

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2011

Anu Kuuttila, Jenni Ruohonen & Sini Sandholm

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN SISÄTAUTIOSASTOILLA 2008-2011



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyö | Sairaanhoidaja

Marraskuu 2011 | 33 sivua, liitteet 10 sivua

Anu Kuuttila, Jenni Ruohonen & Sini Sandholm

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN SISÄTAUTIOSASTOILLA 2008–2011

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää hoitotyön kirjaamisen tilaa tällä hetkellä ja kuvata rakenteisen kirjaamisen kehittymistä sisätautiosastoilla. Tavoitteena oli selvittää miten rakenteinen kirjaamismalli on jalkautunut sisätautiosastoille ja tuottaa uutta tietoa rakenteisen kirjaamisen kehittämisestä.

Opinnäytetyö on osa Turun sosiaali- ja terveystoimen (SoTe) HoiDok -hanketta, jonka tarkoituksena on parantaa kirjaamisen laatua ja yhtenäistää kirjaamiskäytäntöä, parantaa hoitotyön laatua, saada laadukas hoitotyö näkyväksi hoitotyön kirjaamisessa sekä saada hoitotyön johtamisen perustiedostoon laadukasta tietoa. Hanke toteutetaan vuosina 2008–2011 SoTen eri toimialueilla. Opinnäytetyö on vuonna 2011 tehtävää kirjaamisen tilan loppumittausta sisätautiosastoilla.

Tutkimus on kvantitatiivinen tutkimus ja aineisto saatiin valmiina. Tämän tutkimuksen otos otettiin systemaattisella satunnaisotantamenetelmällä. Hoitokertomukset analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä, jonka lähtökohtana ovat aikaisempi teoria ja teoreettiset käsitteet. Tämän jälkeen saadut tiedot syötettiin SPSS-ohjelman versioon 19.0. Lopuksi kirjoitettiin tulokset ja johtopäätökset sekä pohdittiin kirjaamisen kehittämiskohteita.

Seurantatutkimuksen loppumittauksessa ilmeni, että kirjaaminen monilta osin ei ole lähtenyt kehittymään parempaan suuntaan. Useassa tutkitussa kirjauksessa on menty jopa huonompaan suuntaan. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen on hoitajakson alkaessa ollut huolellisempaa, kun taas tietojen päivittäminen hoitajakson aikana on ollut vähäistä. Potilaiden voimavaroiksi oli kirjauksissa mainittu yleisimmin omaiset. Tästä huolimatta omaisten antamien tietojen kirjaaminen on ollut vähäistä. Ohjauksen kirjaaminen oli tutkimuksen tulosten mukaan puutteellista, vaikka se on mennyt parempaan suuntaan. Hoitotyön tavoitteiden kirjaaminen on hoitajakson alkaessa kehittynyt paremmaksi. Hoitotyön toimintojen määrä hoitosuunnitelmassa on kolminkertaistunut kolmen vuoden aikana. Jatkohoidon kirjaaminen hoitosuunnitelmaan lisääntyi lähes puolella.

ASIASANAT: rakenteinen kirjaaminen, sisätautinen hoitotyö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

Turku university of applied sciences

Degree programme in nursing |Registered nurse

November 2011| 33 pages, appendices 10 pages

Anu Kuuttilla, Jenni Ruohonen & Sini Sandholm

STRUCTURED DOCUMENTATION IN MEDICAL WARDS 2008-2011

The purpose of this study was to determine the present state of documentation in nursing in medical wards and to describe the development of structured documentation. The goal was to determine how the model of structured documentation has been implemented and adopted in medical wards and to produce new information about the development of structured documentation.

This study is part of HoiDok-project of Turku Municipal Social and Health Department, which purpose is to improve the quality of documentation and to standardize the practice of documentation, to improve the quality of nursing, to get good quality of nursing visible in nursing documentation and to get high quality information for administrative nursing. The project is implemented in 2008-2011 at different branches of Turku Municipal Social and Health Department. This study covers the final survey of documentation in medical wards in 2011.

The study is quantitative and the data was received complete. The sample data for this study was chosen by the usage of the method of systematic random sampling. Nursing records were analyzed using deductive content analysis, which was based on a previous theory and theoretical terms. The material was then statistically analyzed with the SPSS program version 19.0. Finally, the results and conclusions were written and subjects for development in documentation were considered.

In the final survey of the follow-up study it could be seen that in many parts the documentation has not improved. In several recordings that were examined the documentation had even deteriorated. Documentation in the model of nursing process has been more thorough at the beginning of the nursing period whereas updating the files during the nursing period has been poor. Family has most often been mentioned as a patient resource in the records. In spite of this, the documentation of information given by families has been poor. Documentation of counseling was insufficient according to the results of the study even though it's getting better. Documentation of the objectives of nursing at the beginning of the nursing period has improved. The amount of nursing procedures in care plans has tripled in the past three years. Documentation of follow-up treatments almost doubled in care plans.

KEYWORDS: structured documentation, medical nursing

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	6
1 JOHDANTO	7
2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	3
2.1 Rakenteinen kirjaaminen	3
2.2 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt	4
2.3 Kokemuksia kirjaamisesta	5
2.4 Kirjaaminen sisätautiosastoilla	6
3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA KIRJAAMISESTA	7
3.1 Hoitotyön prosessin kirjaaminen	7
3.2 Ohjauksen kirjaaminen	8
3.3 Omaisten merkitys kirjaamisessa	9
3.4 Hoidon arvioinnin kirjaaminen ja potilaan näkökulma hoidosta	10
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	10
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	11
5.1 Tutkimusaineisto	11
5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi	11
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	12
7 TULOKSET	15
7.1 Esitiedot	15
7.2 Hoitosuunnitelma	15
7.2.1 Tarpeet	16
7.2.2 Tavoitteet	18
7.2.3 Hoitotyön toiminnot	21
7.2.4 Voimavarat ja jatkohoito	22
7.3 Toteutus	22
7.3.1 Omaiset	22
7.3.2 Ohjaus	24
7.3.3 Potilaan näkemys	25
7.3.4 Arviointi ja sen apuna käytetyt mittarit	26
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISKOHTEET	28
8.1 Johtopäätökset	28

8.2 Kehittämiskohteet	30
LÄHTEET	32

LIITTEET

Liite 1. Sisällön analyysirunko

TAULUKOT

Taulukko 1. Aikaisempi terveydentila tulotilanteessa.	16
Taulukko 2. Kirjattu aikaisempi terveydentila.	16
Taulukko 3. Tarpeiden päivittäinen kirjaus hoitosuunnitelmassa.	17
Taulukko 4. Mittarit tarpeiden määrittelyssä.	17
Taulukko 5. Vähintään yksi tavoite kirjattu.	19
Taulukko 6. Päivittäin kirjatut tavoitteet.	19
Taulukko 7. Muodollisesti oikein kirjatut tavoitteet	20
Taulukko 8. Toimintojen määrä hoitosuunnitelmassa.	21
Taulukko 9. Tavoitteeseen on kirjattu vähintään yksi keino	21
Taulukko 10. Jatkohoito	22
Taulukko 11. Omaisten antama tieto.	23
Taulukko 12. Omaisten osallistuminen hoitoon.	23
Taulukko 13. Ohjauskertojen määrä.	24
Taulukko 14. Ohjaus mainittu vähintään kerran.	24
Taulukko 15. Kotihoitoon liittyvä ohjaus	25
Taulukko 16. Potilaan näkemys kirjattu ainakin kerran.	25
Taulukko 17. Hoidon loppuarviointi.	27
Taulukko 18. Päivittäinen arvioiva kirjaaminen.	27
Taulukko 19. Arvioinnin apuna käytetyt mittarit.	28

KUVIOT

Kuvio 1. Tarpeiden sisällöt hoitosuunnitelmassa	18
---	----

KÄYTETYT LYHENTEET

SoTe	Turun sosiaali- ja terveystoimi
HoiDok	Hanke, jonka tarkoituksena on parantaa kirjaamisen laatua ja yhtenäistää kirjaamiskäytäntöä, parantaa hoitotyön laatua, saada laadukas hoitotyö näkyväksi hoitotyön kirjaamisessa sekä saada hoitotyön johtamisen perustiedostoon laadukasta tietoa.
FinCC-luokitus	Kokonaisuus, jota käytetään hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamiseen. Se sisältää hoidon tarve-, hoitotyön toiminto- ja hoidon tulosluokituksen.
CCC-luokitus	Kansainvälinen hoitotyön luokitus (Clinical Care Classification).
SHTaL	Suomalaisen hoidon tarveluokitus.
SHToL	Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus.
SHTuL	Suomalaisen hoidon tulosluokitus.

