmista puuttuivat suunnitellut toiminnot tai ne eivät olleet suunniteltuja toimintoja (saivat mittarissa arvon 0).

Aktiviteetti –komponenttiin kirjatuista suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin liikkumisen motivointiin, liikkumisen apuihin ja apuvälineen järjestämiseen liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet peseytymiseen liittyvissä kirjauksissa sekä niissä kirjauksissa, jotka liittyivät asiantuntijan arvioon liikkumisesta, toimintakyvystä tai apuvälineetarpeesta, jotka kuvasivat toteutunutta toteutusta tai jossa kirjauksen sisältö oli hoidon tarve muuna prosessin vaiheena. Kriteerit eivät täytyneet myöskään liikkumisen apuihin liittyvissä kirjauksissa, joissa kuvattiin esitietoja (saivat mittarissa arvon 0). *Aktiviteetti* –komponenttiin suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyt kirjaukset olivat FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein kirjattu, lukuun ottamatta apuvälineen järjestämiseen liittyviä kirjauksia (taulukko 13).

Erittäminen -komponenttiin kirjatuista suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerin mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin keuhkotettrihoitoon toteuttamiseen, virtsaamisen seurantaan ja suoliston toiminnan seurantaan liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet niissä keuhkotettrihoitoon toteuttamiseen, virtsaamisen seurantaan ja suoliston toimintaan liittyvissä kirjauksissa, joissa oli kirjattu toteutunutta hoidon toteutusta tai hoidon tarvetta muuna prosessin vaiheena (saivat mittarissa arvon 0). Erittäminen -komponenttiin oli kirjattu FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein kaikki suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyt kirjaukset (taulukko 13).

Selviytyminen -komponenttiin kirjatuista suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin liikkumisen havainnointiin, omaisten toiveisiin ja peseytymisessä ja hygienianhoidossa avustamiseen liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet niissä kirjauksissa liikkumisen havainnointiin, omaisten toiveisiin ja peseytymisessä ja hygienianhoidossa avustamiseen liittyvissä kirjauksissa, joissa kirjattu tieto oli hoitotyön tarve prosessin muuna vaiheena tai jo toteutunut hoidon toteutus. Selviytyminen -komponenttiin suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyistä kirjauksista FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein oli kirjattu omaisten toiveisiin liittyvät suunnitellut toiminnot. Liikkumisen havainnointiin, peseytymiseen ja hygienianhoidossa avustamiseen liittyvät kirjaukset eivät olleet FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaisia (taulukko 13).

Nestetasapaino -komponenttiin kirjatuista suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin nesteytykseen liittyvään ohjeistukseen, nestetasapainon laskemiseen, virtsamäärän seurantaan ja painon seurantaan, verensokeriseurantaan, turvotusten hoitoon sekä verivalmisteiden antamiseen ja kanyylia ympäröivän ihon hoitoon liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet verivalmisteiden antamiseen ja kanyylia ympäröivän ihon hoitoon liittyvissä kirjauksissa, joissa oli kirjattu hoidon tarvetta hoitotyön prosessin muuna vaiheena sekä toteutunutta hoidon toteutusta (saivat mittarissa arvon 0). Nestetasapaino -komponenttiin suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyistä kirjauksista FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein oli kirjattu nesteytykseen liittyvät ohjeistukset, nestetasapainon

laskeminen ja verivalmisteiden antamiseen liittyvät suunnitellut toiminnot. Virtsa-määrän seurantaan, painon seurantaan, verensokeriseurantaan ja turvotusten hoitoon liittyvät kirjaukset eivät olleet FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaisia kirjauksia (taulukko 13).

Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon valmistamiseen, suorittamiseen ja näiden jälkeiseen tarkkailuun ja hoitoon, jatkohoidon suunnitteluun, kotiutukseen sekä asiantuntijapalveluiden koordinointiin, jatkohoitoon ja omaisiin liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet kirjauksissa, jotka liittyivät otettuihin näytteisiin, dreenin olemassaolon aikaväliin sekä kotitilanteen kuvaukseen, potilaan näkemyksen huomioimiseen ja ne asiantuntijapalveluiden koordinointiin, jatkohoitoon ja omaisiin liittyvät kirjaukset, jotka olivat muuna prosessin vaiheena tarpeita, toteutunutta hoidon toteutusta tai esitietoja (saivat mittarissa arvon 0). Hoidon ja jatkohoidon koordinointi -komponenttiin oli kirjattu FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein kaikki suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyt kirjaukset (taulukko 13).

Lääkehoito -komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin lääkehoidosta poikkeamiseen, insuliinin kotiannokseen sekä lääkkeen antamisen ohjeeseen liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet kirjauksissa liittyen riskin huomiointiin lääkehoidossa ja lääkkeen poikkeavaan säilytyspaikkaan, jotka katsottiin esi- ja taustatiedoksi (saivat mittarissa arvon 0). Lääkehoito -komponenttiin oli kirjattu FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein kaikki suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyt kirjaukset (taulukko 13).

Ravitsemus –komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin ruokailun suunnitteluun, painon seurantaan ja ravitsemuksen turvaamiseen liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteeri ei täytynyt ravitsemuksen turvaamiseen liittyvässä kirjauksessa, joka oli kirjattu hoidon tarpeena hoitotyön prosessin muuna vai-

heena (sai mittarissa arvon 0). Ravitsemus -komponenttiin oli kirjattu FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein kaikki suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyt kirjaukset (taulukko 13).

Hengitys –komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista hoitotyön kirjaimisen laadun arviointimittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin hapen antamiseen ja positiiviseen paineeseen puhalluttamiseen liittyvät suunnitellut toiminnot (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet kirjauksissa, joiden sisältö kuvasi saturaatiotavoitteita, ollen hoitotyön tavoite prosessin muuna vaiheena (sai mittarin arvo 0). Hengitys -komponenttiin oli kirjattu FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein kaikki suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyt kirjaukset (taulukko 13).

Verenkierto –komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin lämmön seurantaan toimintaohjeineen, verenpaineeseen, pulssiin ja happisaturaation seurantaan sekä turvotusten tarkkailuun ja hoitoon liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Komponentissa ei ollut suunnitellut toiminnot –kirjauksia, jotka eivät täyttäneet mittarin kriteerejä (mittarissa ei arvoja 0). Verenkierto –komponenttiin suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyistä kirjauksista FinCC-toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein oli kirjattu lämmön seurantaan toimintaohjeineen, verenpaineeseen, pulssiin ja happisaturaation seurantaan liittyvät suunnitellut toiminnot. Turvotusten tarkkailuun ja hoitoon liittyvät kirjaukset eivät olleet FinCC-toimintoluokituksen Verenkierto –komponentin ohjeen mukaisia kirjauksia (taulukko 13).

Aineenvaihdunta –komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin verensokerin seurantaan ja hoitoon liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet kirjauksissa, joissa oli lueteltu diagnooseja hoitomuotoineen sekä omahoitoon ja hoidon tavoitteeseen liittyvissä kirjauksissa. Näissä kirjattu tieto oli toteutunutta hoidon toteutusta, hoidon tarvetta tai tavoitetta muuna hoitotyön prosessin vaiheena tai esitietoa (saivat mittarissa arvon 0). Aineenvaihdunta -komponenttiin oli kirjattu FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein kaikki suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyt kirjaukset (taulukko 13).

Turvallisuus – komponenttiin kirjatuista suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerin mukaan suunnitelluksi toiminnoksi hyväksyttiin liikkumisen rajoittamiseen liittyvä kirjaus (sai mittarissa arvon 1). Komponentissa ei ollut suunnitellut toiminnot –kirjauksia, jotka eivät täyttäneet mittarin kriteereitä (mittarissa ei arvoja 0). Turvallisuus -komponenttiin oli kirjattu FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein suunnitelluksi toiminnoksi hyväksyty kirjaus (taulukko 13).

Päivittäiset toiminnot –komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluksi toiminnoksi hyväksyttiin virtsanpidätyskyvttömyyden hoitamiseen ja toimintakykyyn ja apuvälineisiin liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet peseytymisajankohtaan ja tarvittaviin apuihin, lääkkeen antamiseen sekä ruokailun seurantaan ja niissä toimintakykyyn ja apuvälineisiin liittyvissä kirjauksissa, joissa kirjattu tieto oli toteutunutta hoidon toteutusta, piilotarvetta, esitietoa tai muuna prosessin vaiheena hoidon tarvetta (saivat mittarissa arvon 0) Päivittäiset toiminnot -komponenttiin oli kirjattu FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein kaikki suunnitelluksi toiminnoksi hyväksytyt kirjaukset (taulukko 13).

Psyykinen tasapaino –komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluksi toiminnoksi ei hyväksyty kirjauksia lainkaan (olisivat saaneet mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet oireiden seurantaan, asiantuntijapalveluihin sekä mittareihin liittyvissä kirjauksissa, jotka sisälsivät hoidon tarvetta ja toteutunutta hoidon toteutusta muina hoitotyön prosessin vaiheina (saivat mittarissa arvon 0). Psyykinen tasapaino –komponenttiin ei hyväksyty kirjauksia suunnitelluista toiminnoista lainkaan, joten FinCC –toimintoluokituskokonaisuuden ohjeen mukaista sisällöllistä sopivuutta komponenttiin ei voida arvioida (taulukko 13).

Aisti – ja neurologiset toiminnot –komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluksi toiminnoksi hyväksyttiin kivun seurantaan ja hoitoon sekä asentohoitoon liittyvät kirjaukset (saivat mittarin arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täytyneet painehaavaan liittyvässä kirjauksessa, jonka sisältö kuvasi hoidon tarvetta muuna hoitotyön prosessin vaiheena (sai mittarin arvon 0). Aisti –ja neurologiset toiminnot –komponenttiin hyväksytyistä suunnitel-

luista toiminnoista FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaisesti oikein oli kirjattu kivun seurantaan ja hoitoon liittyvät suunnitellut toiminnot, asentohoito ei ohjeen mukaan kuulunut tähän komponenttiin (taulukko 13).

Kudoseheys –komponenttiin kirjatusta suunnitelluista toiminnoista mittarin kriteerien mukaan suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksyttiin ihon kunnan seurantaan ja hoitoon sekä ompeleiden poistoon liittyvät kirjaukset (saivat mittarissa arvon 1). Mittarin kriteerit eivät täyttyneet ihon kunnan seurantaan ja hoitoon, turvotusten seurantaan ja hoitoon sekä ompeleiden poistoon liittyvissä kirjauksissa, joiden sisältö kuvasi toteutunutta hoidon toteutusta ja muina hoitotyön prosessin vaiheina hoidon tarvetta ja hoidon tulosta (saivat mittarissa arvon 0). *Kudoseheys* -komponenttiin oli kirjattu FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan oikein kaikki suunnitelluiksi toiminnoiksi hyväksytyt kirjaukset (taulukko 13).

Yleisesti eri komponenttien alle kirjatut suunnitellut toiminnot olivat muodoltaan toteavia suunnitellun toiminnon sijasta. Kirjattuja suunniteltuja toimintoja ei kirjattu tarpeeksi selkeästi suunnitelluiksi hoitotyön toiminnoiksi, esimerkiksi kirjattuna “kestokatetri” tai “nefrostooma”, vaikutti sisältävän oletuksen hoidon tarpeesta, tavoitteesta ja suunnitelluista hoitotyön toiminnoista. Samoin Aineenvaihdunta- komponentissa lääketieteellisten diagnoosien kirjaaminen vaikutti kertovan hoitajille suunnitellut toiminnot, joiden mukaan potilasta hoidetaan. Lääkehoito -komponentissa suunniteltuihin toimintoihin kirjattiin tarkkoja lääkemääriä ja antoaikoja, joka on riski turvalliselle lääkehoidolle. Ajantasaiset lääkitystiedot tulisi olla vain lääkesovelluksessa virheiden minimoimiseksi.

Seuraavassa taulukossa (taulukko 13) on koottuna kuvaus kirjatusta suunnitelluista toiminnoista. Taulukossa 14 kuvattuna yhteenveto kirjatusta suunnitelluista toiminnoista.

TAULUKKO 13. Teorialähtöisen sisällönanalyysin tulokset Hoitotyön prosessin suunnitellut toiminnot -vaiheesta

| FinCC –Komponentti ja sisältö | Hoitotyön prosessin vaiheita | | | Esitieto | Taustatieto | Toteutunut toteutus | Piilotarve | |
|---|--|--|--|----------|--|--|------------|-------------------|
| | Suunnitellut toiminnot | | Hoidon tarve | | | | | Hoitotyön tavoite |
| | FinCC komponentin kirjattu sisältö oikein | FinCC komponentin kirjattu sisältö väärin | | | | | | |
| Aktiviteetti <i>Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät</i> | Liikkumisen motivointi Liikkumisen avut | Apuvälineen järjestäminen | Asiantuntijan arvio liikkumisesta, toimintakyvystä ja apuvälinetarpeesta | | Asiantuntijan arvio liikkumisesta, toimintakyvystä ja apuvälinetarpeesta | Peseytyminen Asiantuntijan arvio liikkumisesta, toimintakyvystä ja apuvälinetarpeesta | | |
| Erittäminen <i>Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät</i> | Kestokatetrihoidon toteuttaminen Virtsan seuranta Suoliston toiminnan seuranta | | Virtsan seuranta Suoliston toiminnan seuranta | | | Kestokatetrihoidon toteuttaminen Suoliston toiminnan seuranta | | |
| Selviytymisen <i>Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai</i> | Omaisten toiveet | Liikkumisen havainnointi Peseytyksessä ja hygienianhoidossa avustaminen | Liikkumisen havainnointi | | | Omaisten toiveet Peseytyksessä ja hygienianhoidossa avustaminen | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|-----------------------|--|--|
| <i>niistä aiheutu- vista ongel- mista</i> | | | | | | | | |
| Nestetasa- paino <i>Elimistön nes- temäärään liit- tyvät osatekijät</i> | Nesteytyk- seen liittyvä ohjeistus Nestetasa- painon las- keminen Verivalmis- teiden anta- minen | Virtsamäärän seuranta Painon seu- ranta Verensokeri- seuranta Turvotusten hoito | Verivalmisteiden antaminen | | | | Verivalmistei- den antaminen Kanyylia ympä- röivän ihon hoito | |
| Hoidon ja jat- kohoidon koordinointi <i>Moniammatilli- sen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimus- ten ja toimen- piteiden koor- dinointi</i> | Tutkimuk- seen, toi- menpitee- seen tai näytteenot- toon valmis- taminen, suorittami- nen ja näi- den jälkeinen tarkkailu ja hoito Jatkohoidon suunnittelu Kotiutus Asiantuntija- palveluiden koordinointi Jatkohoito Omaiset | | Omaiset Asiantuntijapalve- luiden koordinointi Potilaan näkemyk- sen huomiointi | | Kotitilanteen ku- vaus Asiantuntijapal- veluiden koor- dinointi Omaiset | | Otetut näytteet Dreenin ole- massaolon ai- kaväli Asiantuntijapal- veluiden koor- dinointi Jatkohoito | |
| Lääkehoito <i>Lääkkeiden käyttöön ja</i> | Lääkehoidosta poik- keaminen | | | | Riskin huomiointi lääkehoidossa | Lääkkeen poikkeava | | |

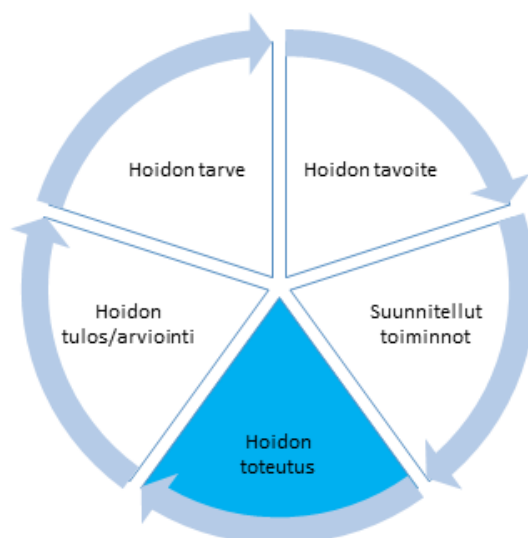
| | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---------------------------|-------------------|----------|----------------|----------|--|
| <i>lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät</i> | Insuliinin kotiannos Lääkkeen antamisen ohje | | | | | säilytyspaikka | | |
| Ravitsemus <i>Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät</i> | Ruokailun suunnittelu Painon seuranta Ravitsemuksen turvaaminen | | Ravitsemuksen turvaaminen | | | | | |
| Hengitys <i>Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät</i> | Hapen antaminen Positiiviseen paineeseen puhalluttaminen | | | Saturaatiotavoite | | | | |
| Verenkierto <i>Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät</i> | Lämmön seuranta toimintaohjeineen Verenpaineen pulssin ja happisaturationin seuranta | Turvotusten tarkkailu ja hoito | | | | | | |
| Aineenvaihdunta <i>Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät</i> | Verensokerin seuranta ja hoito | | Diagnoosi ja hoitomuoto | Hoidon tavoite | Omahoito | | Omahoito | |
| Turvallisuus | Liikkumisen rajoittaminen | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|-------------|--|--|-----------------------------|--|--|-----------------------------|
| <i>Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit</i> | | | | | | | | |
| Päivittäiset toiminnot <i>Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät</i> | Virtsanpidätyskyvyttömyyden hoitaminen Toimintakyky ja apuvälineet | | Toimintakyky ja apuvälineet | | Toimintakyky ja apuvälineet | | Peseytymisajankohta ja tarvittavat apuvälineet | Toimintakyky ja apuvälineet |
| Psyykinen tasapaino <i>Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät</i> | | | Oireiden seuranta | | | | Asiantuntijapalvelut Mittarit | |
| Aisti- ja neurologiset toiminnot <i>Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät</i> | Kivun seuranta ja hoito | Asentohoito | Painehaava | | | | | |
| Kudoseheys <i>Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät</i> | Ihon kunnon seuranta ja hoito Ompeleiden poisto | | Ihon kunnon seuranta ja hoito Turvotusten seuranta ja hoito | | | | Ihon kunnon seuranta ja hoito Ompeleiden poisto | |

TAULUKKO 14. Yhteenveto kirjatuista suunnitelluista toiminnoista

- ✓ Suunniteltuina toimintoina kirjattiin suunniteltujen toimintojen lisäksi hoitotyön prosessin muina vaiheina tarvetta, tavoitetta, tulosta, toteutunutta toteutusta, piilotarpeita ja esi-/taustatietoja.
- ✓ Suunniteltuja toimintoja kirjattiin hoidon suunnitteluvaiheessa hyvin.
- ✓ Suunniteltuina toimintoina kirjattiin toteutunutta hoidon toteutusta, jo menneitä päivämääriä näkyi hoitosuunnitelmissa, hoitosuunnitelmat eivät olleet ajan tasalla.
- ✓ Suunnitelluiksi toiminnoiksi kirjattu teksti oli luonteeltaan toteavaa.
- ✓ Aineenvaihdunta-komponentissa diagnooseja hoitomuotoineen kirjattiin suunnitelluiksi toiminnoiksi.
- ✓ Selviytyminen –komponentin sisältöalue ja käyttö ymmärrettiin väärin, suunnitelluiksi toiminnoiksi kirjattiin potilaan liikkumisen havainnointia, peseytymisessä ja hygienianhoidossa avustamista.
- ✓ Nestetasapaino –komponenttiin oli kirjattu paljon sisällöllisesti komponenttiin kuulumattomia suunniteltuja toimintoja.
- ✓ Lääkehoito -komponentissa suunniteltuihin toimintoihin kirjattiin tarkkoja lääkemääriä ja antoaikoja, lääkityksen kirjaaminen tulisi toteutua lääkesovelluksen kautta.

5.2.4 Hoidon toteutus



KUVIO 10. Hoitotyön prosessin vaihe – hoidon toteutus

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi –mittarin kriteerin mukaan kirjaus katsotaan hoitotyön toteutukseksi, jos toteutus on kirjattu sille varattuun kohtaan ja se on hoitotyön toteutusta. Hoidon toteutusta oli kirjattu 100% (N=40) tarkastelluissa hoitotyön kirjauksissa. Koska kaikissa komponenteissa hoidon toteutusta kirjattiin ja toteutuksen kirjaaminen oli prosessin vaiheen mukaista, mittarin kriteerien mukaisesti kirjaukset hyväksyttiin hoidon toteutukseksi (sai mittarissa arvon 1). Mittarin kriteereitä täyttämättömiä hoidon toteutus -kirjauksia ei ollut (olisivat saaneet mittarissa arvon 0), joten niitä ei seuraavassa esitellä.