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjaamisen tilaa tällä hetkellä ja kuvata rakenteisen kirjaamisen kehittymistä sisätautiosastoilla. Opinnäytetyö tulee osaksi Turun sosiaali- ja terveystoimen (SoTe) HoiDok –hanketta. Sen tarkoituksena on parantaa kirjaamisen laatua ja yhtenäistää kirjaamiskäytäntöä, parantaa hoitotyön laatua, saada laadukas hoitotyö näkyväksi hoitotyön kirjaamisessa sekä saada hoitotyön johtamisen perustiedostoon laadukasta tietoa. Hanke toteutetaan vuosina 2008–2011 SoTe:n eri toimialueilla. Tähän mennessä kirjaamista on kehitetty nimeämällä avainhenkilöitä osastoille ja erilaisin koulutuksin. Vuonna 2008 on tehty kirjaamisen tilan alkukartoitus, vuosina 2009 ja 2010 kirjaamisen tilan uudelleen arviointi. Opinnäytetyö koskee vuonna 2011 tehtävää kirjaamisen tilan loppumittausta sisätautiosastoilla. Tutkimusmenetelmänä on potilaskertomusten deduktiivinen sisällönanalyysi. Tutkimuksessa tarkastellaan tämän hetkistä kirjaamisen tilaa sekä kehityksen suuntaa koko tutkimushankkeen aikana.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää miten rakenteinen kirjaamismalli on jalkautunut sisätautiosastoille ja tuottaa uutta tietoa rakenteisen kirjaamisen kehittymisestä. Hoitotyössä kirjaamista tehdään päivittäin ja lähes jokaisen potilaskontaktin jälkeen. On tärkeää, että koko terveydenhuollon henkilökunta toteuttaisi yhtenäistä kirjaamismallia välttääkseen kirjaamisesta johtuvia väärinkäsityksiä. Tässä työssä esitetään tutkimusten pohjalta, miten kirjaamisen tulisi toteutua ja miten se käytännössä toteutuu. Aihe on tärkeä, koska täsmällinen kirjaaminen on sekä laadukasta hoitotyötä että hoitajan oikeusturva (Owen 2005, 48).

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Sähköisen potilaskertomuksen ympärille rakentuu potilaan tutkimuksessa ja hoidossa tarvittavan tiedon vaihto. Käytännössä julkisen terveydenhuollon potilaskertomustiedon sähköinen dokumentointi saavutettiin 100 %:iin vuonna 2007. (Hämäläinen ym. 2008, 90.) Kirjaaminen perustuu hoitotyön kirjaamismalliin, joka sisältää kolme tekijää: prosessimallin, sähköisen kirjaamisen ja rakenteisen kirjaamistavan. (Junttila & Nykänen 2011, 29). Jotta hoitotyön kirjaaminen olisi systemaattista, on kirjaajalla oltava selkeä näkemys hoidon kokonaisuudesta (Jokinen ym. 2011, 54–57). Hyvä hoitotyön kirjaaminen on ammatillisen pätevyyden todiste (Grazia De Marinis ym. 2010, 1544–1552).

2.1 Rakenteinen kirjaaminen

Kirjaamisen keskeiset tavoitteet hoitotyössä ovat potilas-/asiakaslähtöisyyden edistäminen, yhteisen kielen luominen ja käyttö (Kivekäs 2006, 21). Rakenteisella muodolla tarkoitetaan yleisesti tietokoneen ymmärtämää esitystapaa. Siinä jokainen tieto on omassa tietokentässään ja niiden tietotyypit on määritelty. Koodistoihin perustuvien tietokenttien lisäksi rakenteinen muoto sisältää myös tekstimuotoisia tietokenttiä. Potilastietojärjestelmän osana on hoitokertomus, johon potilaan päivittäinen hoito kirjataan kansallisesti määriteltyjen hoitotyön ydintietojen mukaan. Ydintiedot koostuvat hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista ja tuloksista. (Saranto & Ensio 2007, 32.)

Rakenteisessa kirjaamisessa hoitotyön prosessi jäsentää toimintaa ja prosessin luokitukset jäsentävät hoitotyön tietosisältöä. Tietoja, jotka on luokitukselta valittu, täydennetään vapaalla tekstillä. Luokitusten käytöllä tarkoitetaan sitä, että ne valitaan valmiista vaihtoehdoista. Komponentin valinta avaa pääluokat ja pääluokan valinta avaa edelleen alaluokat. (Kivekäs 2006, 22.)

FinCC-luokitus kokonaisuutta käytetään hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamiseen. Tämä kokonaisuus perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification (CCC)-luokitukseen. Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli

perustuu useiden pilotointien, tutkimus- ja kehittämishankkeiden ja asiantuntijatyön tuloksiin sekä käyttäjäpalautteisiin. Suomalainen hoitotyön luokitus eli FinCC muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1), suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL 2.0.1) ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTuL 1.0). Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL ja suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL koostuvat molemmat 19 samannimisestä hoitotyön sisältöalueesta eli komponentista ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. (Ensio ym. 2008, 4.)

2.2 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt

Hoitotietojen yhtenäisellä kirjaamiskäytännöllä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia hoitoaikaan, hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Henkilökunnan kannalta tämä käytäntö tehostaa hoitotietojen kirjaamista, vähentää tietojen etsimiseen kuluva aikaa ja nopeuttaa tietojenvälitystä. Välillisenä vaikutuksena on todettu henkilökunnan työ hyvinvoinnin lisääntyminen. (Saranto & Ensio 2007, 32.; Delpierre ym. 2004, 408.) Yhteistyö eri tahojen välillä lisääntyy ja kirjaamiseen panostetaan aiempaa innostuneemmin (Jokinen ym. 2011, 54–57). Hoitotyön laadun ja resurssien käytön arvioimiseksi kyselyjä voidaan tehdä luokitusten käytön myötä kertyvistä tietovarannoista. Ne mahdollistavat myös toiminnan vertailun vakioidun tiedonkeruun tuloksena. Luokitusten termit toimivat hakusanojen lailla tuottaen yhteenvetotietoja tietokannasta. (Tanttu & Saranto 2006, 24.) Sähköisen kirjaamisen tarkoituksena on tukea hoitoon liittyvää päätöksentekoa, lisätä moniammatillisen yhteistyön toimivuutta, edesauttaa suositusten käyttöä, edistää kansainvälisen hoitotyön laatua, mahdollistaa useiden hoitohenkilöstöön kuuluvien samanaikaisen pääsyn hoitotietoihin ja edistää tietoturva. (Delpierre ym. 2004, 408.; Hoffrén & Tanttu 2008, 43.)

Täsmällinen kirjaaminen ei ole ainoastaan laadukasta hoitotyötä vaan myös hoitajan oikeusturva. Dokumentaatiota voidaan käyttää todisteena tehdystä hoitotyöstä. Oikeus tulkitsee: mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty. Tästä syystä

suositellaan kirjattavaksi potilaan tila, vaikka siinä ei tapahtuisi muutoksia. (Owen 2005, 48.; Junntila & Nykänen 2011, 29.) Devinen ym. (2007, 1062.) tutkimuksen mukaan siirtyminen kehittyneeseen sähköiseen kirjaamiseen vähentää virheitä. Se vähentää muun muassa kirjoituksen epäselvyyttä, tiedon häviämistä, väärää lääkkeiden annostelua, lääkkeiden haitallisia yhteisvaikutuksia ja lääkkeiden vastareaktioita.

2.3 Kokemuksia kirjaamisesta

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä hoitotyön tavoitteiden kirjaamisesta tehdyn opinnäytetyön mukaan kirjaaminen vaatii kehittämistä ja yhteisistä käytännöistä sopimista. Potilaskohtaisissa kirjauksissa oli laadullisesti suurta vaihtelua, eikä osaan hoitokertomusten keskeisiä tietoja ollut kirjattu lainkaan hoitotyön tavoitteita. Usein on koettu vaikeana tehtävänä tavoitteiden laadinta ja kirjaaminen. Niiden merkitystä potilaan hoidolle on saatettu myös epäillä. (Autere ym. 2009, 24–25.) Toteutuneen hoidon tarvekohtaista kirjaamista on pidetty työläänä aikaisempaan malliin verrattuna (Jokinen ym. 2011, 54–57). Delpierren ym. (2004, 413) mukaan negatiivisena koettiin järjestelmän joustamattomuus, hoitajien puutteellinen arviointikyky siitä, mitä tulisi kirjata. Myös Helsingin terveystieteiden tutkimuksessa on koettu hankalaksi kirjaamisen rajaaminen vain keskeisiin, hoidon ja tulosten kannalta merkittäviin asioihin (Jokinen ym. 2011, 54–57). Grazia De Marinis ym. (2010, 1544–1552) mukaan kirjaamista ei voida pitää tarkoituksenmukaisena työkaluna hoitotyön laadun arvioinnissa, koska tutkimuksen mukaan vain 40 % hoitajan toiminnoista oli kirjattu. Hoitajat eivät nähneet puutteellista kirjaamista ongelmana, koska suullisia raportteja pidettiin vaihtoehtoisena kommunikoinnin välineenä. Hoitajat valitsivat 'tärkeän tiedon' (kuten ihon kunto, nestetasapaino) ja poikkeavan/tautipärisen tiedon kirjaamisen useammin kuin psyykkisten asioiden kirjaamisen.

2.4 Kirjaaminen sisätautiosastoilla

Sisätautipotilaalla tarkoitetaan potilasta, joka sairastaa jotain sisätautia. Sisätaudit aiheuttavat elimistön toiminnan häiriöitä ja vaivoja, jotka koskettavat ihmistä monin eri tavoin ja vaikuttavat arkipäivän elämästä selviämiseen ja vakiintuneisiin elämäntapoihin. Sisätautia sairastavan potilaan hoitoon kuuluu useita erilaisia tutkimuksia. Hoitotyössä potilaan ja hänen läheistensä auttaminen, ohjaaminen ja selviytymisen tukeminen toteutuu yhteistyösuhteessa huomioiden ihmisen kehollisuudessa, tajunnallisuudessa ja situationaalisuudessa ilmenevät ongelmat. Sisätauteja sairastavien hoitotyössä korostuvia asioita ovat potilaan perustarpeisiin vastaaminen, lääkehoidon toteuttaminen ja tarkkailu, potilaan ohjaaminen ja opettaminen omahoitoon ja terveisiin elämäntapoihin. Tärkeää on myös potilaan ja hänen läheistensä selviytymisen tukeminen sairauden aiheuttamassa elämäntilanteen muutoksessa sekä parantumattomasti sairaan päivittäisen hyvänolon turvaaminen ja hänen läheistensä tukeminen. (Holmia ym. 2008, 52–54.) Näiden asioiden näkyminen kirjaamisessa tuottaa haasteita.

Turun kaupunginsairaalan sisätautiosastoilla hoidetaan kaikkia sisätautialaan kuuluvia sairauksia. Jokaisella osastolla on oma erikoissairaanhoidollinen osa-alueensa hoidettavana. Sisätautisairaalaossa on yhteensä 112 potilaspaikkaa. Sydänvalvontahuoneessa sekä hoidetaan että valvotaan tehokkaasti potilaiden keskeisimpiä tärkeitä elintoimintoja; kuten esimerkiksi sydämen rytmiä, verenpainetta, elimistön hapensaantia ja erittämistä. Sisätautiosaston yhtenä erityisalueena on neurologisten potilaiden kuntoutus ja hoito. Suurin potilasryhmä tällä osastolla on aivohalvauspotilaat. Kuntouttava hoitotyö edellyttää tiivistä moniammatillista yhteistyötä yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Diabetes- ja munuaispotilaiden hoito on yhden osaston erityisalaa. Munuaisten vajaatoiminnan hoitoon kuuluvat tärkeänä osana muun muassa ruokavalio-ohjaus, nestetasapainosta huolehtiminen sekä munuaisten vajaatoimintaan liittyvän anemian, luustotaudin ja verenpaineen hoito. Hematologisten ja keuhkosairauksia sairastavien potilaiden hoito sekä kuntoutus kuuluvat myös näille osastoille. Osastolla tehdään erilaisia

hematologisia tutkimuksia, verensiirtoja sekä infuusiohoitoja. (Turun kaupunki 2010.)

3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA KIRJAAMISESTA

3.1 Hoitotyön prosessin kirjaaminen

Hoitoprosessin vaiheisiin kuuluvat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Otsikot rakenteistavat kertomustekstin karkeasti. Tämän avulla pyritään jäsentämään sekä asettamaan asiayhteys. Otsikoiden alle kirjataan sekä vapaamuotoisesti että ydintietojen avulla asiayhteyteen liittyvää tietoa. Hoitotyön yhteenveto koostuu hoitajakson keskeisistä tiedoista sekä hoitoisuusluokista. Hoitoisuus tarkoittaa hoidon määrän ja vaativuuden määrittelyä laadun arvioimiseksi eri potilasryhmien välillä sekä henkilöstön mitoittamisen ja hoitotyön kustannusten arvioimiseksi. (Tanttu 2011, 11.)

Hoitotyön prosessi jäsentää kirjaamista. Tämän vuoksi se on hallittava hyvin. Hoitotyössä potilaan hoidon tarpeen määrittely, tavoitteet, toteutus ja arviointi on kirjattava potilaskertomukseen. Vaikka hoitotyön prosessi osataan, sitä käytetään vain vähän apuna käytännön hoitotyössä. Kirjaamisen kehittämisessä onkin noussut tärkeäksi aiheeksi kirjaamisen kouluttaminen hoitotyön prosessin mukaisesti. (Isotalo ym. 2007,13.) Kirjaaja voi enemmän keskittyä potilaan voinnin tai hoidon vaikutusten kuvaamiseen, kun hoitosuunnitelma on hyvin laadittu ja kirjaaja hallitsee luokitukset hyvin (Jokinen ym. 2011, 54–57). Täsmällinen ja hoitotyönprosessiajattelun mukainen kirjaaminen on keskeinen pohja laadukkaalle potilaan hoidolle (Grazia De Marinis ym. 2010, 1544–1552.; Machikanti ym. 2009, E199-E224).

Lappeenrannan terveyskeskuksissa ja kotihoidossa tehdyn tutkimuksen mukaan osalla hoitajista oli vaikeuksia hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamisessa. Tarpeita määriteltäessä lähtökohdaksi ei noussut hoidon tarpeesta lähtevä ajattelu, vaan hoito-ongelmien etsiminen. Kuitenkin kaikilta onnistui melko hyvin hoidon toteutuksen kirjaaminen. Hoitoprosessi näkyi

vastaajien mielestä epäselvästi kirjaamisessa eikä edistänyt hoidon jatkuvuutta. Vastaajien mielestä komponentteja oli liikaa sekä sopivien pää- ja alaluokkien löytäminen oli vaikeaa. Noin puolet vastaajista arvioi potilaan tilaa päivittäin. (Marttinen ym. 2011, 21.) Marttisen ym. (2011) mukaan huolestuneita oltiin kirjaamisen määrästä, laadusta ja kirjaamiseen käytettävästä ajasta. Yksinkertaisten asioiden koettiin tulleen monimutkaisiksi sekä hankalana pidettiin pää ja alaluokkien käyttöä. Kirjaaminen ei vastaajien mukaan tukenut potilaan voimavaroja, vaan oli potilaiden ongelmien etsimistä. Tässä kartoituksessa hoitokomponenttien käyttö ei ollut yhtenevää. Potilaskertomuksen rakenteinen malli, kuten myös hoitoprosessin vaiheiden kuvaaminen edellyttää uudenlaista ajattelutapaa. Jokisen ym. (2011, 54–57) Helsingin terveystieteiden tutkimuksen mukaan kehittämistä ja harjaantumista vaativat vielä hoitosuunnitelmien sisältö, päivittäminen ja arviointi. Kirjaamismallin on todettu olevan liian yksityiskohtainen ja tämän mukaan kirjattaessa potilaan hoitoprosessi jakautuu pieniin osiin. Tämän tyyppinen kirjaaminen on suunniteltu ja toteutettu hoitajan näkökulmasta, joka heikentää tietojen hyödynnettävyyttä ja saatavuutta lääkärin työn kannalta. (Kuusisto ym. 2010, 65.; Junttila & Nykänen 2011, 29.)

3.2 Ohjauksen kirjaaminen

Potilaiden ohjaus on osa sairaanhoitajan ammatillista toimintaa ja erittäin tärkeä osa potilaiden hoitoa. Tästä huolimatta ohjauksen kirjaaminen on osittain puutteellista. Kirjaamatta jättäminen heikentää sairaanhoitajien välistä viestintää, aiheuttaen päällekkäistä ohjaamista tai sen laiminlyömistä kokonaan ja se vaikuttaa myös potilasturvallisuuteen. Suurin ongelma ohjaamisen kirjauksissa on tavoitteellisuuden ja arvioinnin puute. Jotta ohjauksen kirjaaminen onnistuisi hoitotyön prosessin mukaisesti, edellyttää se suunnitelmallisuutta. Ohjaustarpeen selvittämiseksi potilaan ja sairaanhoitajan välillä on oltava vastavuoroista vuorovaikutusta. Hoidolliset tarpeet tulee asettaa tärkeysjärjestykseen ja kirjata hoitokertomukseen suomalaisen hoidon tarveluokitusta käyttäen. Sairaanhoitajan tulee yhdessä potilaan kanssa sopia, mihin ohjauksella pyritään ja kirjattava se, jotta pystytään arvioimaan miten

asetetut tavoitteet on saavutettu. Sovitut tavoitteet tulee kerrata, kirjata ja päivittää säännöllisesti. Ohjauksen tunnistaminen ja hoitotyön prosessin tunteminen on edellytys ohjauksen rakenteiselle kirjaamiselle. Sairaanhoidajan tulee tunnistaa, mitä ohjaus on ja osattava eritellä, miten ohjauksen prosessi etenee. Samalla tulee myös ymmärtää, mikä merkitys ohjauksen kirjaamisella on. Jotta ohjauksen kirjaaminen olisi tavoitteellista ja arvioivaa, vaatii se harjoittelua. Panostaminen ja perehtyminen kirjaamiseen ovat välttämättömiä, koska täsmällinen kirjaaminen on edellytys suunnitelmalliseen ja vaikuttavaan ohjaamiseen. (Kääriäinen & Kaakinen 2008, 13–15.)

Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan potilasohjauksen kirjaaminen on vajavaista. Termit ja ilmaisut ovat kirjattu hajanaisella tavalla ja rakenteisuus on puutteellista. (Friberg ym. 2006, 1556.) Hoitajien kirjaamista koskevassa tutkimuksessa italialaisissa sairaaloissa annetun opetuksen tai potilaan oppimisen arviointia ei ollut kirjattu kertaakaan (Grazia De Marinis ym. 2010, 1544–1552).

3.3 Omaisten merkitys kirjaamisessa

Suomessa on tutkittu niukasti potilaan omaisten kokemuksia, tiedonsaantia ja tukea. Tietoa on kerätty vähän varsinkin omaisilta itseltään. Läheisen yhtäkkiä sairastuessa on tilanne omaisten kannalta vaikea ja epävarma. Hoitajilla on aloitteentekovastuu yhteistyössä omaisten kanssa. Hoitavalla henkilökunnalla on mahdollisuus vaikuttaa perheenjäsenten tiedon saamiseen, osallistumiseen ja läsnäoloon. Koponen ym. tutkimuksen mukaan omaisten hoitoon osallistumisen tarve tarkoitti läsnäoloa potilaan vierellä, koskettamista ja puhumista hänelle. He osallistuivat myös konkreettisiin hoitotoimiin. Omaiset halusivat kertoa henkilökunnalle potilaasta persoonana, jotta hoitohenkilökunta näkisi potilaan yksilönä. (Koponen ym. 2008, 3-13.) Järven ym. (2010, 55–56.) mukaan omaisten näkökulman kirjaaminen vaatii vielä runsaasti kehittämistä. Puolet hoitajista koki kirjaavansa perheen näkökulman joskus, vaikka useat hyödynsivät perheestä kirjattua tietoa hoitotyössä.

3.4 Hoidon arvioinnin kirjaaminen ja potilaan näkökulma hoidosta

Hoitosuunnitelma on kirjaamisen perusta ja sen toteutusta ja arviointia kuvaavat päivittäiset kirjaukset (Saranto ym. 2007, 77). Omahoitajan tekemä hoidon tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus ja sen arviointi koetaan sisältyvän yksilövastuiseen hoitotyöhön (Järvi ym. 2010, 55). Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitajien kirjaamista tutkittaessa havaittiin hoidon tuloksen arvioinnin jäävän puutteelliseksi ja vain välttämättömät asiat kirjattiin (Jokinen ym. 2011, 54–57). Potilaan oma arviointi saamastaan hoidosta, tilansa kehittymisestä, vointinsa muutoksista ja yksittäisten hoitomenetelmien vaikutuksista tulee erityisesti huomioida hoitotyön toteutumista arvioitaessa. On tärkeää kiinnittää huomiota potilaan omiin tuntemuksiin ja mielipiteisiin sekä mitata hoitotyön tuloksia potilaan voinnissa, kun arvioidaan hoitotyön toteutumista. Arvioinnilla selvitetään, onko hoito vaikuttanut toivotulla tavalla. Arviointia tulee tehdä päivittäin. Hoitotyön yhteenveto on hoitojaksolla kertyvä tietosisältö, joka täydennetään hoitojakson loppuessa. Rakenteistettujen ydintietojen avulla tehty yhteenveto on helpompi kaikkien ymmärtää. (Saranto ym. 2007, 78.) Järven ym. (2010, 55.) mukaan potilaan näkökulman hoidosta koki kirjaavansa usein vain vajaa puolet hoitajista.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kirjaamisen tilaa tällä hetkellä ja kuvata rakenteisen kirjaamisen kehittymistä sisätautiosastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää miten rakenteinen kirjaamismalli on jalkautunut sisätautiosastolle ja tuottaa uutta tietoa rakenteisen kirjaamisen kehittymisestä.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millainen on kirjaamisen tila tällä hetkellä sisätautiosastoilla?
 - 1.1 Millainen on hoitosuunnitelman tarpeiden kirjaamisen tila?

- 1.2 Millainen on hoitosuunnitelman tavoitteiden kirjaamisen tila?
- 1.3 Millainen on hoitotyötoimintojen kirjaamisen tila hoitosuunnitelmassa?
- 1.4 Millainen on kirjaamisen tila toteutuksessa?
2. Miten kirjaaminen on kehittynyt hankkeen aikana?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusaineisto

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus ja aineisto saatiin valmiina. Tämän tutkimuksen otos otettiin systemaattisella otantamenetelmällä, joka on satunnaisotanta. 40 potilaan hoitokertomukset tulostettiin Pegasoksesta. Kunkin potilaan kirjaukset tulostettiin hoitajakson alusta sen loppuun 1.2.- 31.3.2011 väliseltä ajalta päättyneistä hoitajaksoista. Jokaiselta vuodeosastolta saatiin suunnilleen sama määrä kirjauksia.

5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi

Hoitokertomukset analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä, jonka lähtökohtana ovat aikaisempi teoria ja teoreettiset käsitteet. Runkoon on operationalisoitu teoreettinen lähtökohta aikaisemman tiedon ja tutkimuksen tarkoituksen suuntaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,135.) Analysoinnissa käytettiin mittarina samaa runkoa (liite1) kuin hankkeen aikaisemmissa opinnäytetöissä ja se saatiin valmiina. Analyysinrungolla mitattiin tulotilanteen terveydentilan kirjaamista ja hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamista sekä hoitokertomuksessa että toteutuksessa. Sillä mitattiin myös omaisten osallistumista hoitoon ja heidän antamia tietoja potilaan terveydentilaa koskevissa asioissa ja annetun opetuksen ja ohjauksen kirjaamista sekä potilaan omia käsityksiä hoito prosessista. Hoitokertomukset jaettiin kolmeen osaan analysoijien kesken. Jokainen laski analyysirungon kysymysten pohjalta kuinka monta kertaa mitäkin kysyttyä asiaa oli kirjattu. Lisäksi kirjoitettiin ylös esimerkkejä kirjauksista tulosten havainnollistamiseksi.

Jokainen analysoi sisällönanalyysirungon mukaisesti osuutensa ja ongelmakohtia pohdittiin yhdessä. Tulkintoja vertailtiin keskenään. Kun niissä oli eroja, analysoitiin nämä kohdat uudelleen. Analysoitaessa laskettiin kirjausten määriä ja tarkasteltiin millaisia asioita oli kirjattu. Tämän jälkeen saadut tiedot syötettiin SPSS-ohjelman versioon 19.0, jonka avulla laskettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Viisiluokkaisia muuttujia yksinkertaistettiin yhdistäen vastausvaihtoehtoja, esimerkiksi "ei", "hoitosuunnitelmaa ei ole" ja "päivittäistä kirjausta ei voi olla" luokaksi "ei". Eri vuosien tuloksia esitellään taulukoissa vertailun mahdollistamiseksi. Lopuksi kirjoitettiin tulokset ja johtopäätökset sekä pohdittiin kirjaamisen kehittämiskohteita.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineistojen keruun suhteen ja tulosten luotettavuutena. Mittarin luotettavuus on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita. Tulokset ovat niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit ovat. Luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206.; Heikkilä 2008, 188.) Tutkimuksen toteutuksen ajan tutkijan on oltava koko ajan tarkka ja kriittinen (Heikkilä 2008, 30).

Tutkimuksen validiteettia arvioitaessa tarkastellaan, mittaako mittari juuri sitä, mitä sen tulisi mitata. Sen kattavuutta selvitetään tutkimuksen sisällön, ennustettavuuden, taustateorian, kriteereiden ja rakenteiden kannalta. Mittarin on oltava toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. Sisältövaliditeetissa (content validity) arvioidaan, onko tutkimuksessa käytetty käsite kyetty operationalisoimaan mitattavaksi. Tärkeää on arvioida, mittaavatko kysymykset sitä, mitä on haluttu tarkastella. Tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin kuuluu tutkimustulosten yleistettävyys. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 207–208, 211.) Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja tuloksissa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Kokonaisluotettavuutta voidaan parantaa tarkistamalla otokseen sisältyvät kaikki perusjoukon ominaisuudet ja että se on kooltaan

riittävä mitattavaksi ja valitsemalla tutkimuksen kohderyhmään soveltuva otantamenetelmä. (Vilkkä 2007, 152.) Tämän tutkimuksen otos otettiin systemaattisella satunnaisotantamenetelmällä. Systemaattinen satunnaisotanta tarkoittaa tasavälistä otantaa, johon tarvitaan lista perusjoukkoon soveltuvista yksilöistä (FSD, 2011). Tässä työssä perusjoukkoon kuuluu kaikki 1.2.2011–31.3.2011 välisellä ajalla Turun kaupunginsairaalan sisätautiosastoilla hoidossa olleet potilaat. Satunnaistamalla taataan perusjoukosta valittujen yksilöiden olevan todennäköisesti ominaisuuksiltaan lähes samankaltaisia (Mellin 2007).