Aktiviteetti –komponenttiin kirjatut hoidon toteutukseen liittyvät kirjaukset muodostivat monia eri aihealueita, joista vain osa pystyttiin ryhmittelemään isompiin kokonaisuuksiin. Kirjatuista merkinnöistä vain uni- ja valvetilan seurantaan, fyysisen voinnin seurantaan, asentohoitoon, omatoimisen fyysisen aktiviteetin seurantaan ja arviointiin, fysioterapiaan ja aktiviteettiin liittyvään ohjaukseen liittyvät kirjaukset kuuluivat FinCC- toimintoluokituksen ohjeen mukaan sisällöllisesti Aktiviteetti- komponenttiin. Muissa kirjauksissa kuvattiin erittämisen seuranta ja wc-toiminnoissa avustamista, lääkehoitoa, kivun seuranta ja hoitoa, suonensisäistä nesteytystä, psyykkisen voinnin seuranta, näytteiden ottoa, ihon kuntoa ja hoitoa, avustamista fyysisessä aktiviteetissa, yhteistyötä omaisten kanssa, ruokailun seuranta sekä terveyttä edistävää ohjausta sekä tulotekstejä. Näistä

mikään ei kuulunut sisällöllisesti FinCC-toimintoluokituksen Aktiviteetti – komponenttiin (taulukko 15).

Aktiviteetti –komponenttiin kirjattiin muiden komponenttien asiasisältöjä yhdisteleviä tulotekstejä, jotka kirjattiin potilaan osastolle saapua yhtenä hoidon toteutuksena. Tulotekstit sisälsivät muun muassa, potilaan toimintakyvyn ja voinnin kuvausta, havaintoja tulotilanteen aikaisista suonensisäiseen nesteetykseen ja erittämiseen liittyvistä asioista sekä asumisolojen ja apuvälineiden kuvausta. Esimerkki tulotekstistä;

Saapuu potilaskuljetuksen osastolle. Asiallisesti juttelee, orientoitunut aikaan ja paikkaan. Omatoimisesti siirtyy tuettuna paareilta pot.sängylle. Plasmalyte 1000ml tippuu. Kestokatetri, jossa kirkasta virtsaa. Tulovitaalit, haastattelut ja mrsa neni otettu. Ei apuvälineitä, ei kotiapuja, yksin asuu.

Aktiviteetti –komponenttia käytettiin paljon ja sen käytössä havaittiin ongelmia. Komponenttia käytettiin yleisesti kaiken tekemisen ja olemisen kuvaamiseen potilaan eri elämänalueilla. Komponenttiin kirjattiin Aktiviteetti –komponenttiin kuuluvien aihealueiden lisäksi yhdeksän muun komponentin sisältöalueita. Erityisen paljon kuvattiin Päivittäiset toiminnot –komponenttiin kuuluvia asioita omatoimisuuden tukemiseen, eli päivittäisissä toiminnoissa ja liikkumisessa avustamiseen liittyen. Potilaan omatoimisuutta ja sen ilmenemistä liikkumisessa ja päivittäisissä toiminnoissa kuvattiin kirjauksissa runsaasti.

Erittäminen -komponentti sisälsi suoliston toimintaan, virtsaamiseen liittyviin toimintoihin, pahoinvointiin ja muusta eritystoiminnasta huolehtimiseen liittyviä kirjauksia. FinCC -toimintoluokituksen ohjeen mukaan kaikki kirjatut hoidon toimet olivat kirjattu oikein komponentin alle (taulukko 15).

Pahoinvointiin liittyvät kirjatut sisälsivät pahoinvoinnin seuranta ja hoitoa kuvaavia kirjauksia. Kirjauksissa oli käytetty pahoinvoinnin tai oksentamisen ehkäisy ja hoito -pääluokkaa, mutta varsinaista ehkäisyä ja hoitoa kirjaukset eivät sisältäneet. Enimmäkseen kirjauksissa seurattiin pahoinvoinnin esiintymistä ja todettiin pahoinvointia olevan. FinCC –toimintoluokituksesta puuttuu seuranta -näkökulma pahoinvoinnin osalta, toimintoluokitus keskittyy pahoinvoinnin ehkäisyyn ja hoitoon sekä siihen liittyvään ohjaukseen.

Suoliston toimintaan liittyvät kirjaukset koostuivat suoliston toiminnan seurantaan, toimintakykyyn ja avuntarpeeseen, lääkehoitoon sekä virtsaamisen seurantaan liittyvistä kirjauksista. FinCC –toimintoluokitus ohjaa kirjaamaan suoliston toimintaan liittyviä asioita seurannan, hoidon ja ohjauksen näkökulmista. Ohjeen perusteella katsottiin, että Lääkehoitoon liittyvät kirjaukset eivät suoranaisesti kuuluisi Erittäminen -komponenttiin, mutta koska ne koskivat vatsan toiminnan avustamista lääkehoidolla, katsottiin, että lääkehoidon maininnat kuuluvat olennaisesti vatsan toiminnan päivittäiseen hoitamiseen.

Virtsaamiseen liittyviin toimintoihin kirjattiin virtsaamisen seurantaan, toimintakykyyn ja avuntarpeeseen, ohjaukseen ja näytteenottoon, munuaisten ja virtsateiden toiminnan ylläpitämiseen, peseytymisessä avustamiseen, ihon kunnon seurantaan ja hoitoon sekä suoliston toimintaan liittyviä asioita. FinCC –toimintoluokitus ohjaa kirjaamaan virtsaamiseen liittyviä toimintoja seurannan, ylläpitämisen ja ohjauksen näkökulmista. Ohjeen perusteella katsottiin, että kuvailut ihon kunnon seurannasta ja hoidosta kuuluisivat Kudoseheys -komponentin alle ja Näytteenottoon liittyvä valmistaminen ja ohjaus Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponenttiin.

Erittäminen -komponentin suoliston toimintaan ja virtsaamisen toimintoihin liittyvissä kirjauksissa kirjattiin toimintakykyyn ja avuntarpeeseen liittyvää hoidon toteutusta, jotka kuuluisivat Päivittäiset toiminnot –komponenttiin pääluokkaan Omatoimisuuden tukeminen. Luokituskokonaisuus ohjaa kirjaamaan hoitajan auttamiset eri asiayhteyksissä Omatoimisuuden tukemisen alaluokkiin, kuten erittämiseen liittyvässä omatoimisuuden tukemisessa ja avustamisessa. Lisäksi huomioitavaa oli, että suoliston toimintaan liittyvissä kirjauksissa käsiteltiin virtsaamisen seuranta ja virtsaamisen toimintoihin liittyvissä kirjauksissa oli mainintoja suoliston toimintaan liittyvistä asioista. FinCC- toimintoluokituksen mukaan nämä kirjaukset kuuluisivat omien alaluokkiensa alle Erittäminen- komponentissa.

Erittäminen -komponentin kirjauksissa korostui monen aihealueen yhdisteleminen komponenttirajojen yli. Erittäminen- komponentin yhdessä kirjauksessa voidaan käsitellä muun muassa toimintakykyä, liikkumista, erittämisen seuranta ja pesuja, esimerkiksi;

Aamusta vatsa toiminut runsaasti. Yritetty ensin taluttaa vessaan, jalat eivät niin hyvin kantaneet. Siirtynyt sitten wc-tuolille. Vaippa suttuinen, lapuilla takapuolta pyyhitty vessatuolilla, mutta vaatii vielä kunnan aamupesun — —.

Selviytyminen -komponenttiin kirjatut hoidon toteutukseen liittyvät kirjaukset muodostivat monia eri aihealueita, joita ei pystytty ryhmittelemään isommiksi kokonaisuuksiksi. Kirjatuista merkinnöistä vain kaksi osiota, henkinen tuki ja perhehoitotyön menetelmien toteuttaminen, kuuluivat FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaan sisällöllisesti *Selviytyminen*-komponenttiin. Muissa kirjauksissa kuvattiin potilaan ruokailun seuranta, mielialaa, vointia ja orientaatiota, toimintakykyä ja avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa, erittämistä, lääkehoitoa, turvotusten ja ihon tarkkailua ja hoitoa, kotiuttamista ja näytteenottoon liittyvää ohjausta ja tiedonantoa sekä tulotekstejä. Näistä mikään ei kuulunut sisällöllisesti FinCC-toimintoluokituksen *Selviytyminen*-komponenttiin (taulukko 15).

Selviytyminen –komponenttiin kirjattiin myös tulotekstejä, joissa yhdisteltiin muiden komponenttien asiasisältöjä, jotka kirjattiin potilaan osastolle saapuessa yhtenä hoidon toteutuksena, kuten *Aktiviteetti* –komponentissa. Tulotekstit sisälsivät muun muassa tulotilanteessa otettuja elintoimintojen mittaussuureita, potilaan toimintakyvyn ja voinnin kuvausta sekä asumisolojen kuvausta. Esimerkkejä *Selviytyminen* –komponenttiin kirjatusta tuloteksteistä;

Osastolle ambulanssikyydillä, vuoteeseen nostettu 3 hoitajan turvin. Kotihoito soittanut ambulanssin ja luvannut soittaa tyttarelle, että rouva on toimitettu Acutaan. Asiallinen rouva. Ei ruoka-aine allergioita. NaCl 0,9% 1000ml tippumassa. Kestokatetri laitettu Acutassa, kirkasta, aavistuksen tummaa virtsaa. Asuu yksin tällä hetkellä, mies pitkäaikaishoidossa — —. Kotihoito käy x 2 / vrk:ssa. Sai päiväkahvin juotavaksi. Tulomittaukset otettu, MRSA ne/ni otettu, ei painoa eikä haavalta MRSA -näytettä.

Osastolle ambulanssikyydillä ennen päivällistä. Vaimon kanssa asuva mies, kertoo vaimon olevan huonossa kunnossa kotona, mutta kertoi myös että ilmeisesti siellä kotiavut käynnissä. Hieman muistamattoman kuvan antaa. Tulomittaukset otettu lukuunottamatta painoa. Myös U-mrsa ohjelmoitu huomiseksi. Kestokatetri. Happviikset laitettu 1 l/min. Iv-nesteytys aloitettu. Kotona apuvälineenä rollaattori.

Selviytyminen –komponentin käytössä havaittiin ongelmia. Komponentin käyttöön oli muodostunut omanlaisensa väärä sisältö, poiketen toimintoluokituksen sisältöä kuvaavasta ohjeesta. Pääasiassa komponentin ymmärrettiin kuvaavan potilaan fyysistä selviytymiskykyä. FinCC –toimintoluokituksen ohjeistuksessa komponentin kuvaus kuitenkin liittyy enemmän selviytymiseen erilaisissa elämän- ja terveydentilan aiheuttamissa muutoksissa ja sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvissä ongelmissa. Fyysinen annettu tuki kirjattiin hyvin. Psykykkisen tuen antamista ei juurikaan kirjattu. “Kohtaamiseen” liittyvät hoitotyön toiminnot vaikuttivat olevan vaikeita kirjata. Myötätunto, ystävällisyys, lohduttavat sanat tai lämmin kädenpuristus hoitotyön toimintoina eivät tule esiin kirjauksista.

Nestetasapaino –komponentti sisälsi nesteytyksestä huolehtimiseen, nestetasapainon seurantaan ja verivalmisteiden antamiseen liittyviä kirjauksia. Nesteytyksestä huolehtimisen kirjaukset koostuivat nesteytykseen suun kautta, suonensisäiseen nesteytykseen ja lääkärin antamiin nesteytysohjeisiin liittyvistä kirjauksista. Nestetasapainoa seurattiin nautittujen nesteiden määrää seuraamalla, potilasta havainnoimalla, nestelistan avulla sekä tarkkailemalla ja hoitamalla potilaan turvotuksia. Nestetasapaino –komponenttiin kirjatusta hoidon toteutus -merkinnöistä FinCC- toimintoluokituksen ohjeen mukaisiksi sisällöllisiksi kirjauksiksi ei katsottu lääkärin ohjeistusta nesteytykseen liittyen, vaan kirjaukset voisi katsoa kuuluvan Hoidon ja jatkohoidon –koordinointi –komponentin alle (taulukko 15). Lisäksi toimintoluokitus ohjaa käyttämään Kudoseheys –komponentin alaluokkaa hoitosidokset turvotusten hoitoon liittyvissä kirjauksissa.

Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponentti sisälsi tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvät valmistamiseen, ohjaukseen, suorittamiseen ja jälkeiseen tarkkailuun, jatkohoidon suunnitteluun ja kotiutumiseen sekä lääkärin kierron sisältöön liittyviä kirjauksia. Kirjaukset lääkärin kierron sisällöstä käsitelivät kirjausten perusteella keskustelua ja ohjausta, potilaan psyykkisen ja fyysisen voinnin arviota, asiantuntijapalveluiden järjestämistä, lääkärin määräyksiä ja päätöksiä sekä jatkohoidon suunnittelua kierrolla. Hoidon- ja jatkohoidon koordinointi- komponenttiin kirjatusta hoidon toteutus -merkinnöistä FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaisiksi kirjauksiksi katsottiin sisällöllisesti kuuluvan kaikki edellä mainitut osiot (taulukko 15).

Huomioitavaa Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponentin kirjauksissa oli, että FinCC-toimintoluokituksessa komponentissa on vain pääluokkia. Pelkkien pääluokkien käyttö vaikutti parantavan komponentin käytön ymmärrettävyyttä, koska kirjaamisen sisältö vastasi kaikissa kirjauksissa komponentin ohjeistusta.

Lääkehoito - komponentin kirjatut koskivat lääkkeen antamista, tarkennusta lääkkeen antotapaan, lääkkeen antamisen syitä, lääkehoidon toteutumista ja ohjausta. Päivittäiskirjauksissa näkyvät kirjatut lääkkeiden annosta kirjattiin suurimmaksi osaksi lääkesovelluksen kautta ja myös suoraan hoitopäivään. Päivittäismerkinnoissa näkyvälle kirjaukselle oli yleisimmin syynä tarvittavana annettu lääke tai lääkkeen annossa oli jotain poikkeavaa, sillä muutoin säännöllisesti lääkelistalla olevien lääkkeiden antamista ei erikseen kirjata osastojen käytäntöjen mukaan. Lääkesovelluksen kautta kirjatut lääkkeen annot sisälsivät tiedot annetuista lääkkeistä tietyllä kaavalla sisältäen lääkkeen nimen, vahvuuden, antomuodon, antotavan ja kellonajan. Lisätietoa oli kirjattu lähes aina vapaalla tekstillä, jolla kuvattiin tarkennusta lääkkeen antotapaan, lääkkeen antamisen syytä, lääkehoidon toteutumista tai lääkehoidon ohjausta. Esimerkiksi;

*OXYNORM 5mg, kapseli; annettu 5mg PO pp.kk.2019 05:19
Tavataan vessareissulta, kertoo heränneensä oikean kyljen / alavatsan kovaan kipuun, lääkitään. Tarkentaa näyttämällä, että kipu suoliluun harjanteen kohdalla. Potilas silminnähden todella tuskainen.*

Lääkehoito –komponenttiin kirjatusta hoidon toteutus -merkinnöistä sisällöltään FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaisia kirjauksia olivat kaikki edellä mainitut osiot (taulukko 15). Lääkkeen antamisen vapaan tekstin sisällön yksittäiset asiat, kuten kipu, pahoinvointi, lämpöily ja sekavuus luokiteltaisiin FinCC –toimintoluokituksen mukaan muihin komponentteihin, mutta nämä katsottiin kuitenkin kuuluvaksi Lääkehoito -komponentin alle hyvin olennaisena syynä lääkkeen antamiselle. FinCC –luokituskokonaisuus korostaa lääkkeen antamisen syyn ja lääkkeen vaikutuksen kirjaamista. Lääkkeen antamisen syyt tulivat kirjauksista hyvin ilmi. Sen sijaan lääkkeen vaikutusta kirjattiin huonommin.

Ravitsemus –komponentissa kirjatut koskivat ravitsemuksen seurantaan, ruokailun seurantaan, ravinnon saannin turvaamista, ravitsemusta lääkehoidon toteutuksessa sekä painon kontrollointia. Ravitsemuksen seurantaan liittyvät kirjatut

set koskivat ravitsemuksen laatua ja määrää. Ruokailun seurannan kirjaukset kuvasivat ruokailuun liittyvää toimintakykyä, ruokailussa avustamista, ruokahalua ja potilaan vointia. Kirjausten perusteella ravinnon saantia turvattiin suonensisäisellä- ja letkuravitsemuksella, ottamalla huomioon potilaan toiveet ravinnon suhteen ja ohjaamalla potilasta ravitsemukseen liittyen. FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaisia hoidon toteutuksen kirjauksia sisällöltään katsottiin olevan kaikki muut edellä olevat lukuun ottamatta ruokailussa avustamiseen ja pahoinvointiin liittyviä kirjauksia (taulukko 15). Toimintoluokituksessa ruokailussa avustaminen luokitellaan Päivittäiset toiminnot –komponentin alaluokaksi ja potilaan voinnissa kuvattu pahoinvointi luokiteltaisiin Erittäminen -komponentin pääluokaksi.

Ravitsemukseen lääkehoidon toteutuksessa liittyvissä kirjauksissa kuvattiin lääkkeen antamista ravinnon yhteydessä. Lääkkeen antaminen luokitellaan toimintoluokituksessa Lääkehoito -komponenttiin, mutta kirjausten tulkittiin korostavan ravinnon merkitystä onnistuneessa lääkkeiden otossa. Esimerkiksi;

Aamiaiseksi ottaa jugurtin, jotta saa lääkkeitä otettua. Ei ruokahalua.

Hengitys –komponentin alle kirjattiin hengityksen seuranta ja arviota sekä hengityksen hoitoa. Hengityksen seuranta ja arvio sisälsi kirjauksia hengitystä mittaavista suureista ja hengityksen kuvailusta. Hengityksen hoito sisälsi hengitystä helpottavia hoitomuotoja, kuten positiiviseen paineeseen puhalluttaminen, asentohoito, hengitystä helpottavat apuvälineet sekä hengitystä helpottava lääkehoito ja hapen antaminen. Hengitys-komponenttiin kirjatusta päivittäisistä hoidon toteutus -merkinnöistä FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaisia kirjauksia sisällöltään olivat kaikki edellä mainitut osiot (taulukko 15). Hengitystä helpottavan lääkehoidon maininta ei ohjeistuksen mukaan sinänsä ollut Hengitys -komponentin mukainen kirjaus, kuuluen Lääkehoito -komponenttiin, mutta katsottiin, että hengitystä helpottavaa lääkehoitoa käytettiin vain mainintana Lääkehoito -komponenttiin kirjaamisen lisäksi.

Verenkierto –komponenttiin kirjattu hoidon toteutus koostui verenkierron ja hengityksen seurantaan ja hoitoon liittyvästä kokonaisuudesta, joka sisälsi elintoimintojen mittaussuureisiin, mittaussuureisiin liittyviin tarkennustietoihin, voinnin ja oireiden kuvailuun sekä mittaussuureisiin ja oireisiin reagointiin liittyviä päivittäiskirjauksia. Verenkierto -komponenttiin kirjatusta päivittäisistä hoidon toteutus -

merkinnöistä sisällöltään FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaisia kirjauksia olivat kaikkiin edellä mainittuihin osioihin kuuluvat kirjaukset (taulukko 15). FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaan vapaan tekstin asiasisältö, kuten kipu, pahoinvointi, suonensisäinen nesteytys ja verikokeiden tilaaminen liittyvät muihin komponentteihin, mutta nämä katsottiin kuitenkin kuuluvaksi Verenkierto -komponentin alle, koska vapaa teksti tarkensi mittaussuuretta olemalla lisäselvitystä tilanteeseen, kuten potilaan oire tai hoitajan reagointia mittaussuureisiin. Esimerkiksi;

klo 9:20 verenpaine 72/50 mmHg. Verenpaineet matalat, potilas kliinisesti hyvävointinen, ei huimausta tai huonoa oloa. Asiallinen/orientti. Ringer 500ml tippumaan.

klo 03:17 Verenpaine 169/79 mmHg, klo 03:17 Syke 69 bpm. Potilas soittaa kelloa ja kertoo olevan huimaava pahoinvoiva olo ja rintaan sattuu, kipu ei ole puristava, mutta potilas kokee sen painavaksi. Tällaista tuntemusta ollut ennenkin rytmihäiriöiden yhteydessä. Ei hengenhdistusta.