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia ja kuinka tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Reliabiliteettia voidaan arvioida muun muassa mittarin pysyvyytenä, joka tarkoittaa mittarin herkkyyttä ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksille. Sitä voidaan arvioida mittaamalla ilmiötä kaksi kertaa tai sitten arvioijien välisenä pysyvyytenä. Reliabiliteettia voidaan parantaa testaamalla mittarit eli niitä on käytettävä ennen tutkimusta jossakin pienemmässä joukossa. Myös hyvät mittarin käytön ohjeet parantavat reliabiliteettia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 209–210.) Analysointia varten saatiin erilliset ohjeet miten mittaria käytetään. Sekä mittari että sen käyttöön annetut ohjeet eivät olleet täysin yksiselitteiset. Luotettavuuden lisäämiseksi analyysirungon tulkintaa verrattiin analysoijien kesken ja keskustelemalla tavoiteltiin tulosten yhdenmukaisuutta. Ongelmakohtia tarkennettiin useaan kertaan.

Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi käytettiin alle kymmenen vuotta vanhoja ja laadukkaita lähteitä. Tutkimuksia haettiin käyttäen eri tietokantoja, kuten Medic, Cinahl, Pubmed ja Cochrane. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi "nursing", "documentation", "structured", "next of kin", "electronic record", "medical ward", "internal medicin", "record", "computer-based patient record system", "hoitotyö", "kirjaaminen", "sähköinen kirjaaminen", "sisätautiosasto", "rakenteinen kirjaaminen", "omainen", "ohjaus", "arvioiva kirjaaminen" ja "perhe". Rajauksina käytettiin useimmin vuosia 2001–2011, englannin kieli ja hakusana mainittu otsikossa tai tiivistelmässä. Tutkimuksia löytyi paljon, joista vain osa oli sisällöltään käyttökelpoisia.

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin ja tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Tutkimusongelmia asetettaessa rajataan tutkimuksen kohde. Niiden tunnistamisessa tulevat kysymykseen ne arvot, jotka ohjaavat tietyn tutkimusongelman valintaa ja tutkimista. Tutkimustyön etiikkaa käsiteltäessä myös tutkijan ja tutkimusorganisaation välinen suhde on tärkeä. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa täytyy sopia tutkimusorganisaation johdon ja eettisten toimikuntien kanssa lupien saamisesta tutkimusta varten. Yksityisiä tutkittavia koskevia tietoja ei saa käyttää heidän vahingokseen. Tutkijan ja hoitotyön johdon on esimerkiksi sovittava, miten tiedot esitetään. Eettisyyden takaamiseksi tutkijan on myös raportoitava tuloksensa avoimesti ja rehellisesti samalla taaten tutkittavien tietosuojaa. Tutkijan on pyrittävä mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 26–31.; Heikkilä 2008, 178.) Henkilötietolain (22.4.1999/523) mukaan yksityisyyden suoja on otettava huomioon toimenpiteiden toteuttamisessa.

Tutkimusongelmien valintaan vaikuttivat aikaisempien tutkimusten tärkeiksi osoittamat aihealueet, jotka ovat arvioiva kirjaaminen, ohjaus, omaiset osana potilaan hoitoa sekä tarpeiden ja tavoitteiden kirjaaminen. Tutkimuslupaa haettiin sosiaali- ja terveystoimen tutkimus- ja kehitysyksiköstä. Sosiaali- ja terveystoimen hallintopäällikkö oli päätöksellään antanut luvan rajattujen potilastietojärjestelmän tietojen tulostamiseen opinnäytetyötä varten. Potilastietojen tulostamisesta huolehti Pegasos-pääkäyttäjä sovittujen otantakriteereiden mukaisesti. Potilaiden yksityisyyden varmistamiseksi kirjauksista oli poistettu potilaiden identifiointitiedot ennen niiden lähettämistä analyysoijille. Tutkimuksen valmistuttua kirjatut palautetaan SoTe:n tutkimus- ja kehitysyksikköön, jossa ne hävitetään asianmukaisesti. Organisaation kanssa on sovittu, että opinnäytetyöraportissa saa näkyä organisaation nimi.

7 TULOKSET

7.1 Esitiedot

Tutkimuksen toimialueena oli Turun sosiaali- ja terveystoimen neljä sisätautiosastoa. Analysoitavia hoitokertomuksia oli 40. Hoitokertomus sisältää toteutuksen ja hoitosuunnitelman. Tässä tutkimuksessa sovelluskohteena ovat Turun SoTe:n sisätautiosastot. Potilaiden iät vaihtelivat välillä 60–96 –vuotta. Potilaista 23 (57,5 %) oli naisia ja 17 (42,5 %) oli miehiä. Sama tutkimus on toteutettu myös keväällä 2008 ja 2009 ja syksyllä 2009. Tämä opinnäytetyö on HoiDok-hankkeen rakenteisen kirjaamisen tilan loppumittaus sisätautiosastoilla, jossa myös vertaillaan tuloksia aikaisempien toteutusten tuloksiin.

7.2 Hoitosuunnitelma

Kaikissa hoitokertomuksissa oli hoitosuunnitelma, kuten edellisissäkin toteutuksissa. Potilaan tulotilanteessa aikaisempi terveydentila oli kirjattu 2011 keväällä 80 %:ssa hoitokertomuksia (n=40). Keväällä 2008 näitä kirjauksia oli 91,3 %:ssa hoitokertomuksista (n=23). Syksyllä 2009 (n=40) tulos on ollut alhaisimmillaan (77,5 %). (Taulukko 1.) Keväällä 2011 potilaan terveydentilasta oli 50 %:ssa kirjattu ainoastaan lääketieteellinen tila. Potilaan tila ainoastaan hoitotyön näkökulmasta oli kirjattu 15 %:ssa hoitosuunnitelmista. Molemmat sekä lääketieteellinen että hoitotyön näkökulma löytyi 15 %:sta hoitosuunnitelmista. Aikaisempaa terveydentilaa ei ollut kirjattu ollenkaan 20 %:ssa hoitosuunnitelmista. (Taulukko 2.)

Taulukko 1. Aikaisempi terveydentila tulotilanteessa.

		Kyllä		Ei	
		f	f %	f	f %
toteutus	Kevät 2008 n= 23	21	91,3%	2	8,7%
	Kevät 2009 n= 20	17	85,0%	3	15,0%
	Syksy 2009 n= 40	31	77,5%	9	22,5%
	Kevät 2011 n= 40	32	80,0%	8	20,0%

Taulukko 2. Kirjattu aikaisempi terveydentila.

			Potilaan lääketieteellinen tila	Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta	Molemmat	Ei kumpaakaan
toteutus	Kevät 2011	f	20	6	6	8
	n= 40	f %	50,0%	15,0%	15,0%	20,0%

7.2.1 Tarpeet

Keväällä 2011 tarpeita oli kaikissa hoitosuunnitelmissa (n=40) yhteensä 233, joista 96,1 % oli fyysisiä tarpeita. Psykkisiä tarpeita oli 3,9 % ja sosiaalisia tarpeita ei ollut kirjattu ollenkaan. Syksyllä 2009 tarpeita oli kaikissa hoitosuunnitelmissa (n=40) yhteensä 207. Fyysisiä tarpeita oli 95,2 %, psykkisiä oli 3,9 % ja sosiaalisia tarpeita oli 1 %. Potilaan tarpeita ei ole kirjattu yhdessäkään hoitokertomuksessa päivittäin keväällä 2011. Päivittäisellä kirjaamisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa tarpeiden päivittämistä hoitosuunnitelmaan. Kyllä-vastaus tarkoittaa tarpeiden päivittämistä joka päivä, jossain määrin-vastaus tarkoittaa vähintään kerran hoitajakson aikana tapahtuvaa päivitystä ja ei-vastaus tarkoittaa, ettei tarpeita ole päivitetty kertaakaan hoitosuunnitelmaan. Jossain määrin päivittäistä kirjaamista oli 2011 keväällä 10 %:ssa hoitokertomuksia (n=40) ja 90 %:ssa ei ollut tarpeiden päivittäistä kirjaamista ollenkaan. Myöskään kevään 2009 toteutuksessa tarpeiden päivittäistä kirjaamista ei ollut ollenkaan. Ensimmäisessä

toteutuksessa keväällä 2008 tarpeita oli kirjattu päivittäin parhaiten, kyllä - tai jossain määrin-vastauksia oli 17,3 %:ssa (n=23). (Taulukko 3.)

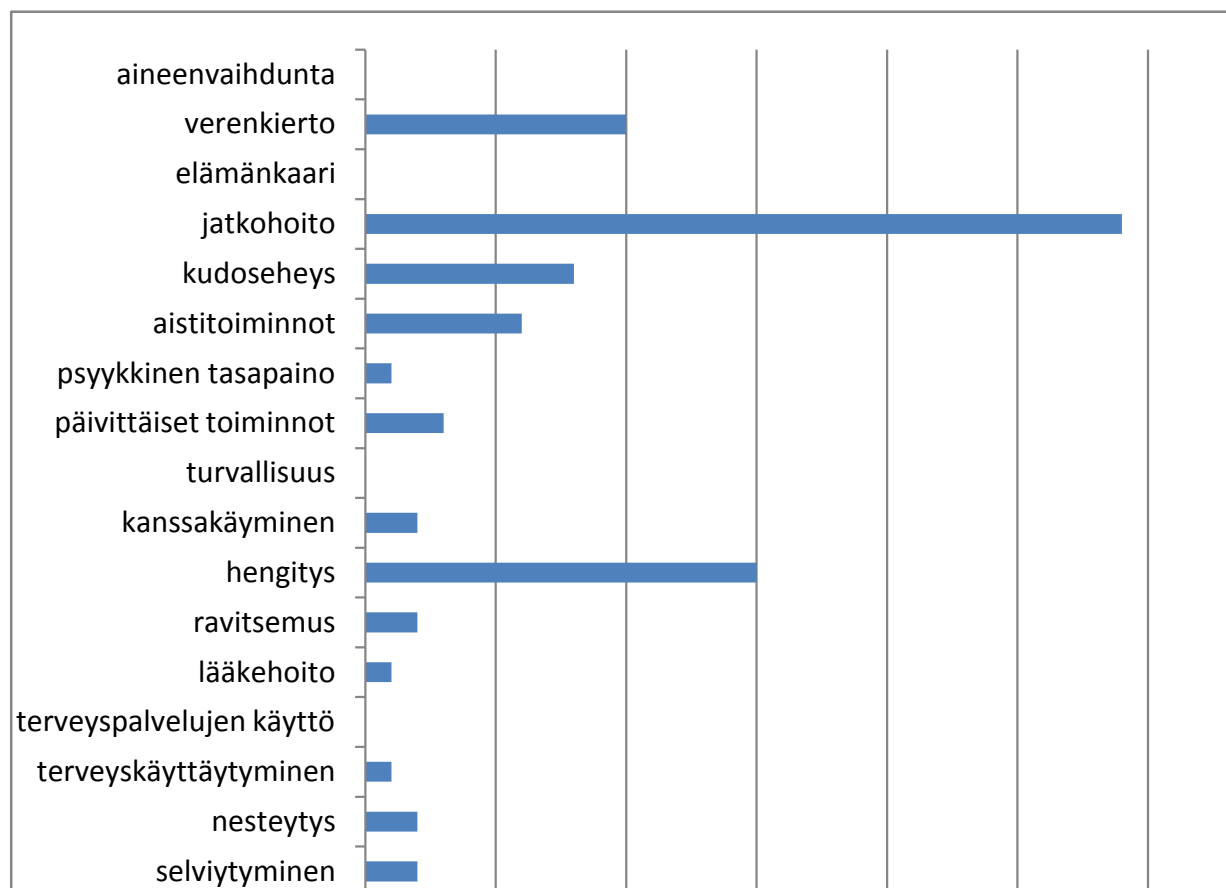
Taulukko 3. Tarpeiden päivittäinen kirjaus hoitosuunnitelmassa.

toteutus		f	Päivittäistä kirjausta ei voi olla			
			Kyllä	Jossain määrin	Ei	olla
Kevät 2008 n= 23	f	1	3	18	1	
	f %	4,3%	13,0%	78,3%	4,3%	
Kevät 2009 n= 20	f	0	0	20	0	
	f %	,0%	,0%	100,0%	,0%	
Syksy 2009 n= 40	f	1	2	37	0	
	f %	2,5%	5,0%	92,5%	,0%	
Kevät 2011 n= 40	f	0	4	36	0	
	f %	,0%	10,0%	90,0%	,0%	

Hoitosuunnitelmissa (n=40) keväällä 2011 tarpeiden määrittelyssä ei ollut käytetty mittareita. Mittareiden käyttö on vähentynyt jokaisessa toteutuksessa. Ensimmäisessä toteutuksessa keväällä 2008 mittareita oli käytetty tarpeiden määrittelyssä 47,8 %:ssa hoitosuunnitelmista (n=23). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Mittarit tarpeiden määrittelyssä.

toteutus		Kyllä		Ei	
		f	f %	f	f %
Kevät 2008 n= 23	f	11	47,8%	12	52,2%
	f %				
Kevät 2009 n= 20	f	6	30,0%	14	70,0%
	f %				
Syksy 2009 n= 40	f	8	20,0%	32	80,0%
	f %				
Kevät 2011 n= 40	f	0	,0%	40	100,0%
	f %				



Kuvio 1. Tarpeiden sisällöt hoitosuunnitelmassa

Keväällä 2011 hoitosuunnitelmissa (n=40) tarpeeksi oli useimmin kirjattu jatkoahoito ja aktiviteetti. Aineenvaihduntaa, elämänkaarta, turvallisuutta ja terveyspalveluiden käyttöä ei ollut kirjattu yhdessäkään hoitosuunnitelmassa hoidon tarpeeksi. (Kuvio 1.)

7.2.2 Tavoitteet

Keväällä 2011 hoidon tavoitteita hoitosuunnitelmaan (n=40) oli kirjattu vähintään yksi 32:lle (80 %) potilaista. Tässä toteutuksessa tavoitteiden kirjaaminen toteutui parhaiten. Keväällä 2009 vain 35 %:ssa hoitosuunnitelmia (n=20) oli kirjattu vähintään yksi hoidon tavoite. (Taulukko 5.) Kahdessa ensimmäisessä toteutuksessa tavoitteita oli keskimäärin yksi potilasta kohden. Jälkimmäisissä keskimääräinen tavoitteiden määrä oli noussut kahteen.

Taulukko 5. Vähintään yksi tavoite kirjattu.

		ei		kyllä	
		f	f %	f	f %
toteutus	Kevät 2008 n= 23	9	39.1%	14	60.9%
	Kevät 2009 n= 20	13	65.0%	7	35.0%
	Syksy 2009 n= 40	10	25.0%	30	75.0%
	Kevät 2011 n= 40	8	20.0%	32	80.0%

Hoitotyön tavoitteiden kirjaaminen päivittäin hoitosuunnitelmaan toteutui keväällä 2011 huonosti. 35:ssä hoitokertomuksessa (n=40) tavoitteita ei ollut kirjattu päivittäin (87,5 %). Vain yhdessä (2,5 %) hoitokertomuksessa tavoitteet oli kirjattu päivittäin ja jossain määrin neljässä (10 %). Tavoitteiden päivittäinen kirjaaminen on ollut huonoa myös aikaisemmissa toteutuksissa. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Päivittäin kirjatut tavoitteet.

			Kyllä	Jossain määrin	Ei
toteutus	Kevät 2008	f	1	3	19
	n= 23	f %	4,3%	13,0%	82,6%
	Kevät 2009	f	0	0	20
	n= 20	f %	,0%	,0%	100,0%
	Syksy 2009	f	1	3	36
	n=40	f %	2,5%	7,5%	90,0%
	Kevät 2011	f	1	4	35
	n= 40	f %	2,5%	10,0%	87,5%

Keväällä 2011 25 %:ssa hoitokertomuksia (n=40) yhtään tavoitetta ei ollut kirjattu muodollisesti oikein eli potilaslähtöisesti. (Taulukko 7.) Keskimäärin hoitokertomuksessa oli kirjattu 1,4 tavoitetta muodollisesti oikein.

Esimerkkejä muodollisesti oikein kirjatusta tavoitteista:

"Kotona pärjääminen."

"Potilaan kuntoutuminen."

"Kommunikoinnin onnistuminen."

"Potilas orientoitunut aikaan ja paikkaan."

"Flimmerin hidastuminen."

Tavoitteet, jotka eivät olleet muodollisesti oikein kirjattuja, eivät olleet konkreettisia eivätkä potilaslähtöisiä. Esimerkkejä muodollisesti väärin kirjatusta tavoitteista:

"koti"

"kestokatetrasta vieroittaminen"

"ahdistuksen syyn selvittely ja hoito"

"riittävä nesteytys"

Taulukko 7. Muodollisesti oikein kirjatut

tavoitteet			
		f	f %
määrä	0	10	25.0
	1	15	37.5
	2	8	20.0
	3	4	10.0
	4	2	5.0
	5	1	2.5
	Total	40	100.0

Tässä toteutuksessa oli kaikkiaan kirjattu 67 tavoitetta. Tavoitteiden vaihteluväli oli 0-5. Niistä 55 (65 %) vastasi määriteltyä tarvetta. Osaan hoitosuunnitelmia ei ollut kirjattu ollenkaan hoidon tarpeita, jolloin kirjatulla tavoitteilla ei ollut vastaavaa tarvetta.