Hoitajat kirjasivat mittaussuureet suurimmaksi osaksi hoidon toteutuksena päivittäismerkintöihin hoitotaulukon kautta liittämisoimaisuuden avulla, jolloin hoitotaulukon kautta kirjatut suureet tarkentavine teksteineen siirtyivät päivittäismerkinnöiksi. Näin kirjatun tieto oli kahdessa paikassa, sekä hoitotaulukossa että hoitopäivällä. Otsikkona kirjaukselle käytettiin usein FinCC -alaluokkaa “verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta”, johon hengitystiheys, lämpö, happisaturaatio ja ews-pisteet eivät kuitenkaan toimintoluokituksen mukaan kuulu. Esimerkiksi;

*Klo EWS-pisteet 0
klo verenpaine 146/64 mmHg Maaten
klo syke 89 bpm
klo kehon lämpö 37 °C korvakäytävä
klo happisaturaatio 98% hi
klo hengitystiheys 18 hengenvettoa/min*

Aineenvaihdunta –komponentti sisälsi verensokerin seurantaan ja hoitoon liittyviä kirjauksia. Verensokerin seurantaan ja hoitoon liittyvät kirjaukset koskivat diabeteshoitajan ohjeistusta, erityisruokavaliomerkitöjä ruokalistalla, potilaan omahoitoa ja siihen liittyvää ohjausta ja seurantaa, sekä verensokeriarvoja, hypo-/hyperglykemian oireita ja verensokerin korjaamiseksi tehtyjä toimenpiteitä. *Aineenvaihdunta* –komponenttiin kirjatusta hoidon toteutus -merkinnöistä sisällöltään FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaisia kirjauksia olivat potilaan omahoi-

toon sekä verensokeriarvoihin, niistä aiheutuviin oireisiin ja verensokerin korjaamiseen liittyvät kirjaukset (taulukko 15). Aineenvaihdunta -komponenttiin oli kirjattu sisällöllisesti myös muihin komponentteihin FinCC –toimintoluokituksen luokittelemia asioita, kuten diabeteshoitajan ohjeistusta sekä mainintoja erikoisruokavaliomerkinnoistä, kuuluen Hoidon ja jatkohoidon koordinointi- ja Ravitsemus -komponentteihin.

Huomioitavaa Aineenvaihdunta –komponentin kirjauksissa oli, että päivittäiskirjauksissa oli suhteellisen vähän hoidon toteutus -kirjauksia sisätautiosastojen luonnetta ajatellen, joissa käytettiin Aineenvaihdunta –komponentin alaluokkaa “Verensokerin seuranta ja hoito”. Verensokeriarvot liitettiin osittain hoitotaulukon kautta hoitopäivän kirjauksiin, mikäli arvoissa oli jotain huomionarvoista. Mittausarvoa täydennettiin vapaalla tekstillä. Vapaalla tekstillä ilmaistiin, kuka oli mitannut verensokerin, tehtiin yleinen huomio korkeasta verensokeritasosta tai kirjattiin selittävä tekijä verensokeriarvoon liittyen, kuten esimerkiksi käynnissä olevasta hiilihydraatteja sisältävästä suonensisäisestä tiputuksesta.

Päivittäiset toiminnot –komponenttiin kirjatut hoidon toteutukseen liittyvät merkinnot koostuivat monista eri aihealueista. Päivittäiset toiminnot -komponentti sisälsi omatoimisuuden tukemiseen, erittämisen seurantaan, voinnin kuvaamiseen, ihon kunnon seurantaan ja hoitoon sekä lääkehoitoon liittyviä kirjauksia. FinCC -toimintoluokitus luokittelee Päivittäiset toiminnot –komponenttiin kuuluvaksi päivittäisiin toimintoihin liittyvän avustamisen ja ohjauksen, mutta seurantaan luokituskokonaisuus ei ota kantaa. Komponenttiin kirjattiin eri aihealueisiin liittyviä seuranta –kirjauksia erittämiseen, ruokailuun, toimintakykyyn ja avuntarpeeseen sekä omatoimisuuteen liittyen. Päivittäiset toiminnot -komponenttiin eivät FinCC-toimintoluokituksen ohjeen mukaan kuuluneet voinnin kuvaamiseen, ihon kunnon seurantaan ja hoitoon sekä lääkehoitoon liittyvät kirjaukset (taulukko 15).

Omatoimisuuden tukemiseen liittyvät kirjaukset sisälsivät kuvauksia päivittäisiin toimintoihin liittyvästä seurannasta, avustamisesta ja ohjauksesta. Esimerkiksi;

Halunnut vessaan vatsaa toimittamaan. 1 avuin rollon turvin vessassa käyty. Jalat kantavat nyt, mutta kävely tahmoo ja askel töpöt-

tävää. Käännöksissä tarvitsi runsaasti sanallista ja manuaalista ohjausta. Takaisin tullessa voimat ehtyivät ja autettu rouva vuoteeseen vessan oven puolelta.

Päivittäiset toiminnot –komponentin kirjauksissa korostui, että potilaan “aamutoimiin” ja “iltatoimiin” liittyvät asiat kirjattiin yhtenä merkintänä Peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen -alaluokan alle. Samassa kirjauksessa käsiteltiin monen muun eri komponentin asiasisältöjä, esimerkiksi erittämisen, päivittäisissä toiminnoissa avustamisen, kudoseheyden ja nestetasapainon aihealueisiin liittyen. Näiden osa-alueiden kokoaminen yhdeksi kirjaukseksi oli muodostunut tavaksi osastoilla, esimerkiksi;

Vaippa kastunut. Hoitajan pesemänä suihkussa. Peti puhtaaksi pedattu puhtaaksi. Jakoihin perusrasvaus. Vas säären palkeenkieleen MB suojaksi. Putkisukat, tukisidokset pyöritelty. Turvotuksia jaloissa on. Vyövaippa.

Huomioitavaa kirjausten sisällössä Päivittäiset toiminnot -komponenttiin liittyen oli myös, että omatoimisuuden tukemisen ja avustamisen lisäksi kirjattiin erittämisen seuranta wc-toimintojen yhteydessä, joka kuuluisi Erittäminen -komponenttiin suoliston toiminnan seuranta- ja virtsaamisen seuranta -pääluokkien alle.

Psyykkinen tasapaino –komponentin kirjatut kirjatut koskivat potilaan psyykkisen tilan seuranta. Psyykkisen tilan seurannan kirjatut koostuivat potilaan mielialan, orientaation, sekavuuden ilmenemisen ja huolien kuvauksista. Psyykkinen tasapaino –komponenttiin kirjatusta hoidon toteutus -merkinnöistä sisällöltään FinCC –toimintoluokituksen ohjeen mukaisia kirjauksia olivat kaikki edellä mainitut osiot (taulukko 15).

Huomioitavaa Psyykkinen tasapaino –komponentin kirjauksissa oli, että komponenttia käytettiin vähän. Hoitajien kirjaaminen oli hyvin kuvailevaa muihin komponentteihin verrattuna. Tämän tulkittiin johtuvan siitä, että potilaan psyykkistä tasapainoa ei kyetä mittaamaan yksiselitteisesti. Esimerkiksi sekavuutta ja orientoitumattomuutta kuvattiin hyvin yksityiskohtaisesti ja tarinanomaisesti ajan ja paikan orientaation puutteena sekä potilaan sanomisina ja tekemisinä. Esimerkiksi;

Sekavuus lisääntynyt. Housut laitettu jalkaan. Sekavia juttelee. Väliillä kyselee — — koska ne tulee. — — . Paikan tietää missä ollaan. Tarjotin petissä ja astioita järjestelee. — — tulee alasti käytävälle, järjestelee koko ajan puhelintaan ja lompakkoaan, milloin ne on lattialla milloin missäkin. Käytävällä ja huoneessa harhailee.

Toisaalta komponentin kirjauksista löytyi hyvin vähän tietoa siitä, miten psyykkiseen tilaan oli reagoitu ja mitä hoitotyön keinoja olisi psyykkisen tilan edistämiseksi tehty. Eräänä hoitotyön keinona reagoida potilaan psyykkiseen tilaan kirjauksista välittyi hoitajan ja potilaan välisen hoitosuhteen olemassaolo esimerkiksi siten, että itkuisen mielialan taustalla olevasta potilaan huolesta kotona pärjäämisen suhteen oli keskusteltu.

Aisti- ja neurologiset toiminnot –komponentin kirjatukset koskivat kivun seurantaan, arviointia ja hoitoa sekä neurologisten oireiden seurantaan. Kivun seurantaan, arviointiin ja hoitoon liittyvät kirjatukset sisälsivät tietoja potilaan kokemasta kivusta, kivun ilmenemisestä ja oireista sekä kivun arvioinnista. Neurologisten oireiden seuranta sisälsi kirjauksia potilaan orientaatiosta, peruselintoimintojen tarkkailusta, tajunnan tason arvioinnista ja lääkärin konsultaatioista. *Aisti- ja neurologiset toiminnot* –komponenttiin kirjatusta hoidon toteutus -merkinnöistä sisällöltään FinCC –toimintoluokituksen mukaisia kirjauksia olivat kaikki edellä mainitut osiot lukuun ottamatta lääkärin konsultaatiomainintaa, jonka katsottiin olevan Asiantuntijapalveluiden koordinoitua Hoidon ja jatkohoidon koordinoitua –komponentissa (taulukko 15). Huomioitavaa *Aisti ja neurologiset toiminnot* –komponentissa oli, että potilaan näkökulma kivun kokemiseen tuli kirjauksissa hyvin esiin ja kivusta kysyttiin potilailta kirjausten perusteella.

Kudoseheys –komponenttiin kirjattiin turvotusten tarkkailuun ja hoitoon, asento- hoitoon, haavan kuvailuun ja hoitoon, ihon kunnon seurantaan ja hoitoon, kanyyliin liittyviin toimintoihin sekä suun ja limakalvojen hoitoon liittyviä asioita. *Kudoseheys* –komponenttiin kirjatusta päivittäisistä hoidon toteutus -merkinnöistä sisällöltään FinCC –toimintoluokituksen mukaisia kirjauksia eivät olleet turvotusten tarkkailuun ja hoitoon sekä kanyylin toimivuuteen ja käyttöön liittyvät kirjatukset (taulukko 15). Ohjeen mukaan turvotusten tarkkailu kuuluisi Nestetasapaino -komponentin alle, sen sijaan kanyylin toimivuuteen ja käyttöön liittyviin kirjauksiin FinCC -toimintoluokitus ei anna selkeää ohjetta. Toimintoluokituksessa *Kudoseheys* -komponentti ohjaa ainoastaan kanyylin ympäröivän ihon hoitoon. Kanyylin

laitoille, poistoille ja huolloille on olemassa hoitotaulukossa oma kohtansa, jota ei tässä työssä käsitelty.

Kudoseheys –komponentin kirjauksissa huomioitavaa oli, että haavan hoidot kirjattiin kokonaisuudessaan eri vaiheineen FinCC-toimintoluokituksen haavan hoito -pääluokan alle, vaikka luokituskokonaisuus ohjaa yksityiskohtaisempien alaluokkien käyttöön, kuten haavanvuodon ja erittämisen seuranta, haavan huuhtelu, mekaaninen puhdistus ja haavasidoksen vaihto. Alla oleva esimerkki kuvaa haavan hoidon kirjaamisen tyyliä aineistossa yhtenä kokonaisuutena seuraavasti;

Oikean reiden yläosassa edessä tulehtunut haava n 10cm pitkä ja n 5cm levyinen pinnallinen, katteinen haava. Haavalla ilmeisesti olleet vesikellukat jotka puhjenneet jossain vaiheessa. Nyt haava tulehtunut, ei kivulias. Haavalla tullessa hopeasidos. Otettu mrsa-näyte. Huuhdeltu Microdacyn-liuoksella. Kyretillä haavalta irtoaa katetta melko hyvin. Ei kuitenkaan katetta kaikkea saatu irti. Katetta pehmittämään Nu-geeli sekä hopeavaahtolevy, päälle imevät taitokset suojaksi. Haavalta vain vähän eritystä. Kierresiteellä kiinnitys.

Hoidon toteutus -kirjausten kokonaismäärään suhteutettuna potilaan peseytymiseen, wc-toimintoihin ja liikkumiseen liittyviä asioita avuntarpeineen kirjattiin paljon usean eri komponentin alle. Näitä osa-alueita kirjattiin säännöllisesti hoitopäivittäin. Hoidon toteutuksen kirjaamisen tyyli oli usein hyvin hoitajakeskeinen painottuen hoitajan tekemisiin, hoitotyötä tehtiin näkyväksi. Taulukossa 15 koottuna kuvaus hoidon toteutuksen tuloksista ja taulukossa 16 esitettyä yhteenveto hoidon toteutuksen kirjauksista.

TAULUKKO 15. Teorialähtöisen sisällönanalyysin tulokset Hoitotyön prosessin hoidon toteutus –vaiheesta

| FinCC- kom- ponentin sisältö | Hoidon toteutus | |
|------------------------------------|--|--|
| | FinCC komponentin kirjattu sisältö oikein | FinCC komponentin kirjattu sisältö väärin |
| Aktiviteetti | Uni- ja valvetilan seuranta Fyysisen voinnin seuranta Asentohoito Omatoimisen fyysisen aktiviteetin seuranta ja arviointi Fysioterapia Aktiviteettiin liittyvä ohjaus | Erittämisen seuranta WC-toiminnoissa avustaminen Lääkehoito Kivun seuranta ja hoito Suonen sisäinen nesteytys Psykkisen voinnin seuranta Näytteiden otto Ihon kunto ja hoito Fyysisessä aktiviteetissa avustaminen Yhteistyö omaisten kanssa Ruokailun seuranta Terveystta edistävä ohjaus Tulotekstit |

| | | |
|---|---|---|
| Erittäminen | Suoliston toiminta Virtsauttamiseen liittyvät toiminnot Pahoinvointi Muusta eritystoiminnasta huolehtiminen | |
| Selviytyminen | Henkinen tuki Perhehoitotyön menetelmien toteuttaminen | Ruokailun seuranta Mieliala, vointi ja orientaatio Henkinen tuki Toimintakyky ja avuntarve päivittäisissä toiminnoissa Erittäminen Lääkehoito Turvotusten ja ihon tarkkailu ja hoito Tulotekstit Kotiutus Näytteen ottoon liittyvä ohjaus ja tiedon anto |
| Nestetasapaino | Nesteytys suu kautta Suonen sisäinen nesteytys Potilaan havainnointi Turvotusten tarkkailu Nestelista seuranta Verivalmisteiden antaminen | Lääkärin nesteytysohje Turvotusten hoito |
| Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio | Tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä valmistaminen, ohjaus, suorittaminen ja jälkeinen tarkkailu Jatkohoidon suunnittelu ja kotiutuminen Lääkärin kierron sisällöt | |
| Lääkehoito | Lääkkeen antaminen Tarkennus lääkkeen antotapaan Lääkkeen antamisen syy Lääkehoidon toteutuminen ja ohjaus | |
| Ravitsemus | Ravitsemuksen seuranta Ruokailun seuranta Ravinnon saannin turvaaminen Ravitsemus lääkehoidon toteutuksessa Painon kontrollointi | Ruokailun avustaminen Pahoinvointi |
| Hengitys | Hengityksen seuranta ja arvio Hengityksen hoito | |
| Verenkierto | Verenkierron ja hengityksen seuranta ja hoito | |
| Aineenvaihdunta | Verensokerin seuranta ja hoito | Diabeteshoitajan ohjeistus Erikoisruokavaliomerkinnot |
| Päivittäiset toiminnot | Omatoimisuuden tukeminen Erittämisen seuranta | Voiminnan kuvaaminen Ihon kunnon seuranta ja hoito Lääkehoito |
| Psyykinen tasapaino | Psyykkisen tilan seuranta | |
| Aisti- ja neurologiset toiminnot | Kivun seuranta, arviointi ja hoito Neurologisten oireiden seuranta | Lääkärin konsultaatio |
| Kudoseheys | Asentohoito Haavan kuvailu ja hoito Ihon kunnon seuranta ja hoito | Turvotusten tarkkailu ja hoito Kanyyliin liittyvät toiminnot Suun ja limakalvojen hoito |

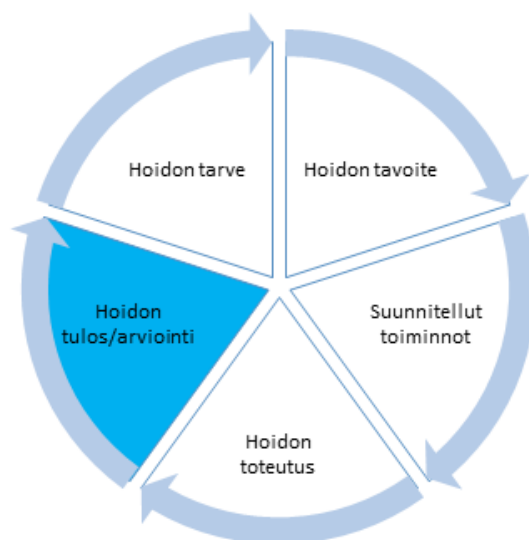
TAULUKKO 16. Yhteenveto kirjatuista hoidon toteutuksista

- ✓ Hoidon toteutusta kirjattiin paljon ja se oli parhaiten kirjattu hoitotyön prosessin vaihe.
- ✓ Hoidon toteutuksen kirjaamisessa havaittiin haasteita FinCC -komponenttien pää- ja alaluokkien käyttämisessä. Alaluokkia käytettiin vähän ja kirjaaminen tapahtui pääosin pääluokka -tasolla. Esimerkiksi Haavan hoito -pääluokkaan kirjattiin kokonaisuudessaan haavanhoidot, yksityiskohtaisempia alaluokkia ei käytetty.
- ✓ Hoidon toteutuksen yksittäisissä kirjauksissa yhdisteltiin, niputettiin, monia hoitotyön aihealueita komponenttirajojen yli.
- ✓ Kirjaaminen oli kronologisesti etenevää tyyliään kuvailevaa, hoitotyötä näkyväksi tekevää. Kirjaamisen tyyli oli usein hoitajakeskeinen, kirjaten tehtyä hoitotyötä.
- ✓ Hoidon toteutus -kirjausten kokonaismäärään suhteutettuna potilaan peseytymiseen, wc-toimintoihin ja liikkumiseen liittyviä asioita avuntarpeeseen kirjattiin paljon hoitopäivittäin usean eri komponentin alle.
- ✓ Selviytyminen ja Aktiviteetti –komponenttien alle kirjattiin tulotekstejä potilaan saapuessa osastoille yhtenä hoidon toteutuksen kirjauksena, yhdistellen eri komponenttien aihealueita.
- ✓ Selviytyminen, Aktiviteetti, Erittäminen ja Päivittäiset toiminnot –komponenttien käytössä hoidon toteutuksen kirjaamisessa havaittiin erityisesti ongelmia.
- ✓ Selviytyminen –komponentin ymmärrettiin kuvaavan potilaan fyysistä selviytymiskykyä.
- ✓ Aktiviteetti –komponentissa kuvattiin erityisen paljon Päivittäiset toiminnot –komponenttiin kuuluvia asioita omatoimisuuden tukemiseen, päivittäisissä toiminnoissa ja liikkumisessa avustamiseen liittyen. Potilaan omatoimisuutta ja sen ilmenemistä liikkumisessa ja päivittäisissä toiminnoissa kuvattiin runsaasti.
- ✓ Erittäminen -komponenttiin kirjattiin myös toimintakykyyn ja avuntarpeeseen liittyviä asioita.
- ✓ Päivittäiset toiminnot –komponenttiin kirjattiin eri aihealueisiin liittyviä seuranta –kirjauksia erittämiseen, ruokailuun, toimintakykyyn ja avuntarpeeseen sekä omatoimisuuteen liittyen. FinCC -luokituksista puuttuu seuranta näkökulma Erittäminen -komponentin pahoinvoinnin ja

Päivittäiset toiminnot –komponentin omatoimisuuden tukeminen liikkumisessa ja ruokailussa osalta.

- ✓ Hoidon ja jatkohoidon koordinointi – komponenttia osattiin käyttää hoidon toteutus –vaiheessa hyvin. Komponentti sisälsi vain selkeitä pääluokkia, jolla saattoi olla vaikutusta ymmärrettävyyteen ja näin helppokäyttöisyyteen.
- ✓ Aisti ja neurologiset toiminnot –komponentissa potilaan näkökulma kivun kokemiseen tuli kirjauksissa hyvin esiin ja kivusta kysyttiin potilailta kirjausten perusteella.
- ✓ Lääkkeen antamisen syitä kirjattiin hyvin, lääkkeen vaikutuksia huomomin.
- ✓ Fyysinen annettu tuki kirjattiin hyvin. Psykkisen tuen antamista ei juurikaan kirjattu. Psykkinen tasapaino –komponenttia käytettiin vähän.

5.2.5 Hoidon tulos



KUVIO 11. Hoitotyön prosessin vaihe – hoidon tulos

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kriteerin mukaan kirjattu tulos arvioidaan sen mukaan, onko hoidon tulos/arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan, päivittäiseen arviointiin tai hoidon tuloksiin. Hoidon tulos oli kirjattu sille varattuun kohtaan 10% (n=4) tarkastelluista hoitotyön kirjauksista. Hoidon tuloksen kirjaaminen oli vähäistä ja satunnaista, hoidon tulosta ei kirjattu päivittäin.

Hoidon tulos -luokituksen avulla kirjatut hoidon tulokset liittyivät lääkehoitoon ja lääkkeen vaikutuksen arviointiin. Tulokset kirjattiin hoidon tulos -luokituksen kautta, arvioiden oliko potilaan tilanne parantunut, ennallaan vai huonontunut. Tuloslukituksen huonontunut –tasoa ei esiintynyt kirjatuihissa hoidon tuloksissa. Kaikissa hoidon tuloksissa potilaan tilanne oli siis parantunut, ennallaan tai ei luokiteltu. Vapaalla tekstillä kuvattiin sanallisesti lääkkeen vaikutusta, oliko annettu lääke auttanut esimerkiksi kipuun tai pahoinvointiin. Potilaan näkökulma hoidon tuloksen kirjauksissa tuli esiin.

Hoidon tulosta kirjattiin myös päivittäisen hoidon toteutuksen yhteyteen FinCC –toimintoluokituksen avulla käyttäen arviointi- ja seuranta pääluokkia, joka oli FinCC -luokituskokonaisuuden mukaan hyväksyttävää. Kirjauksia ei kuitenkaan voinut tulkita hoidon tulokseksi yksiselitteisesti. Päivittäisen hoidon toteutuksen yhteyteen kirjatun hoidon tuloksen ei katsottu täyttävän rakenteellisesti kirjatun tiedon vaatimuksia, sillä tulosta ei ollut kirjattu selkeästi, kirjaukset olivat tulkinanvaraisia ja ne olivat vaikeasti löydettävissä. Taulukossa 17 yhteenveto kirjatuihista hoidon tuloksista.

TAULUKKO 17. Yhteenveto kirjatuihista hoidon tuloksista

- ✓ Hoidon tulosta kirjattiin vähän ja satunnaisesti.
- ✓ Hoidon tulosta kirjattiin hoitotyön prosessin vaiheista huonoiten.
- ✓ Kirjatut hoidon tulokset liittyivät kaikki lääkehoitoon.
- ✓ Kirjatuihissa hoidon tuloksissa potilaan näkökulma tuli esiin.

5.3 Keskeiset tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida ja kuvata yliopistosairaalan sisätauti-osastojen sähköisen hoitotyön kirjaamisen laatua, sisältöä ja kehittämisalueita kansallisen hoitotyön kirjaamismallin näkökulmasta. Työssä tutkittiin, kuinka kansallista hoitotyön kirjaamismallia käytettiin rakenteisessa hoitotyön kirjaamisessa, jossa kirjaaminen perustuu hoitotyön prosessiin, jonka vaiheita kuvataan suomalaisella hoitotyön luokituskokonaisuudella (FinCC). Seuraavassa taulukossa 18 esitetään tutkimustehtäviin vastaten työn keskeiset tulokset ja kehittämisalueet.

TAULUKKO 18. Tutkimuksen keskeiset tulokset ja kehittämisalueet

| Tutkimustehtävät | Keskeiset tulokset | Kehittämisalueet |
|---|---|---|
| Mikä on hoitotyön kirjaamisen laadun taso hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin mukaan? | <ul style="list-style-type: none"> • Hoitotyön kirjaamisen laadun taso oli huono, kirjaaminen oli heikolla ja ei hyväksyttävällä tasolla. | <ul style="list-style-type: none"> • Johdon tuki ja koulutus • Huolehditaan pikaisesti, että kirjaaminen saadaan lain vaatimalle tasolle. • Tarkistetaan asenne kirjaamiseen, varmistetaan kirjaamisosaaminen ja tehdään kehittämissuunnitelma. • Hoitotyön kirjaamiseen koulutukseen ja kehittämiseen panostetaan. |
| Kuinka hoitotyön prosessin vaiheita kirjataan? | <ul style="list-style-type: none"> • Hoitotyön prosessin kaikkia vaiheita käytettiin hoitotyön kirjaamisessa, käyttö epäjohdonmukaista. • Hoidon toteutusta kirjattiin parhaiten ja hoidon tulosta heikoiten. • Muissa hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisessa, jotka toimivat hoitosuunnitelman runkona, hoidon tarpeiden, tavoitteiden ja suunniteltujen hoitotyön toimintojen kirjaamisessa havaittiin puutteita. • Hoitotyön prosessin vaiheita käytettiin kirjaamisessa virheellisesti siten, että prosessin vaiheita sekoitettiin keskenään. | <ul style="list-style-type: none"> • Johdon tuki ja koulutus • Hoitotyön prosessin vaiheiden ymmärtämisen ja käytön osaamisen varmistaminen. • Potilastietojärjestelmän kirjaamismallin (hoitotyön prosessi + FinCC – luokitus) ominaisuudet ja käytön osaamisen varmistaminen. |
| Eteneekö hoitotyön kirjaaminen tavoitteellisesti hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti? | <ul style="list-style-type: none"> • Tavoitteellisessa hoitotyön prosessin mukaisessa kirjaamisessa oli puutteita, hoitotyön prosessin vaiheiden välillä todettiin yhteyttä heikosti. • Hoidon tavoitteiden puutteilla todettiin merkittävä vaikutus tavoitteellisen prosessin mukaan etenevän kirjaamisen toteutumattomuuteen. • Kirjaaminen oli kuvailevaa, kronologisessa aikajärjestyksessä kirjoitettua yhteen niputettua tekstiä ongelmaperustaisuuden sijaan, jolloin hoitotyöltä puuttui suunnitelmallisuus ja suunta. Johtaa ongelmiin tiedon rakenteisuudessa ja toisiokäytössä. | <ul style="list-style-type: none"> • Johdon tuki ja koulutus • Hoitotyön prosessin ymmärtämisen ja käytön osaamisen varmistaminen. • Hoidon tavoitteen ja tuloksen arvioinnin merkityksen ymmärtäminen hoidon suunnitelmallisuuteen ja tehokkuuteen. • Tiedon rakenteistamisen ja toisiokäytön mahdollisuuksien ymmärtäminen. • Potilastietojärjestelmän kirjaamismallin (hoitotyön prosessi + FinCC – luokitus) ominaisuudet ja käytön osaamisen varmistaminen. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Onko hoitotyön kirjaaminen potilaslähtöistä, yksilöllistä?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hoitotyön kirjaamisen yksilöllisyydessä ja potilaslähtöisyydessä oli kehitettävää. • Hoitotyön prosessin vaiheista tarpeet kirjattiin parhaiten yksilöllisesti. • Kirjauksissa oli vähän psykologista, henkistä ja sosiaalista näkökulmaa. Kirjaukset fyysispainotteisia. | <ul style="list-style-type: none"> • Johdon tuki ja koulutus • Yksilöllisen potilaslähtöisen kirjaamisen ymmärtämisen ja osaamisen varmistaminen. • Hoitosuunnitelman merkityksen ja käytön osaamisen varmistaminen ja merkitys yksilöllisessä potilaslähtöisessä hoidossa. |
| <p>Käytetäänkö FinCC –luokitusta johdonmukaisesti, kansallisen ohjeistuksen mukaisesti?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • FinCC –luokituksen käyttö oli epäjohdonmukaista, pintapuolista ja virheellistä. • FinCC –komponenttien sisällöt sekoitettiin keskenään, komponenttien alle kirjattiin eri komponenttien alle kuuluvia asioita. • FinCC -komponentteihin kirjatut sisällöt vastasivat huonosti kansallista ohjeistusta. | <ul style="list-style-type: none"> • Johdon tuki ja koulutus • FinCC -luokituksen ymmärtämisen ja käytön osaamisen varmistaminen. • FinCC –komponenttien sisältöjen ymmärtäminen. • Potilastietojärjestelmän kirjaamismallin (hoitotyön prosessi + FinCC – luokitus) ominaisuudet ja käytön osaamisen varmistaminen. |

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Seuraavaksi tarkastelemme työn eettisyyttä ja luotettavuutta. Tuomen & Sarajärven (2009, 129) mukaan tutkimuksen aiheen valinta nähdään eettisenä kysymyksenä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tutkimuksen aihe valikoitui yhteisestä kiinnostuksestamme hoitotyön kirjaamiseen, koska näemme kirjaamisella olevan vaikutusta potilaan hoidon laatuun ja turvallisuuteen. Näin ollen työn aihe kirjaamisen laadun arviointi toimii lähtökohtana kirjaamisen kehittämiseksi parantaen potilaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Eettisenä epäkohtana huonolaatuisessa kirjaamisessa voidaan nähdä sen vaikuttavan heikentävästi hoidon sujuvuuteen ja jatkuvuuteen, tiedon siirtymiseen ja tätä kautta heikentävän potilaan turvallista ja laadukasta hoitoa.

Työssämme olemme pyrkineet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä työn joka vaiheessa läpi koko tutkimusprosessin ja pyrkineet kuvaamaan työn etenemistä mahdollisimman selkeästi ja yksiselitteisesti. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja noudattaen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen tarkoittaa Vilkan (2015, 90) mukaan sitä, että tutkija ei loukkaa missään muodossa tutkittavaa kohderyhmää ja on vastuussa tutkimuksessa tehtävistä valinnoista ja niiden perusteluista. Tutkimuksen aihe, tutkimuskysymysten asettelu ja tavoitteet, sekä aineiston kerääminen, käsittely ja säilyttäminen sekä tulosten esittäminen tulee tehdä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja riskien tulee olla mahdollisimman vähäisiä (Vilka 2015, 90, 95). Saimme tutkimusluvan opinnäytetyömme tekemiselle tutkimusorganisaatiosta tutkimussuunnitelmaamme perustuen, joka oli tehty suunnitelmalle asetettujen vaatimusten mukaisesti.

Tutkimusaineisto kertoo työn luotettavuudesta. Tutkimusaineistona käytettiin potilaiden sähköisiä hoitokertomusmerkintöjä, kirjallista materiaalia, aineiston ana-

lyysissä käytettävän mittarin määräämin osin. Teorialähtöisessä analyysissä ilmiöstä jo tiedetty määrittää aineiston hankinnan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 82). Tutkimusaineisto valittiin tarkoituksenmukaisesti, jotta tutkittavasta ilmiöstä saatiin parhaiten tietoa. Aineiston keräsimme tutkimusluvan saatuaamme heinäkuun 2019 aikana. Aineiston keräysajankohdalla saattaa olla vaikutusta työn luotettavuuteen, koska kyseessä on kesäkuukausi ja osastoilla on työskennellyt tänä ajankohtana myös sijaisina. Toisaalta kirjaamisen laadun kannalta sijaisilla tulisi olla tuorein tieto koulutuksen perusteella hoitotyön prosessimallin mukaisesta rakenteisesta kirjaamisesta. Tutkimusaineiston havaittiin saturoituvan, kylläntyvän. Tästä voidaan päätellä aineiston koon olleen sopiva ja riittävä (Hirsjärvi ym. 2014, 182; Tuomi & Sarajärvi 2018, 98–100 kirjassa).

Työn tekijöinä meillä hoitoalan ja kirjaamisen ammattilaisina on vahva esiymmärrys aiheesta, joka on osaltaan vaikuttanut aineiston tulkintaan tutkijoina. Työssä tehdyt ratkaisut ovat molempien tekijöiden hyväksymiä. Työn luotettavuuden kannalta työn vahvistettavuutta lisää tutkijatriangulaatio, joka auttoi arvioimaan omaa ja toistemme toimintaa eli pyrimme minimoimaan toistemme virhetulkintoja ja lisäksi se, että olemme kuvanneet tarkalla ja jäljitettävällä raportoinnilla, kuinka olemme päätyneet työmme tuloksiin. Olemme pyrkineet raportoinnissa olemaan tarkkoja ja arvostamaan toisten henkilöiden tekemää työtä täsmällisellä viittaamisella ja oikeaoppisella lähdeviitteiden merkitsemisellä. Tulokset eivät ole yleistettävissä vaan tulokset kertovat kirjaamisen tasosta ja sisällöstä osastoilla, joilta aineisto kerättiin.

Ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Oleellinen osa tutkittavien suojaa on tutkimustietojen luottamuksellisuus, jolloin tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille ja tietoja käytetään vain luvattuun tarkoitukseen. Nimettömyys on taattava läpi tutkimuksen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Työssämme aineiston keruu kohdistui potilastietoihin ja haimme tähän potilastietojen luovutus- ja käyttö lupaa, joka työlle myönnettiin. Hoitokertomusmerkintöjen käytön osalta varmistettiin anonymiteetin toteutuminen. Potilastietojärjestelmästä tulostetuista hoitokertomusmerkinnöistä poistettiin henkilötiedot. Aineistoa sähköiseen muotoon kirjoitettaessa poistimme hoitotyön kirjauksista tunnistetietoja nämä anonymisoiden kuitenkin olennaista

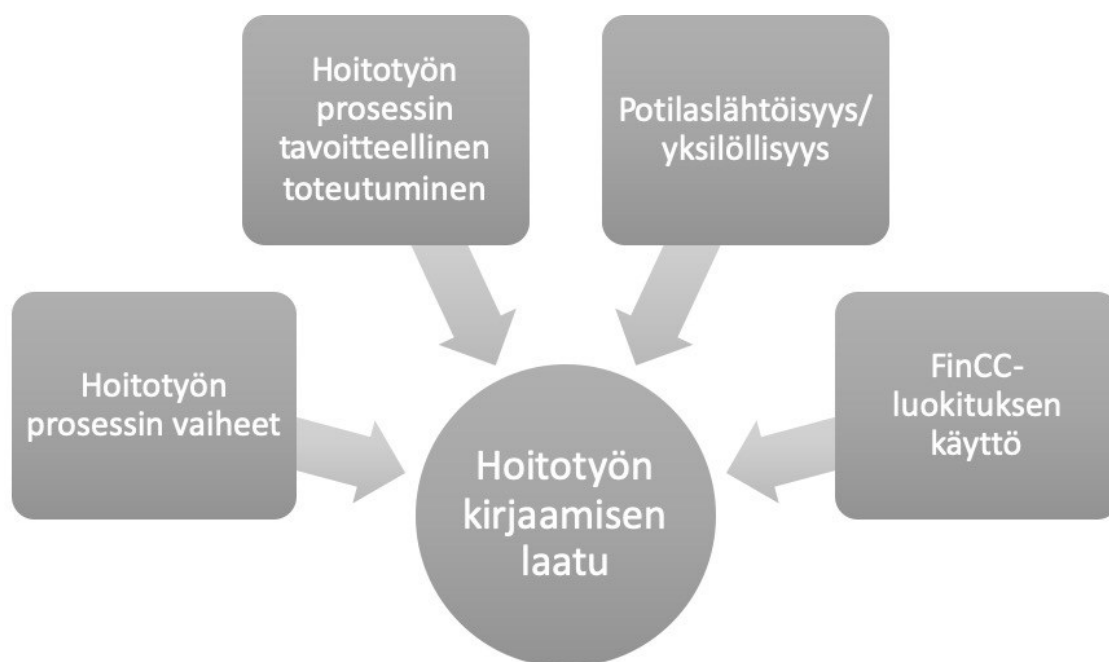
informaatiota hävittämättä. Tutkimusaineisto säilytettiin koko prosessin ajan tietoturva huomioiden ja hävitettiin asianmukaisesti tietosuojajätteenä työn valmistuttua. Salassapitovelvollisuus sitoi työn tekijöitä läpi tutkimusprosessin. Tulokset raportoitiin siten, ettei yksittäisiä potilaita, joiden hoitokertomusmerkintöjä aineistona on tarkasteltu, voida tunnistaa.

Työssä käytimme aineiston analysoinnissa Kailan & Kuivalaisen hoitotyön kirjaimisen laadun arviointimittaria. Mittarin käyttöön kysyttiin ja saatiin kirjallisesti lupa mittarin kehittäjältä Arja Kailalta. Työn luotettavuuteen liittyy olennaisesti mittarin validius ja reliabiliteetti. Validius tutkimuksessa Vilkan (2015, 150) mukaan tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata. Työssämme käytettävän mittarin ensimmäinen versio otettiin laajasti kansalliseen käyttöön, mikä antaa viitteitä mittarin sisältövaliditeetista. Mittari oli käytössä useita vuosia, minkä perusteella asiantuntijatiimi kehitti mittarin sisältöä. Useina vuosina tehdyt uusintamittaukset eri aineistoilla antavat viitteitä mittarin käsittevaliditeetista ja pysyvyydestä. (Kaila & Kuivalainen 2014, 120.)

Reliaabelius tutkimuksessa tarkoittaa luotettavuutta ja tarkkuutta, eli sitä ettei tutkimuksen tuloksena synny sattumanvaraisia tuloksia, vaan tulokset pysyvät muuttumattomina ja toistettavina mittauksesta toiseen (Vilka 2015, 149). Työssämme käytettävän mittarin reliabiliteetissa on haasteita johtuen siitä, että mittari on yksinkertainen ja laatueroasteikollinen. Reliabiliteettia on testattu uusintamittausten lisäksi rinnakkaismittauksilla. Mittarin luotettavuutta pitää edelleen kehittää. Mittarin on todettu olevan helppokäyttöinen, mutta mittarin käyttö edellyttää käyttökoulutusta. (Kaila & Kuivalainen 2014, 120.) Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli mukana sairaanhoitopiirin järjestämässä auditointimittarin käyttökoulutuksessa loppuvuodesta 2018, jossa kouluttajana oli alkuperäisen mittarin kehittäjä Arja Kaila, jolle opinnäytetyön toinen tekijä on antanut näytön osaamisestaan koulutukseen liittyen testiaineiston (n=50) auditoinnilla, jolla osaamisen taso varmistettiin. Näin ollen mittarin käyttö aineiston analysoinnissa oli luotettavampaa.

6.2 Tulosten tarkastelu

Kansallisen hoitotyön kirjaamismallin mukaiseen kirjaamisen laatuun vaikuttaviksi tekijöiksi muodostui hoitotyön prosessin ja sen vaiheiden mukainen kirjaaminen, FinCC –luokituksen käyttö kirjaamisessa sekä kirjaamisen yksilöllisyys (kuvio 12). Tuloksia tarkastellaan seuraavassa tutkimustehtävien mukaisesti.



KUVIO 12. Hoitotyön kirjaamisen laatuun vaikuttavia tekijöitä

6.2.1 Hoitotyön kirjaamisen yleinen laadun taso

Tulosten mukaan tarkastelluilla sisätautiosastoilla kansallisen kirjaamismallin, hoitotyön prosessimallin mukaisen rakenteisen kirjaamisen laatu oli huono. Kirjaaminen oli laadunarviointimittarin mukaan jopa ei hyväksyttävällä tasolla, kirjaamisessa ei toteutunut lain ja asetusten vaatimusten mukainen minimitaso. Hoitotyön kirjaamisen huonon laadun ja tason ovat osoittaneet kansallisesti ja kansainvälisesti myös muut tutkimukset (Mykkänen ym. 2018, 208; Turjamaa ym. 2015, 321; Annersten Gershater ym. 2011, 223; Gjevjon ym. 2010, 105; Akhu-Zaheya ym. 2018, 578; Saranto & Kinnunen 2006, 473-474).