7.2.3 Hoitotyön toiminnot

Keväällä 2011 hoitotyön toimintojen määrä hoitosuunnitelmissa (n=40) oli yhteensä 359. Keskimäärin toimintoja oli yhdeksän hoitosuunnitelmassa. Vaihteluväli hoitosuunnitelmissa oli suuri 0-31, sillä osassa suunnitelmista hoitotyön toimintoja ei ollut kirjattu ollenkaan. Keväällä 2008 (n=23) ja keväällä 2009 (n=20) toimintoja on ollut keskimäärin kolme. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Toimintojen määrä hoitosuunnitelmassa.

		määrä	ka	vaihteluväli	keskihajonta
toteutus	Kevät 2008 n= 23	70	3	13	4
	Kevät 2009 n= 20	55	3	13	5
	Syksy 2009 n= 40	225	6	19	5
	Kevät 2011 n= 40	359	9	32	7

Tavoitteeseen on kirjattu vähintään yksi keino 31 hoitosuunnitelmassa (n=40) (77,5 %) keväällä 2011. Keväällä 2009 vähintään yksi keino oli kirjattu tavoitetta kohti 35 %:ssa hoitosuunnitelmia (n=20). (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Tavoitteeseen on kirjattu vähintään yksi keino

		ei		kyllä	
		f	f %	f	f %
toteutus	Kevät 2008 n= 23	10	43,5%	13	56,5%
	Kevät 2009 n= 20	13	65,0%	7	35,0%
	Syksy 2009 n= 40	16	40,0%	24	60,0%
	Kevät 2011 n= 40	9	22,5%	31	77,5%

7.2.4 Voimavarat ja jatkohoito

Potilaan voimavaroina hoitosuunnitelmassa oli kirjattu esimerkiksi omaiset ja omaisten vierailut, kotona pärjääminen, omatoimisuus ja kotihoito. Yleisimmin voimavaraksi mainittiin omaiset.

Jatkohoito oli kirjattu hoidon tarpeeksi tai toiminnoksi 77,5 %:ssa hoitosuunnitelmia (n= 40) kevään 2011 toteutuksessa. Syksyllä 2009 (n= 40) vastaava prosentti oli 40. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Jatkohoito

			Kyllä	Ei
toteutus	Syksy 2009	f	16	24
	n= 40	f %	40,0%	60,0%
	Kevät 2011	f	31	9
	n= 40	f %	77,5%	22,5%

7.3 Toteutus

7.3.1 Omaiset

Omaisten potilaasta antama tieto oli kirjattu vähintään kerran keväällä 2011 ainoastaan 11 (n=40) potilaan kohdalla (27,5 %). Keväällä 2008 tietoja oli kirjattu useimman potilaan (n=23) kohdalla (30,4 %). Huonoiten omaisten antamia tietoja oli kirjattu syksyllä 2009. (Taulukko 11.)

Esimerkkejä omaisten antamista tiedoista:

”Omaiset huolissaan vatsasta, jota on valitellut jo jonkin aikaa.”

”Puolison mukaan Eilalla Menierin tauti, joka aiheuttaa tietysti myöskin huimausta.”

”Kylki ollut jo vuosia kipeä, eikä ole nukkunut oikealla kyljellä.”

”Huolissaan miehensä aloitekyvyttömyydestä ja apaattisuudesta, ei normaalisti ole sellainen.”

Taulukko 11. Omaisten antama tieto.

		ei		kyllä	
		f	f %	f	f %
toteutus	Kevät 2008 n= 23	16	69.6%	7	30.4%
	Kevät 2009 n= 20	15	75.0%	5	25.0%
	Syksy 2009 n= 40	31	77.5%	9	22.5%
	Kevät 2011 n= 40	29	72.5%	11	27.5%

Omaisten osallistumista hoitoon on kirjattu keväällä 2011 15 %:ssa hoitokertomuksia (n= 40). Syksyllä 2009 vastaava prosentti on ollut 52,5 (n= 40). Vähiten kirjauksia omaisten osallistumisesta on ollut keväällä 2009, jolloin kirjausprosentti oli 10 (n= 20). Ensimmäisessä toteutuksessa keväällä 2008 kirjauksia oli 34,8 %:ssa hoitokertomuksia (n= 23). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Omaisten osallistuminen hoitoon.

		ei		kyllä	
		f	f %	f	f %
toteutus	Kevät 2008 n= 23	15	65,2%	8	34,8%
	Kevät 2009 n= 20	18	90,0%	2	10,0%
	Syksy 2009 n= 40	19	47,5%	21	52,5%
	Kevät 2011 n= 40	34	85,0%	6	15,0%

Esimerkkejä kirjauksista omaisten osallistumisesta hoitoon:

”Avustanut syömisessä.”

”Saattanut potilasta toiseen hoitopaikkaan.”

”Vaimon kanssa sovittu, että potilas menee viikonloppuna päivälomalle.”

7.3.2 Ohjaus

Ohjaus, johon sisältyy myös keskustelu, oli mainittu keskimäärin kaksi kertaa hoitokertomuksessa (n= 40) kevään 2011 toteutuksessa. Aikaisemmissa toteutuksissa ohjaus oli mainittu harvemmin. (Taulukko 13.) Vähintään kerran ohjaus oli mainittu 72,5 %:ssa hoitokertomuksia keväällä 2011. Huonoiten ohjauksia oli kirjattu keväällä 2009, jolloin ohjausta ei ollut mainittu kertaakaan 90 %:ssa hoitokertomuksia (n= 20). (Taulukko 14.) Ohjauksia oli keväällä 2011 (n= 40) yhteensä 61. Niistä 33:ssa (54,1 %) oli kirjattu ohjauksen aihe. 13 (21,3 %) kertaa oli arvioitu, miten potilas ymmärsi ohjauksen tai reagoi siihen.

Taulukko 13. Ohjauksien määrä.

		määrä	ka	vaihteluväli
toteutus	Kevät 2008 n= 23	25	1	4
	Kevät 2009 n= 20	2	0	1
	Syysy 2009 n= 40	43	1	6
	Kevät 2011 n= 40	61	2	7

Taulukko 14. Ohjaus mainittu vähintään kerran.

		ei		kyllä	
		f	f %	f	f %
toteutus	Kevät 2008 n= 23	8	34,8%	15	65,2%
	Kevät 2009 n= 20	18	90,0%	2	10,0%
	Syysy 2009 n= 40	18	45,0%	22	55,0%
	Kevät 2011 n= 40	11	27,5%	29	72,5%

Keväällä 2011 kotihoitoon liittyvä ohjaus oli mainittu ainakin kerran

5 %:ssa hoitokertomuksia (n= 40). Keväällä 2009 tulos on ollut parempi, potilaista 42,5 % (n= 40) on saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta ainakin kerran. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Kotihoitoon liittyvä ohjaus

		Kyllä		Ei	
		f	f %	f	f %
toteutus	Syksy 2009 n= 40	17	42,5%	23	57,5%
	Kevät 2011 n= 40	2	5,0%	38	95,0%

7.3.3 Potilaan näkemys

Keväällä 2011 (n= 40) parhaiten potilaan näkemys oli kirjattu ainakin kerran hoidon arvioinnista (80 %). Potilaan näkemys hoidon tavoitteesta oli kirjattu vain 2,5 %:ssa hoitokertomuksia. 75 %:ssa hoitokertomuksia oli kirjattu potilaan näkemys hoidon tarpeesta. Keväällä 2009 (n= 20) potilaan näkemystä hoidon tavoitteesta ei ollut kirjattu kertaakaan. Potilaan näkemys hoidon arvioinnista keväällä 2008 (n= 23) oli kirjattu 91,3 %:iin hoitokertomuksia. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Potilaan näkemys kirjattu ainakin kerran.

		hoidon tarve	hoidon tavoite	hoitokeinot	hoidon toteutus	hoidon arviointi
toteutus	kevät 2008 n= 23	65,2 %	8,7 %	47,8 %	56,5 %	91,3 %
	kevät 2009 n= 20	70,0 %	0,0 %	42,1 %	20,0 %	90,0 %
	syksy 2009 n= 40	47,5 %	15,0 %	60,0 %	67,5 %	55,0 %
	kevät 2011 n= 40	75,0 %	2,5 %	67,5 %	30,0 %	80,0 %

Esimerkkejä potilaan näkemyksestä hoidon tarpeesta:

”Potilas itse sitä mieltä, että tarvitsee paljon apua kotona.”

”Valitti niskasärkyä. Potilaan pyynnöstä särkyihin myös klo 3 Pamol 500mg.”

”Sanoi, että paleltaa.”

Esimerkki potilaan näkemyksestä hoidon tavoitteesta:

”Toivoo vielä tulevansa parempaan kuntoon.”

Esimerkkejä potilaan näkemyksestä hoitokeinoista:

”Ei suostu menemään suihkuun. Ei suostu istumaan.”