6.2.2 Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaaminen

Tulosten mukaan hoitotyön prosessin ja sen vaiheiden mukainen kirjaaminen vaikuttaisi olevan epäselvää hoitajille. Hoitotyön prosessin kaikkia vaiheita käytettiin hoitotyön kirjaamisessa, mutta kirjaaminen oli epäjohdonmukaista. Tässä työssä nousi erityisesti esiin se, että hoitotyön prosessin vaiheita käytettiin kirjaamisessa virheellisesti siten, että prosessin vaiheita sekoitettiin keskenään. Prosessin vaiheiden kirjaamisessa havaittiin puutteita ja kirjaaminen ei ollut hoitotyön prosessin mukaista. Tulos on yhdenmukainen monien muiden tutkimusten tulosten kanssa (Mykkänen ym. 2018, 211; De Moraes Lopes ym. 2010, 116, 119; Häyriinen ym. 2010, 561; Rykkje 2009, 11-12; Turjamaa ym. 2015, 321; Paans ym. 2010, 2485; Annersten Gershater ym. 2011, 225; Gjevjon ym. 2010, 105; Akhu-Zaheya ym. 2018, 586; Wang ym. 2011, 1869; Galdino Junior ym. 2018; Devi 2018, 246-247).

Hoitotyön prosessin vaiheista hoidon toteutusta kirjattiin useimmin ja hoidon tulosta harvimminkin. Samaan tulokseen päätyivät Mykkänen ym. (2018, 211) tutkimuksessaan. Myös muut tutkimukset osoittavat, että hoitotyön toteutusta kirjaetaan hyvin ja runsaasti (Kinnunen ym. 2016, 463-464; De Moraes Lopes ym. 2010, 116, 119; Häyriinen ym. 2010, 559). Ongelmaperusteisuuden sijaan hoidon toteutusta kirjattiin kronologisesti kuvaillen toteutunutta hoitotyötä hyvin hoitajakeskeisestä näkökulmasta. Suunnitelmallisuuden sijaan hoidon toteutusta kirjattiin paljon myös ennalta suunnittelemattomana hoidon toteutuksena ohi hoitosuunnitelman, mikä sinänsä on sallittua.

Hoidon tulosta kirjattiin vähän rakenteisesti sille varatussa kohdassa. Päivittäisen hoidon toteutuksen yhteyteen kirjattiin hoidon arviointia ja seurantaa, mutta näiden ei katsottu täyttävän rakenteellisesti kirjatun hoidon tuloksen vaatimuksia, sillä tulosta ei ollut kirjattu selkeästi sille varattuun kohtaan, kirjaukset olivat tulokinnanvaraisia ja ne olivat kirjauksista vaikeasti löydettävissä. Hoidon tuloksen kirjaamisella ja sitä kautta hoidon arvioimisella asetettuja hoidon tarpeita ja tavoitteita vasten on suuri merkitys hoitotyön tehokkuudessa ja jatkuvuudessa. Jos hoidon tulosta ei säännöllisesti arvioida, hoitotyöltä katoaa suunta ja tehokkuus. Tässä aineistossa hoidon arviointi ja tulokset näkyivät vain vähäisesti eikä käynyt ilmi oliko arviointi vaikuttanut hoitotyön prosessin muihin vaiheisiin.

Hoitosuunnitelmaan sisältyvistä prosessin vaiheista hoidon tarpeiden kirjaamisen ongelmana näyttäytyi tulosten mukaan se, että hoitajat eivät välttämättä ymmärrä mitä hoidon tarpeella tarkoitetaan tai eivät osaa muodostaa hoidon tarvetta potilaan hoitosuunnitelmaan. Tarpeiksi kirjattiin lääketieteellisiä diagnooseja, esitietoja ja piilotarpeita, joita ei osattu kirjata ja avata selkeiksi hoitotyön tarpeiksi. Myös suunniteltujen toimintojen kirjaamisessa esiintyi vastaavanlaisia ongelmia. Vaikka suunniteltuja toimintoja kirjattiin hoitosuunnitelmiin hoidon suunnitteluvaiheessa hyvin, ne eivät aina olleet tarpeeksi selkeästi kirjattu suunniteltujen toimintojen muotoon, vaan jäivät sisällöltään muiden ammattihenkilöiden tulkittaviksi.

Tulosten mukaan hoidon tavoite puuttui suuresta osasta hoitosuunnitelmia. Kirjatut tavoitteet olivat epämääräisiä isoja kokonaisuuksia. Tärkeää on kirjata tavoite riittävän yksilöidyksi konkreettiseksi hoidon tavoitteeksi, jotta sen toteutusta kyetään arvioimaan. Hoitotyön prosessin vaiheista hoidon tavoitteen kirjaaminen osoittautui erittäin tärkeäksi hoitotyön kirjaamisen laadun tasoon vaikuttavaksi tekijäksi, koska tavoitteen puuttumisella oli suuri heikentävä vaikutus hoitotyön kirjaamisen laatuun. Ilman tavoitetta hoitotyöltä puuttuu suunta ja tarkoitus.

Tulokset ovat yhdenmukaisia muiden tutkimusten kanssa. Hoidon tarpeiden määrittämisessä havaittiin puutteita myös Kinnusen ym. (2016, 463-464) ja De Moraes Lopesin ym. (2010, 119) tutkimuksissa. Myös Häyrisen ym. (2010, 561) tutkimuksessa todettiin puutteita olevan hoitosuunnitelmissa, hoidon tarpeiden, tavoitteiden ja suunniteltujen hoitotyön toimintojen muodostamisessa. Tämän työn tulosten mukaan hoitosuunnitelmat eivät olleet ajan tasalla, jota voidaan pitää merkittävänä riskinä potilasturvallisuudelle ja hoidon jatkuvuudelle. Hoitosuunnitelmia käytettiin eräänlaisina ilmoitustauluina, sisältäen yksittäisiä muistettava asioita potilaan hoidossa. Myös Turjamaa ym. (2015, 321) sekä Rykkje (2009, 12) totesivat hoitosuunnitelmien dokumentoinnin olevan epätarkkaa ja vaillinaista. Rykkjen (2009, 12) mukaan hoitotyön kirjaamisen vaatimukset olisi otettava paremmin huomioon sähköisissä potilastietojärjestelmissä, koskien erityisesti hoitosuunnitelman toiminnallisuutta.

6.2.3 Tavoitteellinen hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen

Tulosten mukaan tavoitteellinen hoitotyön prosessin mukaan etenevä kirjaaminen toteutui huonosti. Tavoitteellisen prosessin mukaan etenevän kirjaamisen toteutumattomuuteen vaikutti aineistossa vahvasti puutteet hoidon tavoitteiden kirjaamisessa. Hoidon tavoitetta oli kirjattu vähän tai ne eivät olleet hoidon tavoitteita, jonka vuoksi yhteyttä tavoitteen ja prosessin muiden vaiheiden välillä ei ollut. Yhteys myös muiden prosessin vaiheiden välillä oli huono, jolloin prosessin vaiheet eivät ohjanneet seuraavaa vaihetta. Tämä prosessin vaiheiden välisen yhteyden puute havaittiin myös muissa tutkimuksissa (Paans ym. 2010, 2485, De Moraes Lopes ym. 2010, 121; Annersten Gershater ym. 2011, 225). Myös De Moraes Lopes ym. (2010, 121) havaitsivat hoidon tarpeiden ja toimintojen yhteyksissä puutteita, joten hoidon tarpeet eivät ohjanneet hoidon toteutusta. Annerster Gershaterin ym. (2011, 223, 225) mukaan hoitotyön prosessin toteutumattomuus kirjaamisessa ja hoitotyössä johtaa siihen, että hoitotyöltä puuttuu suunnitelmallisuus ja suunta.

Tulosten mukaan hoitajat olivat omaksuneet hoitotyön prosessimallin mukaisen rakenteisen kirjaamisen periaatteet kaikkia prosessin vaiheita kirjaamalla, mutta kirjaaminen oli epä johdonmukaista ja puutteellista hoitotyön prosessia kokonaisuudessaan ajatellen. Hoitajien rakenteisen kirjaamisen periaatteiden sisäistäminen käy ilmi myös Sarannon & Kinnusen (2009, 474) tutkimuksesta. Myös Patiraki ym. (2017, 92) totesivat tutkimuksessaan hoitajilla olleen positiivinen asenne dokumentaatiota ja hoitotyön prosessia kohtaan, mutta havaitsivat merkittävän eron hoitotyön dokumentoinnin tietojen ja taitojen välillä. Todetaankin, että prosessimallin mukaisen rakenteisen kirjaamisen periaatteiden omaksumisen jälkeen hoitajia tulisi kouluttaa kirjaamaan rakenteisesti ja hyödyntämään rakenteisesti kirjattua tietoa (Saranto & Kinnunen 2009, 474; Saranto ym. 2014, 643). Myös Häyrinen ym. (2010, 561) totesivat hoitajien tarvitsevan enemmän koulutusta ja johdon tukea hoitotyön prosessin mukaisessa kirjaamisessa potilasturvallisuuden ja kirjaamisen laadun parantamiseksi.

6.2.4 Potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys kirjaamisessa

Tulosten mukaan hoitotyön kirjaamisen potilaslähtöisyydessä ja yksilöllisyydessä oli kehitettävää. Yksilöllinen ongelma/tarveperustainen hoitotyön prosessin mukainen näkökulma hoidosta suuresta osasta tarkastelluista hoitosuunnitelmista ei välittynyt. Myös Turjamaa ym. (2015, 321) tuovat tutkimuksessaan ilmi, että hoitosuunnitelmat olivat työkaluorientaisia, ammattihenkilön näkökulmasta suunniteltuja, jolloin niistä pääosin puuttuivat potilaan näkemys, yksilölliset tarpeet ja voimavarat.

Potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys toteutuivat parhaiten hoidon tarpeiden kirjaamisessa. Myös Mykkäsen ym. (2018, 209) tutkimuksessa hoidon tarve kirjattiin potilaslähtöisesti yli puolessa hoitosuunnitelmissa. Tässä työssä potilaan näkökulma tuli esiin myös vähäisissä hoidon tulosten kirjauksissa, ja kipuun liittyvissä kirjauksissa kivuista kysyttäessä. Yksilöllisen kirjaamisen huonoon toteutumiseen oli vaikutusta kirjaamisen puutteilla hoidon tavoitteita ja tuloksia koskien. Sitä vastaan Gjevjonin ym. (2010, 105) tutkimuksessa todettiin, että hoitotyön dokumentaatioissa ilmeni potilaan osallistumisen huomioiminen. Potilaslähtöisen ja yksilöllisen kirjaamisen puutteista kertoi myös psykologisten, henkisten ja sosiaalisten näkökulmien vähäisyys kirjauksissa. Kirjauksissa korostui fyysinen näkökulma ja ote hoitotyöhön. Tulos on yhdenmukainen Wangin ym. (2011, 1871) tutkimuksen kanssa, jossa havaittiin myös psykologisten ja sosiaalisten näkökulmien puute kirjauksissa.

6.2.5 FinCC –luokituksen käyttö kirjaamisessa

Tulosten mukaan FinCC –luokituksen komponenttien sisältöä ei tunneta riittävästi. Kirjaamisessa sisältö vastasi huonosti kansallista ohjeistusta ja FinCC -luokituksen komponenttien käyttö oli pintapuolista, epäjohdonmukaista ja virheelistä. Tulos on yhdenmukainen Häyrisen ym. (2010, 561) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin luokituksen komponenttien käytön olevan epäjohdonmukaista, eri komponentteja käytettiin hoitotyön tarpeiden ja tavoitteiden määrittämisessä. Tämän työn tulosten mukaan kirjaamista suoritettiin enimmäkseen FinCC –kompo-

nenttien pääluokkatasolla, vaikka tarkennuksia olisi komponentin alaluokista löytynyt. Lisäksi komponenttien sisältöalueen käyttö oli saatettu ymmärtää täysin väärin, kuten Selviytyminen –komponentin käyttö osoitti. Ongelmia havaittiin erityisesti Selviytyminen, Aktiviteetti, Erittäminen ja Päivittäiset toiminnot –komponenttien käytössä. Hoidon toteutuksen kirjausten havaittiin sisältävän seuranta -näkökulmaa liittyen potilaan omatoimisuuteen, liikkumiseen, ruokailuun ja pahoinvointiin. Näihin asioihin liittyen FinCC -luokituksesta puuttuu seuranta -näkökulma. Seurannan voi nähdä olennaisena osana potilaan hoidontarpeen ja voinnin tunnistamista ja toisaalta tukevan potilaan omien voimavarojen kehittymistä siten, ettei hoitaja tee oletusarvoisesti toimintoja potilaan puolesta.

Tässä työssä korostui, että komponenttien sisällöt sekoitettiin keskenään ja saman komponentin alle kirjattiin eri komponenttien alle kuuluvia sisältöjä kronologisesti aikajärjestyksessä, asioita yhteen niputtaen. Hoitotyötä kirjattiinkin kronologisesti aikajärjestyksessä, eikä niinkään hoitotyön prosessin mukaisesti FinCC -luokituksen avulla. Myös muiden tutkimusten mukaan dokumentaatio näyttäytyi kronologisena ja kuvailevana ongelma- tai tarveperusteisuuden sisältävän hoitotyön prosessin rakenteen sijaan (Paans ym. 2010, 2485; Gjevjon ym. 2010, 100). FinCC –luokituskokonaisuus ohjaa kirjatun tiedon luokitteluun rakenteisuuden toteutumiseksi. Tiedon rakenteellisuuden kannalta toimintamalli, jossa tietoa niputetaan, on huono, koska tällöin rakenteellisuus ei toteudu ja tieto on vaikeasti löydettävissä, jolloin tiedon toisiokäytön, hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta ollaan ongelmissa.

6.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida ja kuvata yliopistosairaalan sisätauti-osastojen hoitotyön kirjaamisen laatua, sisältöä ja kehittämisalueita kansallisen hoitotyön kirjaamismallin näkökulmasta. Työssä tutkittiin, kuinka kansallista hoitotyön kirjaamismallia käytettiin rakenteisessa hoitotyön kirjaamisessa, jossa kirjaaminen perustuu hoitotyön prosessiin, jonka vaiheita kuvataan suomalaisella hoitotyön luokituskokonaisuudella (FinCC). Työn tarkoitus toteutui ja työssä saatiin vastaukset tutkimustehtäviin valittujen metodien avulla. Mittarin yleisen kirjaa-

misen laadun tason arvioinnin lisäksi teorialähtöinen sisällönanalyysi sisällöllisestä kirjaamisesta toi kirjaamisen laadun arviointiin syvällisempää näkemystä. Otos (N=40) koettiin riittäväksi, aineisto kylläntyi ja antoi kuvan hoitotyön kirjaamisen laadusta tarkastelluilla sisätautiosastoilla. Sisätaudeilla kirjaaminen on haastavaa, potilaat ovat monisairaita ja hoidon tarpeita on paljon. Tällöin hoitajilta vaaditaan hoitotyön prosessin hyvää ja sujuvaa teoreettista osaamista ja käytännön soveltamistaitoa, jotta laadukas näyttöön perustuva kirjaaminen on mahdollista. Myös kirjaamisen laatukriteerien tulee toteutua.

Tarkastelluilla sisätautiosastoilla kansallisen hoitotyön kirjaamismallin mukaisen kirjaamisen laatu todettiin huonoksi, jopa ei hyväksyttäväksi. Tulos vahvistaa muiden kansallisten ja kansainvälisten tutkimusten toteamaa hoitotyön kirjaamisen huonoa laatua. Turjamaan ym. (2015) mukaan huonolaatuinen hoitotyön kirjaaminen on ongelmallista sekä laillisesti, että eettisesti. Kirjaamisen huono laatu on riski potilasturvallisuudelle ja hoidon jatkuvuudelle. (Turjamaa ym. 2015, 321.) Täten ei ole sama, kuinka kirjataan. Kirjaamisen tulee olla yhtenäistä, yksilöllistä, olennaiset tiedot potilaan hoidosta sisältävää ja sovitun kansallisen mallin mukaista, jolloin se on laadukasta ja näyttöön perustuvaa. Tulokset kuitenkin osoittavat, että hoitotyön prosessin, FinCC -luokituksen ja kirjaamisen yksilöllisyyden toteutumisessa on puutteita. Tällöin hoitotyön kirjaaminen ei perustu näyttöön, kirjaukset eivät toimi osoituksena hoidon vaikuttavuudesta tai hoitotyön päätöksenteon perusteista eivätkä tee hoitotyötä näkyväksi.

Hoitotyön prosessin toteutumattomuus ja ongelmat prosessin vaiheiden kirjaamisessa saattaa olla seurausta hoitajien riittämättömistä tiedoista, taidoista ja kyvykkyydestä toteuttaa prosessia hoitotyössä ja kirjaamisessa, mikä voi johtua hoitotyön prosessi -käsitteen ymmärtämättömyydestä (Akhu-Zaheya ym. 2018, 586). Tästä johtuen hoitotyön prosessin mukaiseen rakenteisen kirjaamisen koulutukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja koulutusta tulisi lisätä (Häyrynen ym. 2010, 561). Johdon tuella ja koulutuksella tuettaisiin ja varmistettaisiin näyttöön perustuvaa hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista, joka vastaa kirjaamisen laillisiin vaatimuksiin ja saataisiin hoitotyön kirjaamisen laadun taso laillisesti hyväksyttävälle tasolle. Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö, rakenteisen kirjaamisen käytännöt ja koulutus onkin tunnistettu Wangin ym. (2011, 1871) tutkimuksen mukaan keinoiksi parantaa hoitotyön kirjaamisen laatua.

Hoitotyön prosessia kirjaamisen kehyksenä on myös kritisoitu. Paans ym. (2010) esittävät, että hoitotyön prosessiin perustuva dokumentaatiojärjestelmä on riittämätön täsmälliseen hoitotyön kirjaamiseen. He ehdottavatkin, että dokumentaatiojärjestelmä, joka tukisi paremmin hoitotyön prosessin eri vaiheiden keskinäistä yhteyttä voisi olla hyödyllinen. (Paans ym. 2010, 2486.) Gjevjon ym. (2010, 105) kyseenalaistavat hoitotyön prosessin hoitotyön kirjaamisen kehyksenä hoitotyön kirjaamisen huonon laadun vuoksi ja nostavat esiin kysymyksen voiko hoitotyön prosessi olla hoitotyön kirjaamisen laatua rajoittava tekijä?

Työssä tuli esiin puutteet FinCC –luokituksen käytössä, erityisesti FinCC –komponenttien virheellinen käyttö hoitotyön kirjaamisessa. Kirjaamisen yksilöllisyydessä ja potilaslähtöisyydessä havaittiin myös kehitettävää. Yksityiskohtaista luokitukseen perustuvaa kirjaamista on kritisoitu joustamattomaksi ja sen on esitetty johdattavan kirjaamista työkalupainotteiseen suuntaan, hämäärttään kokonaiskuvan potilaan yksilöllisestä tilanteesta ja voinnista (Turjamaa ym. 2015, 321). Yksilöllistä kirjaamista edistäviksi tekijöiksi on kuitenkin Castellà-Creusin ym. (2019) tutkimuksen mukaan tunnistettu hoitosuunnitelmien rakenteinen standardoituihin luokitukseen perustuva kirjaaminen sekä hoitajien ammatillinen pätevyys ja kiinnostus kirjata yksilöllisesti. Huomioitavaa on, että kirjaamisen yksilöllisyyttä estäviksi tekijöiksi on puolestaan tunnistettu mm. osaston rutiinit, työkuorma ja tiedon ja kiinnostuksen puute. (Castellà-Creus ym. 2019, 4616.) Yksilöllisen, potilaslähtöisen kirjaamisen varmistaminen onkin olennaista hoitotyön kirjaamisen laadun parantamiseksi. Hoitotyön prosessia ja luokituksia on osattava käyttää yksilöllisesti kunkin potilaan tarpeista lähtien yksilöllisen hoitosuunnitelman muodostamiseksi yksilöllisen hoidon edistäjäksi. Näin ollen yksilöllisen kirjaamisen varmistamisessa korostuu myös koulutuksen merkitys hoitotyön kirjaamisen laadun parantamiseen kuin myös laadun rakennekriteerien toteutuminen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää FinCC –luokituskokonaisuuden kehittämisessä. Luokitusten ja termistöjen jatkuva kehittäminen ja päivittäminen hoitotyön kentältä saadun palautteen ja näyttöön perustuvan tiedon lisääntymisen perusteella on tärkeää kirjaamisen laadun varmistamiseksi. FinCC –asiantuntijaryhmä vastaa suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden kehittämisestä ja

loppuvuodesta 2019 julkaistiinkin kehittämistyön pohjalta uusi FinCC –luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0. Hoitotyön kirjaamisen laatuun on merkittävä vaikutus myös sähköisillä potilastietojärjestelmillä. Potilastietojärjestelmien käytettävyys ja järjestelmän kehittäminen yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa nähdään merkittävänä kirjaamisen laatua parantavana tekijänä (De Groot ym. 2018, 1391). Hoitotyön kirjaamisen vaatimukset on otettava järjestelmien kehityksessä paremmin huomioon, koskien erityisesti hoitosuunnitelman toiminnallisuutta (Rykkje 2009, 12).

Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitotyön kirjaamisen laadusta, sisällöstä ja kehittämisalueista. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa, hoitotyön kirjaamisen laadun ja yhtenäisten kirjaamiskäytäntöjen kehittämiseen sekä koulutuksen suunnitteluun. Opinnäytetyön tulokset toimivat lähtökohtana hoitotyön kirjaamisen laadun kehittämiseksi tarkastelluilla osastoilla ja myös organisaatiossa. Kansallisen kirjaamismallin mukaisen yksilöllisen rakenteisen kirjaamisen laadun kehittäminen edistäisi hoidon tehokkuutta, jatkuvuutta ja ennen kaikkea potilasturvallisuutta. Tällä on merkittävä vaikutus potilastyytyväisyyteen, hoitajan ammattitaitoon toteuttaa vaikuttavaa hoitotyötä sekä hoidon kustannustehokkuuteen. Laadukas näyttöön perustuva kirjaaminen edistää suunnitelmallisempaa, jatkuvampaa, tehokkaampaa, vaikuttavampaa ja laadukkaampaa hoitoa organisaation sisällä ja organisaatioiden välillä. Hoitotyön ytimen, hoitotyön prosessin osaaminen ja soveltaminen hoitotyön päätöksenteossa ja kirjaamisessa laadukkaan, näyttöön perustuvan ja turvallisen hoidon takaajana tulisikin olla hoitajien ydinosaamista, jota johdon tulisi tukea ja varmistaa.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä työssä on tuotu esiin huonoon hoitotyön kirjaamisen laatuun johtaneita tekijöitä, kuten hoitotyön prosessin toteutumattomuus, puutteet prosessin vaiheiden kirjaamisessa ja FinCC -luokituksen käytössä sekä yksilöllisen ja potilaslähtöisen kirjaamisen puute. Näiden puutteiden korjaamiseksi olisi tärkeää tutkia hoitajien näkemyksiä siitä, miksi näissä asioissa on puutteita. Hoitajien asenteilla, tiedoilla, taidoilla ja osaamisella soveltaa hoitotyön prosessia hoitotyössä ja kir-

jaamisessa on suuri merkitys kirjaamisen laatuun. Tutkimustulokset edellä mainituissa aihealueissa auttaisivat kehittämään hoitotyön kirjaamisen koulutusta ja suuntaamaan sitä tarkoituksenmukaisesti ongelma-alueille.

Tässä työssä tutkittiin hoitotyön kirjaamisen laatua sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Kirjatun tiedon vastaavuudesta toteutuneeseen hoitotyöhön ei näin kuitenkaan ole varmuutta. Jatkossa olisi tärkeää tutkia hoitotyön kirjausten tarkkuutta ja vastaavuutta verrattuna potilaan todelliseen tilanteeseen, voitiin sekä toteutuneeseen hoitotyöhön. Tämä olisi olennaista hoitotyön kirjaamisen validiuden ja luotettavuuden kannalta. Nykypäivän resurssipulassa sekä talouspainneissa ja samanaikaisina pyrkimyksinä laadukkaaseen hoitoon tärkeä tutkimusalue olisi myös kirjaamisessa esiintyvien virheiden ja puutteiden vaikutukset potilaiden hoidon tuloksiin, vaikuttavuuteen ja hoidon tehokkuuteen.

LÄHTEET

Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajan ydinosaamiseen kuuluu hoitotyön prosessin hallinta niin potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa kuin arvioinnissa. *Sairaanhoitaja-lehti* 10/2017. Luettu 26.10.2019. Saatavilla: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>

Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., Bany Hani, S. 2018. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 2018; 27(3-4): e578-e589. Jordania.

Annersten Gershater, M., Pilhammar, E., Alm Roijer, C. 2011. Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross-sectional study on nurses' documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011; 25(2): 220-226. Ruotsi.

Anttila, K., Kaila- Mattila, T. Kan, S., Puska, E-L., Vihunen, R. 2015. Hoitamalla hyvää oloa. 19. Painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Castellà-Creus, M., Delgado-Hito, P., Casanovas-Cuellar, C., Tàpia-Pérez, M., Juvé-Udina, M. 2019. Barriers and facilitators involved in standardised care plan individualisation process in acute hospitalisation wards: A grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 2019; 28(23/24): 4606-4620. Espanja.

CRD 2009. Systematic reviews. CDR's guide for undertaking reviews in health care. Centre for reviews and dissemination. University of York. Luettu 9.12.2018. Saatavilla https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf

De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., Francke, A. 2019. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 2019; 75(7): 1379-1393. Alankomaat.

De Moraes Lopes, M.H.B., Higa, R., Dos Reis, M.J., De Oliveira, N.R., Christóforo, F.F.M. 2010. Evaluation of the Nursing Process Used at a Brazilian Teaching Hospital. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 2010; 21(3): 116-123. Brasilia.

Devi, A. Seeta. 2018. Nursing Care Audit Based on Nursing Process Model and Ensuring Patient Safety among Staff Nurses. *Nursing Journal of India*, 2018; 109(6): 243-247. Intia.

Ensio, A. 2008. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K., Sonninen, A-L. (toim). *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ensio, A. 2008. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K., Sonninen, A-L. (toim). *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Galdino Júnior, H., Veiga Tipple, A.F., Rodrigues de Lima, B., Bachion, M.M. 2018. Nursing process in the care of patients with surgical wounds healing by secondary intention. *Cogitare Enfermagem*, 2018; 23(4): 37-47. Brasilia.
- Gjevjon, E. Hellesø, R. 2010. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 19 (1-2): 100-108. Norja.
- Habermann, M. & Uys, L.R. 2005. *The Nursing Process: A Global Concept*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, L. (toim). *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. *Tutki ja kirjoita*. 19. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Häyrinen K., Lammintakanen J., Saranto K. 2010. Evaluation of electronic nursing documentation- nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 2010; 79(8): 554-564. Suomi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. *Hoida ja kirjaa*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Jokinen, T. & Virkkunen, H. (toim.) 2018. *Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas – osa 1*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kanta. 2019a. Lainsäädäntö. Luettu 2.2.2019. <https://www.kanta.fi/lainsaadanto>.
- Kanta. 2019b. Mitä kanta-palvelut ovat. Luettu 27.3.2019. <https://www.kanta.fi/mita-kanta-palvelut-ovat>
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2012. *Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje*. Mittariversio 2008/versio 31.3.2012. Copyright.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. (toim.) 2014. *Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja tulokset*. Julkaisussa *Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013*. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän julkaisuja 20/2014.
- Kinnunen, U-M. 2013. *Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön*. Itä-Suomen yliopiston yhteiskuntatieteiden ja liiketalouden tutkimuksen väitöskirjat nro 60. Kuopio: Kopijyvä.
- Kinnunen, U-M., Kivekäs, E., Paananen P., Kälviäinen R., Saranto, K. 2016. Testing of Triggers by Data Mining of Epilepsy Patients' Structured Nursing Records. *Studies in Health Technology & Informatics*, 2016; 225: 461-465. Suomi.

Kinnunen, U-M., Liljamo, P., Härkönen, M., Ukkola, T., Kuusisto, A., Hassinen, T., Moilanen, K. 2019. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas. FinCC 4.0. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL).12/2019. Helsinki.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139267/FinCC%20opas%20ver%204.0%2020200213.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Koivuranta-Vaara P. (toim), 2011. Terveydenhuollon laatuopas. 1.painos. Suomen kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta 1227/2010. Finlex.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227>.

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. 5. uudistettu painos. Helsinki: Talentum oyj.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M., Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden- ja Hyvinvoinnin laitos (THL). Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2/2012. Raportti. Helsinki.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Mahler, C., Ammenwerth, E., Wagner, A., Tautz, A., Happek, T., Hoppe, B. & Eichstädter, R. 2007. Effects of a Computer-based Nursing Documentation System on the Quality of Nursing Documentation. *Journal of Medical Systems*. 31(4): 274-282. Germany.

Mykkänen, M., Miettinen, M. & Saranto, K. 2018. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi – näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisalueista. *Hoitotiede* 2018, 30 (3): 203-213. Suomi.

Mykkänen, M. 2019. Tietorakenteet hoitotietojen käsittelyssä ja potilastiedon toisiokäytössä. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.

Mykkänen, M., Miettinen, M., Saranto, K. 2016. Standardized Nursing Documentation Supports Evidence-Based Nursing Management. *Studies in Health Technology & Informatics*, 2016; 225: 466-470. Suomi.

Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2014. Potilaskertomuksen rakenteistamisen menetelmät Suomessa. Teoksessa: Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. (toim.) Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Raportti 31/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Nykänen P. & Junttila K. (toim) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 40/2012. Helsinki 2012.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, Roos M. B.; Van der Schans, C. P. 2010. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; 66(11): 2481-2489. Alankomaat.

Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK. Luettu 6.1.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44246/Palomaki_Gitta_Piirtola_Heli.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Park, H., Lee, E. 2015. Incorporating Standardized Nursing Languages Into an Electronic Nursing Documentation System in Korea: A Pilot Study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 2015; 26(1): 35-42. Korea.

Patiraki, E., Katsaragakis, S., Dreliozzi, A., Prezerakos, P. 2017. International Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. *International Journal of Nursing Knowledge*, 2017; 28(2): 88-93. Kreikka.

Pekkala, E. 2008. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A. L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. Uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., Vuorinen, M. 2019. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 6. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Rykkje L. 2009. Implementing electronic patient record and VIPS in medical hospital wards: evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-Ing. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 2009; 29(2): 9-13. Norja.

Saba, V.K. & Taylor, S. 2007. Moving Past Theory. Use of a Standardized, Codeed Nursing Terminology to Enhance Nursing Visibility. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 25(6): 324–331.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A. L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Saranto K. & Kinnunen U-M. 2009. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65 (3), 464-476. Suomi.

Saranto, K., Kinnunen, U-M., Kivekäs, E., Lappalainen, A-M., Liljamo, P., Rajalahti, E., Hyppönen, H. 2014. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2014; 28(4): 629-647. Suomi.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. Uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Sonninen, A-L. 2008. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. Uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Sonninen, A-L., Ensio, A. & Ikonen H. 2008. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. Uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Sonninen, A-L. & Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. Uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Finlex.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadun hallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Finlex
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>.

Suhonen, R., Välimäki, M & Leino-Kilpi, H. 2005. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 50(3): 283–292. Suomi.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M., Pietilä, A-M. 2015. Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2015; 29(2): 317-324. Suomi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (toim.) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of clinical nursing* 17, 2116-2124. Ruotsi.

Valvira. 2018. Potilasasiakirjat. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Päivitetty 5.11.2018. Luettu 2.12.2019. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/potilasasiakirjat>

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. PS-kustannus. Jyväskylä.
Wang, N., Hailey, D., Yu, P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2011; 67(9): 1858-1875. Australia.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

| Tutkimuksen tekijät, vuosi, julkaisukanava (lehti), maa | Tarkoitus | Aineisto ja tutkimusmenetelmät | Keskeiset tulokset | Laadun arviointi |
|---|---|--|---|------------------|
| Gjevjon, E. R.; Hellesø, R. 2010. Journal of Clinical Nursing. Norja. | Tutkimuksen tarkoituksena selvittää kuinka kotihoitoon hoitajat ilmaisevat potilaan hoitoa sähköisissä potilasasiakirjoissa ja kuinka kattavaa hoidon dokumentointi on. | Retrospektiivinen tutkimus. Oso: 91 potilasasiakirjaa, jotka analysoitiin VIPS – malliin perustuvalla validoidulla mittarilla kolmi-vaiheisesti, strukturoimatoman tekstin systematisointi, tekstin strukturointi hoitotyön prosessin mukaisesti ja tekstin kokonaisuuden arviointi. | <p>Kotihoidon hoitajat dokumentoivat hoitoa kronologisesti aikajärjestyksessä, loogisen hoitotyön prosessin rakenteen sijaan. Hoitotyön prosessin vaiheiden dokumentaatioissa havaittiin puutteita, dokumentaatio ei ollut kattavaa.</p> <p>Dokumentaatio heijasti tämän päivän yleistä painotusta potilaan osallistumisen huomioidmisesta. Paradoksaalisesti hoitajat eivät kuitenkaan kirjausten perusteella kiinnittäneet huomiota potilaiden kykyyn kommunikoida. Vain kaksi (yht.264) dokumentoiduista hoitotyön diagnooseista liittyivät kommunikaatioon.</p> <p>KRITIIKKI: Tutkimuksessa nostettiin esiin kysymys, voiko prosessin mukainen (jäykkä) dokumentaatio olla este dokumentaation laadulle!</p> | 18p. |

| | | | | |
|---|---|--|--|------|
| <p>Kinnunen, U-M., Kivekäs, E., Paananen, P., Kälväinen, R., Saranto, K. 2016. Studies in Health Technology & Informatics. Suomi.</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida mahdollisuutta löytää hoitotyön rakenteisista kirjauksista (FinCC -luokitus) riskejä epilepsiapotilaiden terveydelle ja hyvinvoinnille, näihin liittyviä laukaisevia tekijöitä tunnistaa.</p> | <p>Aikuisten epilepsiapotilaiden (n=100) hoitotyön rakenteinen dokumentaatio (FinCC), hoitotyön diagnoosit ja interventiot, yhdeltä yliopistosairaalan neurologiselta osastolta vuosina 2009-2013.</p> | <p>Tulosten mukaan hoitajien dokumentointi on runsasta ja kaikki laukaisevat tekijät löydettiin suurimmasta osasta kirjauksia. Hoitotyön toiminnot ja interventiot dokumentoitiin hyvin, mutta hoitotyön diagnoosien muodostaminen oli haastavaa. Kuitenkin joissain tapauksissa terveyskäyttäytyminen -komponenttia käytettiin useimmiten diagnooseina kuin interventioina.</p> <p>FinCC-perustainen rakenteinen kirjaaminen helpottaa potilaiden ja väkijoukkojen profiilien analysoinnissa, potilaiden hoitoprosessien kehityksessä, hoitotyön dokumentaatiota, päätöksentekoa ja tiedon uudelleen käyttöä. Hoitotyön dokumentaation hyödyntämiseksi tarvitaan kuitenkin hoitajien ja johdon ymmärrystä sen hyödyistä ja eduista potilaan paremman hoidon kehittämiseksi.</p> | 16p. |
| <p>Mykkänen, M., Miettinen, M., Saranto, K. 2016. Studies in Health Technology & Informatics. Suomi.</p> | <p>Tarkoituksena tuottaa tietoa hoitotyön dokumentaation hyödyntämisestä ja erityisesti siitä, kuinka rakenteista tietoa</p> | <p>Hoitotyön rakenteista dokumentaatiota arvioitiin Audit –instrumentilla Kuopion yliopistollisessa sairaalassa viiden kuukauden ajalta.</p> | <p>30 käytetyintä FinCC -komponenttia pää- ja alaluokkineen gastroenterologisella osastolla. Osastolla potilaiden hoito keskittyi aisti- ja neurologisiin toimintoihin. Potilaat tarvitsevat seurantaa ja hoitoa kipuihin liittyen. Kivun hoidon kirjauksia</p> | 12p. |

| | | | | |
|---|---|--|---|------|
| | voidaan hyödyntää näyttöön perustuvassa hoitotyön johtamisessa. | Sähköisistä potilasasiakirjoista analysoitiin hoitotyön diagnooseja, interventioita ja käytettyjä FinCC –komponentteja, muodostaen näistä tilastotietoa yksikkö- ja organisaatiotasolla. | johto voi hyödyntää hoitotyön kehittämisessä osastolla. Rakenteisen kirjaamisen kautta saatava hoitotyön informaatio antaa substantiivista ja määrällistä tietoa hoitotyön sisällöstä, jota voidaan käyttää potilaskeskeisen, näyttöön perustuvan ja laadukkaamman hoidon kehittämiseksi. Yksikön profiili tulee näkyvämmäksi, joka auttaa kohdentamaan hoitotyön resursseja, koulutusta, tutkimusta ja opetusta. Tavoitteena on hyödyntää rakenteisen tiedon tilastoja näyttöön perustuvan hoidon kehittämisessä. | |
| Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., Bany Hani, S. 2018. Journal of Clinical Nursing. Jordania. | Arvioida ja verrata paperisten ja sähköisten potilasasiakirjojen laatua. Vertailussa tutkittiin kolmea kriteeriä: sisältö, dokumentaatio prosessi sekä rakenne. | Retrospektiivinen tutkimus, potilasasiakirjoja auditointiin Catch-Ing audit –instrumentilla kahden julkisen sairaalan osastoilta, 434 potilasasiakirjaa sekä sähköistä että paperista. | Tutkimus vahvisti hoitotyön dokumentaation huonon laadun ja hoitajien tiedon ja osaamisen puutteet hoitotyön prosessin käytössä ja sen soveltamisessa sekä paperisessa että elektronisessa kirjaamisessa. Auditoinnissa molemmissa dokumentaation muodoissa todettiin epäkohtia kirjaamisen sisällössä, prosessissa ja rakenteessa. | 17p. |
| Wang, N., Hailey, D., Yu, P. 2011. Journal of Advanced | Katsauksen tarkoituksena on tunnistaa ja synteti- | Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, mukana laadullisia ja | Hoitotyön dokumentointia auditointia auditointia kolmesta näkökulmasta: rakenne, prosessi ja si- | 16p. |

| | | | | |
|--|--|---|--|-----|
| Nursing. Australia. | soida hoitotyön dokumentaation auditointitutkimuksia. Katsoyksessa esitellään auditointimittareita ja menetelmiä ja kuvataan hoitotyön dokumentoinnin laatua. Katsoaus antaa yleiskuvan hoitotyön dokumentaation nykylaadusta ja tunnistaa keinoja, joilla hoitotyön dokumentaation laatua voidaan parantaa. | määrällisiä tutkimuksia. Seitsemän hakutietokantaa, artikkelit julkaistu vuosina 2000-2010 englanniksi. The keywords 'nursing documentation', 'audit', 'evaluation', 'quality', both singly and in combination. 77 artikkelia hyväksyttiin. Artikkelit koskivat hoitotyön dokumentaation auditointia ja auditointi – instrumenttien kehittämistä. | sältö. Auditointi-instrumentteja identifioitiin ja niiden ominaisuuksia kuvattiin. Epäkohtina hoitotyön dokumentaatioissa todettiin psykologisten ja sosiaalisten näkökulmien puuttuminen kirjauksista sekä hoitotyön prosessin vaiheiden puuttuminen. Hoitotyön dokumentaation laadun parantamiseksi tunnistettiin seuraavia keinoja: sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö, rakenteisen kirjaamisen käytännöt, hoitotyön teorioiden soveltaminen, koulutus ja organisaatiomuutokset. | |
| De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., Francke, A.L. 2019. Journal of Advanced Nursing. Alankomaat. | Tarkoituksena saada yleiskäsitys olemassa olevista todisteista hoitotyön dokumentaation laatuksiteereitä, instrumentteja ja vaatimuksia koskien. | Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kirjallisuuskatsauksista. PubMed ja CINAHL tietokannat, 2007-2017 huhtikuu. Kaksi tutkijaa valitsivat artikkelit itsenäisesti ja arvioivat katsausten metodologisen laadun. 11 | Useat hoitotyön dokumentaation laatuksiteerit liittyivät hoitotyön prosessin vaiheiden noudattamiseen ja rakenteisten hoitotyön terminologioiden käyttöön. Löydettiin useita vaatimuksia sähköisen hoitotyön dokumentaation järjestelmille, joissa korostui käyttäjävälisyys ja kehittäminen hoitotyöntekijöitä konsultoiden. Laadukas hoitotyön dokumentaatio noudattaa | 16p |

| | | | | |
|--|---|--|--|------|
| | | systemaattista katsausta valittiin. Tutkijat yhdessä suorittivat katsauksille kuvailevan synteesin. | hoitotyön prosessia, jossa käytetään standardoituja terminologioita käyttäjäystävällisiä järjestelmiä hyödyntäen. Näyttöön perustuvien laatuindikaattoreiden puute on haaste korkealaatuisen hoitotyön dokumentaation tavoittelulle. | |
| Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, Roos M. B., Van der Schans, Cees P. 2010. Journal of Advanced Nursing. Alankomaat. | Tarkoituksena kuvata hoitotyön dokumentaation tarkkuutta potilasasiakirjoissa sairaaloissa. | Vuosina 2007–2008 potilasasiakirjoja (n=341) analysoitiin Alankomaissa, 10 sairaalaa, 35 osastoa. D-Catch -instrumenttia käytettiin potilasasiakirjojen tarkkuuden analysoinnissa. | Hoitotyön dokumentaatio systemaattisesti läpi hoitotyön prosessin eri vaiheiden epäonnistui. Hoitotyön dokumentoinnin laatu perustui hoitotyön prosessin eri vaiheisiin, mutta dokumentaatio näyttäytyi kronologisena ja kuvailevana ongelma- tai diagnoosiperusteisuuden sijaan. Yhteyttä hoitotyön prosessin eri vaiheiden välillä ei todettu, alle 50% interventioista liittyi diagnooseihin. KRITIIKKI PROSESSIA KOHTAAN: Tulokset osoittavat, että hoitotyön prosessiin perustuva dokumentaatiojärjestelmä on riittämätön täsmälliseen hoitotyön dokumentaatioon, koska hoitajat epäonnistuvat dokumentoimaan hoitoa systemaattisesti hoitotyön prosessin mukaan. Tehokas dokumentaatiojärjestelmä, joka tukee hoitotyön prosessin eri vaiheiden | 18p. |

| | | | | |
|---|--|---|--|------|
| | | | keskinäistä yhteyttä voisi olla hyödyllinen. | |
| Galdino Júnior, H., Veiga Tipple, A.F., Rodrigues de Lima, B., Bachion, M.M. 2018. Cogitare Enfermagem. Brasilia. | Tarkoituksena analysoida haavapotilaiden hoitokertomusmerkinnöistä hoitotyön prosessin vaiheita. | Poikkileikkaustutkimuksessa analysoitiin dokumentteja Goiasin ope-tussairaa-lassa maaliskuusta kesäkuuhun 2016. Otokseen sisältyi 180 potilasasiakirjaa haavanpotilailta. Potilasasiakirjat luokiteltiin hoitotyön prosessin vaiheiden mukaan. Haavojen karakterisoinnissa käytettiin tarkistuslistaa ja havaittuja ominaisuuksia verrattiin potilasasiakirjojen sisältämään informaatioon. Taajuus- ja prosenttitilastoja käytettiin kuvaavassa analyysissä. | Hoitotyön prosessin mukaisessa dokumentoinnissa, erityisesti diagnoosien muodostamisessa kerätyn tiedon perusteella, haavapotilailla todettiin puutteita, joka voi vaarantaa potilaiden turvallisuuden ja hoidon arvioinnin. | 12p. |
| Patiraki, E., Katsaragakis, S., Dreliozzi, A., Prezerakos, P. 2017. International Journal of Nursing | Tarkoituksena tutkia koulutusinterventio-vaikutusta hoitosuunnitelmien muodostamiseen NANDA-luokitusta | Kvasikokeellinen tutkimus ilman kontrolliryhmää. Kyselylomake ennen ja jälkeen koulu- | Enemmistö vastaajista oli vähän tietoa ja kokemusta hoitotyön prosessista ennen ja jälkeen koulutusinterventio. Koulutusinterventio voi parantaa hoitajien | |

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------|
| <p>Knowledge. Kreikka.</p> | <p>käyttäen kotihoidon hoitajille Kreikassa.</p> | <p>tusintervaa- tion 19 hoita- jalle.</p> | <p>asenteita, tietoja ja taitoja hoitotyön prosessista. Interventio paransi hoitajien taitoja hoitotyön diagnoosien muodostamisessa ja nimeämisessä, mutta tulosten muodostamiseen tällä ei ollut vaikutusta. Hoitajilla on positiivinen asenne dokumentaatiota ja hoitotyön prosessia kohtaan, mutta merkittävä kuilu on hoitotyön suunnittelun ja dokumentoinnin tietojen ja taitojen välillä.</p> | |
| <p>Devi, A. Seeta. 2018. Nursing Journal of India. Intia.</p> | <p>Tarkoituksena oli arvioida hoitotyön prosessin soveltamista hoitotyössä ja sen dokumentoinnissa.</p> | <p>Huhtikuu 2015-Lokakuu 2016, 4 sairaalaa. Havainnointi, haastattelu ja dokumenttien analysointi. Hoitotyön auditointi - checklist muodostettiin hoitotyön prosessiin perustuen. Tämän ja kyselylomakkeen avulla havainnoitiin hoitajien työvuo- roa ja vuoron aikaisia kirjauksia. Lisäksi tärkeitä kysymyksiä kysyttiin hoitajilta.</p> | <p>Suurin osa hoitajista ei soveltanut hoitotyön prosessia hoitotyöhön. Syiksi tähän hoitajat raportoivat resurssien puutteen, tiedon puutteen, suuren potilasmäärän hoitajaa kohden, harjoituksen puutteen, motivaation puutteen (kuten palkka).</p> | <p>14p.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|------|
| <p>Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. Pietilä, A-M. 2015. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Suomi.</p> | <p>Tarkoituksena oli kuvata yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden sähköisten hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöä ja arvioida kuinka asiakkaiden voimavarat otettiin niissä huomioon.</p> | <p>Data kerättiin kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista (n=437) kesäkuun 2010 aikana. Data analysoitiin määrällisin keinoin ja laadullisen sisälönanalyysin keinoin.</p> | <p>Hoitosuunnitelmien dokumentointi oli epätarkkaa, riittämätöntä. Hoitotyön prosessia ei noudatettu.</p> <p>Hoitosuunnitelmat perustuivat FinCC –luokitukseen ollen työkaluorientaisia, jolloin asiakkaan näkemys, sisältäen yksillölliset tarpeet ja voimavarat, puuttuivat suurimmasta osasta hoitosuunnitelmia. Suurin osa hoito- ja palvelusuunnitelmista oli suunniteltu kotihoidon ammattilaisten näkökulmasta, asiakkaiden näkemys puuttui hoitosuunnitelmista.</p> <p>KRITIIKKI: Yksityiskohtaiseen luokitusjärjestelmään perustuva dokumentaatio ei vaikuta olevan joustava, vaan se piilottaa asiakkaan kokonaiskuvan/tilanteen.</p> | 16p. |
| <p>Park, H., Lee, E. 2015. International Journal of Nursing Knowledge. Korea.</p> | <p>Tarkoituksena oli (a) kehittää ja implementoida standardoituun hoitotyön kieleen perustuva sähköinen hoitotyön dokumentaation järjestelmä Koreaan ja (b) tutkia hoi-</p> | <p>Standardoituun hoitotyön kieleen perustuva tietojärjestelmä kehitettiin ja implementoitiin tutkimusryhmän toimesta Koreassa. Sairaalassa 10 hoitajaa käytti järjestelmää hoitotyössä,</p> | <p>Useimmiten käytettyjä NANDA-I luokituksia, hoitotyön interventiot ja hoitotyön tulokset, tunnistettiin. Positiivisena hoitajat kokivat, että rakenteisen kirjaamisen ja luokitusjärjestelmän käyttö kirjaamisessa helpottaa kommunikointia ilman väärinymmärryksiä, joka puolestaan lisää potilasturvallisuutta. Yhteisen rakenteisen kielen käyttö</p> | 15p. |

| | | | | |
|--|--|--|---|------|
| | <p>tajien koke- muksia NANDA-I lu- okitusjärjes- telmän käytöstä hoitotyössä.</p> | <p>jonka jälkeen heitä haasta- teltiin stan- dardoidun hoitotyön kie- len käytöstä.</p> | <p>hoitotyön prosessin eri vaiheissa vähentää do- kumentaatioon käytet- tävää aikaa. Negatiivi- sina asioina hoitajat nostivat esiin kulttuuri- sensitiivisyyden ja yksi- öllisyyden puutteen kirjaamisessa.</p> <p>Validoidun vertailukel- poisen standardoidun rakenteisen tiedon saa- minen potilastietojär- jestelmästä on olen- naista potilasturvalli- suuden, laadun ja näyt- töön perustuvan hoito- työn kehittämisessä.</p> | |
| <p>Rykkje L. 2009. Nordic Journal of Nursing Re- search & Clinical Stud- ies / Vård i Norden (VARD I NORDEN). Norja.</p> | <p>Tarkoituk- sena oli tutkia sähköisen hoitotyön kir- jaamisen käyttöönottoa ja sähköistä hoitotyön do- kumentaatio VIPS –mallia. Lisäksi tarkoi- tuksena oli li- sätä ymmär- rystä hoito- työn kirjaami- sen laadusta.</p> | <p>Sähköisen potilastieto- järjestelmän ja VIPS –mal- lin implemen- toinnin jäl- keen hoito- työn doku- mentoinnin laadullista ja määrällistä muutosta au- ditoitiin Cat- ch-Ing –inst- rumentilla ja verrattiin ai- kaisempaan paperidoku- mentointiin. Neljällä eri osastolla kul- lakin osas- tolla arvioitiin 15 potilas- asiakirjaa en- nen ja jälkeen implemen- toinnin (n=120).</p> | <p>Kirjaamisen havaittiin olevan systemaatti- sempaa ja rakentei- sempaa kun käytettiin VIPS –mallin mukaisia otsikoita/sanoja. Säh- köisessä kirjaamisessa myös lyhenteiden ja symbolien käyttö oli ra- jallisempaa. Hoitotyön prosessin mukainen dokumentaatio VIPS – mallia käyttäen ei to- teutunut. Erityisesti hoi- totyön suunnitelmat oli- vat vaillinaisia. Hoito- työn kirjaamisen vaati- mukset on otettava pa- remmin huomioon säh- köisissä potilastietojär- jestelmissä, koskien erityisesti hoitosuunni- telman toiminnalli- suutta.</p> | 15p. |

| | | | | |
|--|--|--|--|-------------|
| <p>Saranto, K., Kinnunen, U-M, Kivekäs, E., Lappalainen, A-M, Liljamo, P., Rajalahti, E., Hyppönen, H. 2014. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Suomi.</p> | <p>Tarkoituksena kuvata hoitotyön asiakirjoissa ja hoitosuunnitelmissa käytettyjen erilaisten tiedon rakenteistamismetodien vaikutuksia. Systemaattinen katsaus kuvaa minkälaisia rakenteistamismetodeja on arvioitu ja tiedon rakenteistamisen vaikutuksia terveydenhuollon panoksiin, prosesseihin ja tuloksiin aiempien tutkimusten mukaan.</p> | <p>15 tietokantaa, 143 artikkelia, joista sisään- ja ulosottokriteerien perusteella valikoitiin 61 tutkimusta. Artikkelien analysoinnin jälkeen 38 tutkimusta valittiin.</p> | <p>Kansainvälisesti hoitotyön dokumentaatiota ja hoitosuunnitelmia rakenteistettiin hoitotyön luokitusten ja hoitotyön prosessimallin mukaan. Rakenteisen hoitotyön kielen (SNL) käyttäminen lisäsi hoitotyön interventioiden ja tulosten kirjauksia tukemaan päivittäistä hoitoa, parantamaan potilasturvallisuutta ja tiedon uudelleenkäyttöä. SNL käytöllä todettiin useita positiivisia vaikutuksia. Epätoivotut vaikutukset liittyivät usein resurssien puutteeseen. Rakenteisen hoitotyön tiedon todistettiin tukevan päivittäistä hoitotyötä ja tiedon uudelleenkäyttöä. Tämä mahdollistaa hoidon jatkuvuuden vaikuttaen potilasturvallisuuteen.</p> <p>Hoitajat tarvitsevat enemmän koulutusta ja johdon tukea hyötyäkseen rakenteisesta hoitotyön tiedosta.</p> | <p>17p.</p> |
| <p>Mykkänen, M., Miettinen, M., Saranto, K. 2018. Hoitotiede. Suomi.</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida rakenteisen kirjaamisen toteutumista auditointimalilla, jossa arvioitavina osina hoito-</p> | <p>Tutkimuksessa tarkastellaan yhden yliopistollisen sairaalan hoitotyön kirjaamisen auditoinnin tuloksia. Sähköinen rekisteriaineisto</p> | <p>Organisaatiossa hoitotyön kirjaamisen laatu parani heikosta tyydyttävään tutkimusjakson aikana. Kirjaamisessa käytettiin hoitotyön prosessin vaiheita, vaiheita kirjattiin vaihtelevasti. Hoitotyön prosessin vaiheista hoidon toteutusta kirjattiin</p> | <p>19p.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|---|------|
| | työn prosessin vaiheiden toteutuminen, potilaslähtöisyys ja kirjaamisen johdonmukaisuus. Tutkimuksessa kuvattiin yhden yliopistollisen sairaalan hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tasoa, laatua ja sisällön kehittymistä. | (N=9860) kerättiin vuosina 2010–2016 hoitokertomusmerkinnöistä, jotka koodattiin auditointimallin osioiden mukaan. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. | useimmin ja hoidon tuloista harvimmin. Hoitotyön suunnitelman (tarve, tavoite ja suunnitellut toiminnot) osa-alueista hoidon tarve kirjattiin useimmin ja suunnitellut auttamismenetelmät harvimmin. Hoidon tarve ja tavoite kirjattiin potilaslähtöisesti yli puolessa hoitokertomuksista. Auditointimalli sopii hoitotyön rakenteisen kirjaamisen arviointiin. | |
| De Moraes Lopes, M.H.B., Higa, R., Dos Reis, M.J., De Oliveira, N.R., Christóforo, F.F.M. 2010. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications. Brasilia. | Tarkoituksena tutkia kuinka hoitotyön prosessia dokumentoidaan potilasasiakirjoissa Brasilialaisessa opetussairaalamissa. | Kuvaileva ja retrospektiivinen tutkimus, 68 potilasasiakirjaa. | Hoitotyön prosessin vaiheita käytettiin virheellisesti. Kaikkia prosessin vaiheita käytettiin, mutta niiden käytössä todettiin epäjohdonmukaisuutta. Hoitotyön interventioita dokumentoitiin enemmän kuin hoitotyön diagnooseja. Diagnoosien ja interventioiden yhteyksissä havaittiin puutteita, joten diagnoosit eivät ohjanneet interventioita. Fyysisen tutkimuksen tulosten dokumentointi korostui kirjauksissa. | 13p. |
| Häyrinen K., Lammintakanen J., Saranto K. 2010. International Journal of Medical Informatics. Suomi. | Tarkoituksena tutkia ja arvioida dokumentoiko hoitajat hoitotyötä kansallisen hoitotyön mallin mukaisesti. | Data kerättiin vuosina 2003-2006 keskussairaalamissa. Data koostui sähköisistä potilaiden hoito- | Standardoitu sähköinen hoitotyön dokumentaatio perustuu hoitotyön prosessiin, hoitotyön prosessin käyttö potilaiden välillä vaihtelee. Puutteita todettiin tarpeiden ja | 18p. |

| | | | | |
|---|--|--|---|------|
| | sesti sähköisissä potilastietojärjestelmissä, joka tarkoittaa hoitotyön prosessin ja standardoidun terminologian käyttöä hoitotyön prosessin eri vaiheissa käyttöä dokumentoinnissa. | suunnitelmista, 67 neurologista ja 422 kirurgista. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällön analyysin keinoin. | diagnoosien muodostamisessa sekä hoitotyön tavoitteiden ja suunniteltujen hoitotyön interventioiden määrittämisessä. Standardoitua terminologiaa käytetään dokumentoinnissa, mutta luokituksen käyttö on epäjohdonmukaista, eri komponentteja käytettiin hoitotyön tarpeiden ja tavoitteiden määrittämisessä. Sähköisen hoitotyön dokumentaation kansallinen malli soveltuu hoitotyön dokumentaatioon hoitotyön suunnitelmissa. Terveystieteiden ammattilaiset tarvitsevat lisää koulutusta hoitotyön prosessin mukaisessa hoitotyön dokumentoinnissa ja terminologioiden käytössä potilasturvallisuuden ja dokumentaation laadun parantamiseksi. | |
| Saranto K., Kinnunen U. 2009. Journal of Advanced Nursing. Suomi. | Katsaus artikkelin tarkoituksena vetää yhteen hoitotyön kirjaamisen arvioinneissa käytettyjä tutkimusmetodeja. | Aineisto kerättiin kolmesta tietokannasta: CINAHL, PubMed and Cochrane hakusanoilla: nursing documentation, nursing care plan, nursing record system, evaluation and as- | Monenlaisia tutkimusasetelmia on käytetty arvioitaessa hoitotyön kirjaamista. Audit –instrumentteja käytettiin lähes kaikissa tutkimuksissa hoitotyön kirjaamisen arvioinneissa. Kansainvälinen tutkimusyhteistyö on vähäistä ja pääosin paikallisia audit –instrumentteja käytetään hoitotyön kirjaamisen arvioinneissa. Tutkimukset, jotka käsittelevät | 15p. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>sessment. Artikkelit olivat sähköisesti luettavissa englanniksi vuodesta 2000-2007. Tuloksena 41 artikkelia, jotka analysoitiin sisällön analyysin keinoin.</p> | <p>rakenteista standardoitua kirjaamista osoittavat enemmän positiivisia kuin negatiivisia tuloksia suhteessa laatuun, hoitotyön prosessiin ja käytettyyn terminologiaan, tietotaitoon sekä tietokoneen käytön hyväksymiseen kirjaamisessa. Rakenteisesta kirjaamisesta huolimatta, kirjattu tieto oli usein epätarkkaa ja riittämätöntä, josta puuttui monta tärkeää yksityiskohtaa hoitotyön prosessista ja potilaasta. Hoitajat ovat omaksuneet rakenteisen kirjaamisen periaatteet, mutta seuraavaksi hoitajia täytyy kouluttaa käyttämään rakenteista kirjaamista kunnolla.</p> <p>Rakenteisen hoitotyön terminologian käyttö edistää hoitotyön dokumentoinnin standardointia. Rakenteisen hoitotyön terminologian käyttö sähköisissä potilastietojärjestelmissä laajentaa hoitotyön kirjaamisen tutkimusta kirjaamisen laadusta kohti mitattavia potilaan hoidon tuloksia. Potilailta ja perheen jäseniltä tulisi kerätä enemmän tietoa hoitotyön kirjaamista arvioidessa.</p> |
|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|--|--|------|
| <p>Annersten Gershater, M., Pilhammar, E., Alm Roijer, C. 2011. Scandianavian Journal of Caring Sciences. Ruotsi.</p> | <p>Tarkoituksena tutkia hoitotyön kirjauksia diabeteksen hoitoon liittyen kunnallisessa kotihoidossa Ruotsissa. Kuinka diabeteksen hoitoa dokumentaation perusteella suunniteltiin, toteutettiin ja arvioitiin.</p> | <p>Poikkileikkaus tutkimus. Aineistona kotihoidon hoitotyön kirjauksia, yhteensä 172 potilaan potilasasiakirjat (potilailla todettu diabetes tai korkea verensokeritaso), sekä paperisia että sähköisiä. Aineisto kerättiin Ruotsissa joulukuun 2004 aikana.</p> | <p>Hoitotyön kirjausten yleinen taso oli riittämätön. Hoitotyön prosessia ei noudatettu kirjaamisessa, mikä voi johtaa huonontuneeseen hoidon laatuun. Kirjausten perusteella hoitajat suhtautuvat työhönsä lukuisina yksittäisinä tehtävinä ja hoitotoimenpiteinä, kuten lääkehoito ja sidosten vaihto, jotka tulee suorittaa, mutta holistinen näkemys siitä miksi näitä toimenpiteitä tehdään, puuttuu. Hoitotyön prosessi ei toteudu, jolloin hoitotyöltä puuttuu suunnitelmallisuus ja arviointi.</p> <p>Potilasasiakirjojen tulisi olla työkalu systematisoida hoitoprosessia, delegoida ja koordinoita hoitotyötä, välittää tietoa ja kommunikaatiota hoidon tavoitteista ja hoidon tuloksista, jotta välttyttäisiin pitkäaikaissairauksien akuuteilta ja pitkäaikaisilta komplikaatioilta. Hyvät hoitotyön kirjaukset ovat välttämättömiä hoidon laadun säilyttämiseksi, resurssien tehokkaalle käytölle ja potilaiden hyvälle elämänlaadulle.</p> | 15p. |
| <p>Castellà-Creus, M., Delgado-Hito, P., Casa-</p> | <p>Hoitotyön prosessin yhtenä piirteenä on yksilöllinen hoito.</p> | <p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa grounded theory -</p> | <p>Kolme temaattista kategoriaa tunnistettiin sekä hoitosuunnitelmien yksilöllisyyden mahdollistajissa että</p> | 18p. |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>novas-Cuel- lar, C., Tàpia- Pérez, M., Juvé-Udina, M-E. 2019. Journal of Cli- nical Nursing. Espanja.</p> | <p>Hoitosuunni- telmissa to- teutuu hoito- työn prosessi rakenteisesti hoitotyön diagnoosien, suunnittelun ja arvioinnin muodossa. Tarkoituk- sena tunnis- taa standar- doitujen hoi- tosuunnitel- mien yksilöl- listämispro- sessin esteet ja mahdollis- tajat sairaa- laiden osas- toilla.</p> | <p>lähestymis- tapa. 39 hoi- tajaa kol- mesta sairaa- lasta, syvä- haastattelut, osallistujien havainnointi, dokumenttien analysointi ja ryhmäkes- kustelu.</p> | <p>estäjissä; organisaatio, ammatillinen ja yksilöl- linen näkökulma. Estä- jiksi tunnistettiin osas- tojen rutiineja, työ- kuorma, hoitaja-potilas suhdeluku, narratiivis- ten dokumenttien pe- rinne, tiedon puute ja rajallinen kiinnostus yk- silöllisyyteen. Mahdol- listajiksi tunnistettiin standardoidun hoito- suunnitelman käyttö ja rakenteinen terminolo- gia, ammatillinen päte- vyys ja hoitajien yksilöl- linen halukkuus yksi- löintiin sekä kliinisen hoidon kokoukset. Mahdollistavien tekijöi- den avulla standar- doiduista hoitosuunni- telmista saatiin yksilöllis- sen potilaan tarpeita vastaava hoitosuunni- telma.</p> | |
|--|--|---|--|--|

Liite 2. FinCC-tarveluokituksen (SHTaL 3.0) komponentit ja niiden sisällönkuvaukset.

| Komponentti | Tarveluokituksen sisältö |
|------------------------------------|--|
| Aktiviteetti | Fyysisen ja toiminnallisen aktiviteetin muutoksiin ja unihäiriöihin liittyvät hoidon tarpeet. |
| Erittäminen | Kuvaukset potilaan hoidon tarpeista ruoansulatuksen, ulostamisen, virtsaamisen, verenvuodon tai muun eritystoiminnan, kuten dreenieritteen alueilla. |
| Selviytyminen | Hoidon tarpeita potilaan tai hänen perheensä kykyyn selviytyä muuttuneeseen elämäntilanteeseen, terveyteen tai sen muutoksiin ja sosiaalisen kanssakäymiseen tai sen ongelmiin liittyen. Selviytyminen –komponentissa hoidon tarpeen ulottuvuudet koskevat potilaan ja omaisten tiedollisten tai toiminnallisten valmiuksien käyttöä muuttuneessa tilanteessa ja henkisen tuen tai avun tarvetta kognitiivisten prosessien heikentyessä tai kommunikointiongelmien yhteydessä. |
| Nestetasapaino | Nestetasapainohäiriön riskiin ja muuttuneeseen nestevolyymiin liittyviä tarpeita, joilla kuvataan tai ennakoidaan potilaan tilaa tai oireita, joista voi aiheutua muutoksia potilaan nestetasapainoon ja nestevolyymiin. |
| Terveykäyttäytyminen | Terveyden edistämiseen liittyviä osatekijät, kuten elintapojen noudattaminen, sitoutuminen annettuun hoitoon tai terveydentilan ylläpitämiseen, terveyden säilyttämiseen tarpeeseen ja hoitoon liittyvään päätöksenteon tarpeeseen. |
| Hoidon ja jatkohoidon koordinointi | Asiantuntijapalveluiden, jatkohoidon ja jatko-ohjeiden tarve sekä potilaan oikeuksiin liittyviä tiedon ja hoidon tarpeita. Lisäksi Hoidon ja jatkohoidon koordinointi –komponenttiin kirjataan tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä tiedon tarve. |

| | |
|----------------------------------|--|
| Lääkehoito | Hoidon tarpeita lääkkeiden oikeaan käyttöön, lääkehoidon oikeaan toteuttamiseen, riskeihin tai lääkityksen asianmukaiseen tietoon liittyen. |
| Ravitsemus | Hoidon tarpeita ruoan tai ravintoaineiden saannin osa-alueilla. |
| Hengitys | Potilaan hengittämiseen ja keuhkojen toiminnan muutoksiin liittyviä terveysongelmia ja hoidon tarpeita. |
| Verenkierto | Hoidon tarpeita, jotka aiheutuvat eri syistä johtuvista verenkiertohäiriöistä sekä kehon lämpötilan muutoksista ja niihin liittyvistä tiedon tarpeista. |
| Aineenvaihdunta | Hoidon tarpeita eri syistä johtuvista aineenvaihdintahäiriöistä, kuten esimerkiksi muuttuneiden elintoimintojen tai eri sairauksien aiheuttamista hormonaalisista tai immunologisista muutoksista tai aineenvaihdunnan häiriöistä. |
| Turvallisuus | Sairaudesta tai hoitoympäristöstä aiheutuvien turvallisuusriskien hoidon tarpeen huomiointi, joiden vuoksi potilas voi tuntea olonsa turvattomaksi tai aiheuttaa itselleen/muille vaaratilanteita, mm. tapaturmariski, karkailu, sängystä putoaminen, kaatumisriski, tarttuvan taudin kantajuus tai itsensä/muiden vahingoittamisen vaara. |
| Päivittäiset toiminnot | Potilaan omatoimisuutta, avun tarvetta tai apuvälineiden tarvetta päivittäisissä toiminnoissa koskevat hoidon tarpeet, joilla kuvataan potilaan ongelmia tai tarpeita, kun fyysinen toimintakyky on laskenut, eikä potilas selviydy päivittäisistä toiminnoista omatoimisesti. |
| Psyykkinen tasapaino | Hoidon tarpeita psyykkiseen tasapainoon tai sen saavuttamiseen liittyviä osatekijöitä. |
| Aisti- ja neurologiset toiminnot | Aistitoimintojen muutoksiin, akuuttiin ja krooniseen kipuun sekä neurologisiin muutoksiin liittyviä hoidon tarpeita. |
| Kudoseheys | Hoidon tarpeet limakalvoilla, iholla ja ihonalaisissa kudoksissa. |

| | |
|------------|--|
| Elämäkaari | Normaaliin kasvuun ja kehitykseen sekä iän mukaisiin kehitysvaiheisiin liittyvien terveyspalveluiden ja hoidon tarpeiden ja poikkeavuuksien tunnistaminen ja huomioiminen. |
|------------|--|

(Liljamo ym. 2012, 25-38).

Liite 3. FinCC-luokituskokonaisuuden mukaiset toimintoluokituksen (SHToL 3.0) komponentit ja niiden sisällönkuvaukset

| Komponentti | Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen sisältö SHToL 3.0 |
|------------------------------------|--|
| Aktiviteetti | Toiminnot, joilla tuetaan ja autetaan potilaan aktiviteetin, toiminnan, unen ja levon osa-alueilla esiintyviä hoidon tarpeita. Mm. potilaan aktiviteettia edistävät toiminnot kuten leikki ja toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito, aktiviteettiin tai uni- ja valvetilaan liittyvä ohjaus sekä potilaan aktiviteetin rajoittamiseen liittyvät toiminnot. |
| Erittäminen | Toiminnot, joilla tuetaan ja autetaan potilaan ruuansulautukseen, suoliston ja virtsateiden toimintaan liittyviä hoidon tarpeita. Lisäksi potilaan pahoinvoinnin ja oksentamisen hoito ja ohjaus sekä dialyysihoidon toteuttaminen ja ohjaus sekä muu eritystoiminnan huomiointi, sekä dreerien ja kudosisimujen seuranta ja hoito. |
| Selviytyminen | Toiminnot, joilla tuetaan potilaan ja/ tai perheen selviytymistä erilaisissa elämän- ja terveydentilan aiheuttamissa muutoksissa, sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvissä ongelmissa sekä kommunikaatioon liittyvä tukeminen ja ohjaus. Hoitotyön toiminnoilla pyritään myös vahvistamaan potilaan omia voimavaroja ja autetaan potilasta etsimään uusia selviytymismalleja. Potilaan selviytymisen tukemiseen kuuluu myös henkisen tuen antaminen. |
| Nestetasapaino | Toiminnot, joilla seurataan potilaan nestetasapainoa, hoidetaan ja korjataan siinä esiintyviä muutoksia sekä annetaan ohjausta sekä verivalmisteiden antaminen. |
| Terveyskäyttäytyminen | Toiminnot, joilla seurataan potilaan elintapoja, pyritään edistämään hoitoon sitoutumista ja terveyden edistämistä sekä annetaan niihin liittyvää ohjausta. |
| Hoidon ja jatkohoidon koordinointi | Toiminnot, joita käytetään, kun suunnitellaan, ohjataan, koordinoidaan ja toteutetaan potilaan vastaanottokäynnin tai hoitajakson aikaisia tai sen jälkeen tapahtuvia, terveys- ja asiantuntijapalveluita liittyen potilaan tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvään valmistamiseen ja ohjaukseen, suorittamiseen ja kyseisen toiminnon jälkeisen tarkkailun kirjaamiseen. |
| Lääkehoito | Toiminnot, joilla kuvataan lääkehoidon toteuttamista hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilaan lääkitys kirjataan potilaskertomuksen lääkitysosioon. Potilaalle tarvittaessa annettava lääkitys kirjataan antokirjauksena sille varattuun paikkaan potilaskertomuksessa, mutta erityisen tärkeää on, että hoitokertomuksessa |

| | |
|----------------------------------|--|
| | näky, miksi tarvittava lääke on annettu ja miten se on vaikuttanut. Komponentin pää- ja alaluokkia käytetään, kun kuvataan esimerkiksi lääkkeen vaikutusta, potilaalle annettua lääkehoidon ohjausta tai kuvattaessa poikkeamaa normaalista lääkkeen antovasta tai lääkkeen antamista potilaan tahdosta riippumatta. |
| Ravitsemus | Toiminnot, joilla seurataan, turvataan ja huolehditaan potilaan ravitsemukseen liittyvien osatekijöiden toteutumista, sekä ravinnon määrän rajoittamista ja ravitsemukseen liittyvää suunnittelua ja ohjausta. |
| Hengitys | Toiminnot, joilla seurataan potilaan hengitystä, hengityseritteiden määrää ja laatua, yskää ja ysköksiä ja toimintoja, ja joilla edistetään ja ylläpidetään hengityksen ja keuhkojen toimintaa. |
| Verenkierto | Toiminnot, joilla seurataan ja edistetään eri elinten verenkiertoa mm. verenpaineen, sykkeen ja sydämen rytmin seuranta, ihon värin ja lämmön seuranta sekä verenkiertoa ylläpitävästä asento-ohjauksesta ja kehon lämpötasapainosta huolehtiminen. |
| Aineenvaihdunta | Toiminnot, jotka kuvaavat potilaan aineenvaihdunnan, hormonaalisten häiriöiden ja immunologisten muutosten sekä verensokerin seuranta, tarkkailua ja hoitoa. |
| Turvallisuus | Toiminnot, joiden avulla pyritään lisäämään ja huolehtimaan potilaan ulkoisesta turvallisuudesta esimerkiksi järjestämällä potilaan hoidon kannalta turvallinen ympäristö ja huomioimalla mahdolliset tapaturmariskit. Potilaan liikkumisesta ja yhteydenpitoa tai uhkaavaa käyttäytymistä voidaan joutua rajoittamaan potilaan turvallisuuden ja hoidon tavoitteiden kannalta lepositein. |
| Päivittäiset toiminnot | Toiminnot, joiden avulla huolehditaan, tuetaan ja avustetaan potilasta selviytymään omatoimisesti päivittäisissä toiminnoissa kuten peseytymisessä, ruokailussa, liikkumisessa, wc- toiminnoissa ja yleisessä asiointissa sekä apuvälineiden järjestäminen ja käytön ohjaus. |
| Psyykinen tasapaino | Toiminnot, joilla seurataan potilaan psyykkistä tilaa ja mielialaa, tunnistetaan mahdollisia käyttäytymisen ja havaintokyvyn häiriöitä ja pyritään luomaan ja ylläpitämään hoitosuhdetta sekä toimintoja, joilla autetaan saavuttamaan potilaan psyykinen tasapaino. Lisäksi eristämisen aikainen seuranta ja psykologinen purku sen jälkeen. |
| Aisti- ja neurologiset toiminnot | Toiminnot, joiden avulla huomioidaan potilaan kuulo-, näkö-, tunto-, haju- ja maku- sekä tasapainoaisteissa tapahtuvia muutoksia ja häiriöitä sekä aistien toimintaa edistäviä auttamiskeinoja. Lisäksi kivun seuranta, hoito ja ohjaus, tajunnantason seuranta sekä neurologisten oireiden seuranta ja ohjaus. |

| | |
|-------------|---|
| Kudoseheys | Toiminnot, joilla kuvataan potilaan ihon ja limakalvojen kunnon seurantaa, ihon seurantaa ja hoitoa, ihottuman erilaisia hoitokeinoja sekä ihon, silmien ja suun hoitoa, haavojen seuranta ja hoitomenetelmät sekä niihin liittyvä ohjaus. |
| Elämänkaari | Toiminnot, joita käytetään potilaan eri elämän vaiheisiin liittyvissä terveystilanteissa, kuten lisääntymiseen, ehkäisyneuvontaan, raskauteen ja synnytykseen liittyen. Lisäksi iän mukainen kasvun ja kehityksen seuranta ja hoito sekä elämänkaaren viimeisten vaiheiden, saattohoidon toteuttaminen. |

(Liljamo ym. 2012, 39-53).

Liite 4. Hoitotyön kirjaamisen laadunarviointimittari

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

- arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso/yhteenvedo tai pkl-käynti)

| | | |
|---|---------------------|--|
| Minimilaatuso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15 | Kyllä=1 Ei=0 | Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14 |
| 1 Tarve: onko hoitotyön tarve kirjattu sille varattuun kohtaan? | Kyllä Ei | Hoitotyön tarve on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tarve (esim. on lääketieteellinen ongelma, dg, toimenpide, tulosityy kuten astman seuranta tai suunniteltu toiminto esim. tarvitsee silmällä pitoa vrt. karkalee) |
| 2 Tavoite: onko hoitotyön tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan? | Kyllä Ei | Hoitotyön tavoite on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tavoite (esim. leikkaus onnistuu) tai on suunniteltu toiminto (esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa, motiivointi, saa tietoa leikkauksesta, sairaudesta vrt. potilas oppii, osaa, ymmärtää...) |
| 3 Toteutus: onko hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) kirjattu sille varattuun kohtaan? | Kyllä Ei | Hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) on kirjattu sille varattuun kohtaan tai päiväseurantaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön toteutusta (esim. on arviointia) |
| 4 Tuloksen arviointi: onko hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan? | Kyllä Ei | Hoitotyön tulos on kirjattu sille varattuun kohtaan: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tulos (esim. on toteutusta kuten ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty tai on tarpeen määrittelyä) |
| 5 Yhteenvedo: onko hoitotyön yhteenvedo kirjattu hoitajaksoista, pitkäaikaispotilaasta > 3 kk tai sarjakäynnistä? Yksittäinen pkl-käynti arvioidaan kyllä=1 | Kyllä Ei | Hoitotyön yhteenvedo on tehty TAI on yksittäinen pkl-käynti, josta ei tarvitsekaan tehdä yhteenvedoa Ei ole tehty päättäneestä hoitajaksoista, pitkäaikaispotilaasta (3 kk välein) tai sarjahoitokäynnistä |
| 6 Onko valitut auttamismenetelmät (suunnitellut toiminnot) kirjattu jo suunnitteluvalheessa? | Kyllä Ei | Suunnitellut toiminnot on kirjattu sille varattuun kohtaan TAI lyhyeltä pkl-käynniltä riittää pelkkä komponentti ja alaluokka ilman vapaata tekstiä Ei ole kirjattu tai eivät ole hoitotyön toimintoja |
| 7 Onko suunnitteluvalheessa valitun auttamismenetelmän tulos kirjattu? | Kyllä Ei | On kirjattu vähintään yhden suunnitellun toiminnon/ auttamismenetelmän vaikutus sille varatussa kohdassa: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko) Ei kirjattu suunniteltu toiminto/ auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa arviointikohdassa sen tuloksesta (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30 tai keskusteltu ravitsemuksesta) |
| 8 Onko kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys? | Kyllä Ei | Kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään |
| 9 Onko kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys? | Kyllä Ei | Kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään |
| 10 Onko kirjatun tavoitteen ja tuloksen/ arvioinnin välillä yhteys? | Kyllä Ei | Kirjatun tavoitteen ja arvioinnin välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään |

Arja Kaila, Leena Kuivalainen 2008/versio 31.3.2012©

(Kaila & Kuivalainen 2008/versio 31.3.2012©).

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

- arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso/yhteenveto tai pki-käynti)

| Minimilaatus: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15 | Kyllä=1 Ei=0 | Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osiossa 1-14 |
|---|-----------------|--|
| 11 Onko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti? | Kyllä | Tarve on ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmistena (esim. muutokseen tai suhteessa ikään) sisältäen vapaata tekstiä (esim. kiinnostunut tietämään, missä mennään tai onko kunnossa, reipas, itsenäinen, yksin asuva, väliaikainen, vähäinen, ajoittainen, toistuva, jatkuva vaiva) TAI vähintään 4 eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä riukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä |
| | Ei | Tarve on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai riukalla rutiinomaisella vapaalla tekstillä (esim. potilaan tiedon tarve kontrollijasta) |
| 12 Onko hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen? | Kyllä | Tavoite on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja se on ilmaistu potilaan konkreettisenä tekemisenä (esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, tilanne pysyy ennallaan) sisältäen vapaata tekstiä (esim. selviytyy ensin autettuna ruokailusta ja viikon kuluttua itsenäisesti) TAI vähintään 4 eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä riukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä |
| | Ei | Tavoite ei ole yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen tai se on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai riukalla rutiinomaisella vapaalla yleisluonteisella tekstillä (esim. vointi säilyy hyvänä, motivoituu omahoitoon) |
| 13 Onko hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen? | Kyllä | Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla (esim. vähäinen, toistuva, jatkuva avustaminen; helppo, melko tai erittäin vaativa ohjaus; väliaikainen, hetkittäinen, toistuva, yhtäjaksoinen seuranta) |
| | Ei | Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai hoitajan toiminta on kirjattu rutiinomaisena tekemisen luettelomaisena (esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta, muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään) tai on kuvattu potilaan toiminta irrallisena toteutuksena (esim. nukkunut, syönyt iltapalan, vierailu käymälässä, potilas kertonut pahasta olostaan, ilman tarkempaa yksilöllistä sisältöä tai yhteyttä tarpeeseen ja tavoitteeseen) |
| 14 Onko tulos/ arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen? | Kyllä | Tulos on vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioitava |
| | Ei | Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai tulos on irrallista toteavaa kuvausta hoitajan tekemisestä/ toteutuksesta |
| 15 Kun kaikki edelliset osiot 1-14 ovat kyllä – Onko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti? | Kyllä | Osiot 1-14 ovat kyllä ja sen lisäksi on kirjattu hoitotyön kannalta olennaiset yksilölliset asiat myös loogisesti >1 yhteinen tekijä (sama komponentti JA asiasyhteys) TAI yksittäiseltä lyhyeltä pki-käynniltä riittää 1 yhteinen tekijä |
| | Ei | Osiot 1-14 eivät kaikki ole kyllä TAI osiot 1-14 ovat kyllä, mutta kirjaaminen on rönsyilevää ja/ tai joiltain osin riukkaa, jolloin on vaikea löytää olennaisia asioita |

Arja Kaila, Leena Kuivalainen 2008/versio 31.3.2012©

(Kaila & Kuivalainen 2008/versio 31.3.2012©).