”Päätti, ettei syö mitään.”

”Puhuu, että pitäisi viedä metsään ja laittaa kiinni, jottei pääse irti.”

Esimerkkejä potilaan näkemyksestä hoidon toteutuksesta:

”Hieman jatkokuntoutusosastolle lähtö jännitti.”

”Päivällistä ei halunnut edes nähdä.”

”Lähtenyt kotilomille omine lupine.”

Esimerkkejä potilaan näkemyksestä hoidon arvioinnista:

”Kokee vointinsa ja liikkumisensa tulevan päivä päivältä paremmaksi.”

”Kokee vointinsa piristyneeksi.”

”Kokee sääriensä kaventuneen.”

7.3.4 Arviointi ja sen apuna käytetyt mittarit

Keväällä 2011 hoidon loppuarviointi on tehty 70 %:sta potilaita (n= 40). Kaikissa toteutuksissa hoidon loppuarviointi on tehty vähintään 60 %:sta potilaita. Useimmin loppuarviointi on tehty keväällä 2009, jolloin 80 %:sta hoitokertomuksia (n= 20) löytyi loppuarviointi. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Hoidon loppuarviointi.

		Kyllä		Ei	
		f	f%	f	f%
toteutus	Kevät 2008 n= 23	14	60,9%	9	39,1%
	Kevät 2009 n= 20	16	80,0%	4	20,0%
	Syksy 2009 n= 40	24	60,0%	16	40,0%
	kevät 2011 n= 40	28	70,0%	12	30,0%

Kevään 2011 (n= 40) toteutuksessa arvioivaa kirjaamista päivittäin oli vähiten kaikista toteutuksista. Kirjausprosentti oli 60. Eniten arvioivaa kirjaamista on ollut keväällä 2008 (n= 23), jolloin sitä oli 91,3 %:ssa hoitokertomuksia. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Päivittäinen arvioiva kirjaaminen.

		kyllä		ei	
		f	f %	f	f %
toteutus	Kevät 2008 n= 23	21	91,3%	2	8,7%
	Kevät 2009 n= 20	17	85,0%	3	15,0%
	Syksy 2009 n= 40	30	75,0%	10	25,0%
	kevät 2011 n= 40	24	60,0%	16	40,0%

Parhaiten mittareita oli käytetty arvioinnin apuna keväällä 2011, jolloin niitä oli käytetty 35 %:ssa hoitokertomuksia (n= 40). Ensimmäisessä toteutuksessa ei ollut käytetty lainkaan mittareita arvioinnin apuna. (Taulukko 19.)

Esimerkkejä käytetyistä mittareista:

*”MMSE”, ”BERG”, ”ENMG”, ”SpO2”, ”Kuumemittari” ja
”Verenpainemittari”*

Taulukko 19. Arvioinnin apuna käytetyt mittarit.

		Kyllä		Ei	
		f	f %	f	f %
toteutus	Kevät 2008 n= 23	0	,0%	23	100,0%
	Kevät 2009 n= 20	2	10,0%	18	90,0%
	Syksy 2009 n= 40	1	2,5%	39	97,5%
	kevät 2011 n= 40	14	35,0%	26	65,0%

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISKOHTEET

8.1 Johtopäätökset

Tämän työn tarkoituksena oli selvittää kirjaamisen tilaa tällä hetkellä ja kuvata rakenteisen kirjaamisen kehittymistä sisätautiosastoilla. Tavoitteena oli selvittää, miten rakenteinen kirjaamismalli on jalkautunut osastolle, ja tuottaa uutta tietoa rakenteisen kirjaamisen kehittämisestä. Seurantatutkimuksen loppumittauksessa ilmeni, että kirjaaminen monilta osin ei ollut lähtenyt kehittymään parempaan suuntaan. Monelta osin kirjaamisessa oli menty jopa huonompaan suuntaan.

Kaikkien toteutuksien hoitokertomuksista löytyi hoitosuunnitelma. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen on hoitajakson alkaessa ollut huolellisempaa, kun taas tietojen päivittäminen hoitajakson aikana on ollut vähäistä. Myös Jokisen ym. (2011, 54–57) Helsingin terveystieteiden tutkimuksen mukaan kehittämistä ja harjaantumista vaativat vielä hoitosuunnitelmien sisältö, päivittäminen ja arviointi.

Aikaisemman terveydentilan kirjaaminen tulotilanteessa on huonontunut ensimmäisen toteutuksen jälkeen. Loppumittauksen tutkimuksessa potilaan terveydentila tulotilanteessa oli kirjattu vain kolmasosassa hoitotyön näkökulmasta. Tarpeiden kirjaaminen päivittäin on ollut heikkoa kaikissa toteutuksissa ja päivittäinen kirjaaminen on vähentynyt ensimmäisestä toteutuksesta. Tarpeiksi oli kirjattu lähes ainoastaan fyysisiä tarpeita. Psyykkisiä tarpeita oli muutama ja sosiaalisia tarpeita ei ollut kirjattu ollenkaan tässä toteutuksessa. Kehittämishankkeen alussa mittareita on käytetty tarpeiden määrittelyssä lähes puolessa hoitosuunnitelmista. Kuitenkin määrä on laskenut ja loppumittauksen aikana mittareita ei ollut käytetty ollenkaan.

Tavoitteiden kirjaaminen on hoitajakson alkaessa kehittynyt parempaan suuntaan. Autereen ym. (2009, 24–25) mukaan tavoitteiden kirjaaminen on kuitenkin koettu vaikeana ja niiden merkitystä potilaan hoidolle on myös epäilty. Osaan hoitokertomusten keskeisiä tietoja ei ollut kirjattu lainkaan hoitotyön tavoitteita (Autere ym. 2009, 24–25). Seurantatutkimuksen mukaan tavoitteita ei juuri ole päivitetty hoitajakson edetessä. Myös Jokisen ym. (2011, 54–57) tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelmien päivittäminen vaatii vielä kehittämistä. Neljäosassa hoitosuunnitelmia ei ollut yhtään tavoitetta kirjattu muodollisesti oikein keväällä 2011. Hoitotyön toimintojen määrä hoitosuunnitelmassa on kolminkertaistunut kolmen vuoden aikana. Siitä huolimatta jokaiseen tavoitteeseen ei ole kirjattu hoitokeinoja. Jatkohoitoa tutkittiin vain kahdessa jälkimmäisessä toteutuksessa. Sen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan lisääntyi lähes puolella.

Potilaiden voimavaroiksi oli kirjauksissa mainittu yleisimmin omaiset. Kuitenkin omaisten antamien tietojen kirjaaminen on ollut vähäistä ja kirjausten määrä on laskenut ensimmäisestä toteutuksesta. Kirjaaminen omaisten osallistumisesta hoitoon on vaihdellut paljon. Enimmilläänkin vain noin puolessa hoitokertomuksista on mainittu omaisten osallistuminen vähintään kerran. Myös aikaisempi tutkimus (Järvi ym. 2010, 55–56) osoitti omaisten näkökulman kirjaamisen vaativan vielä paljon kehittämistä.

Tässä tutkimuksessa ohjauksia, johon sisältyi myös keskustelut potilaan kanssa, oli mainittu keskimäärin vain muutama kerta hoitajakson aikana. Aikaisemmissa toteutuksissa ohjaus oli mainittu jopa harvemmin. Kotihoitoon liittyvää ohjausta ei oltu mainittu juuri ollenkaan keväällä 2011. Ruotsissa ja Italiassa tehdyt tutkimukset (Friberg ym. 2006, 1556.; Grazia De Marinis ym. 2010, 1544–1552.) tukivat ohjauksen huonoa kirjauksen tilaa. Myös Kääriäisen & Kaakisen (2008, 13–15) mukaan ohjauksen kirjaaminen on osittain puutteellista. Suurin ongelma ohjaamisen kirjauksissa on tavoitteellisuuden ja arvioinnin puute.

Potilaan näkemyksen kirjaaminen hoitoprosessin vaiheista vaihteli hyvin paljon. Eri toteutusten välillä vaihtelua potilaan näkemysten kirjaamisessa oli ollut kumpaankin suuntaan. Myös Järven ym. (2010, 55.) mukaan vain vajaa puolet hoitajista koki kirjaavansa usein potilaan näkökulman hoidosta. Päivittäinen arvioiva kirjaaminen oli huonontunut tasaisesti joka toteutuksessa. Marttinen ym. (2011, 21) ja Jokinen ym. (2011, 54–57) totesivat myös päivittäisessä arvioivassa kirjaamisessa olevan parannettavaa. Toisaalta arvioinnin apuna käytettyjen mittareiden kirjaaminen oli lisääntynyt. Tässä toteutuksessa mittareiksi on laskettu kaikki mittaamiseen käytetyt apuvälineet poiketen aikaisemmista toteutuksista. Tämä selittää mittareiden käytön selvästi suuremman määrän verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin. Tutkittaessa hoidon loppuarvioinnin kirjaamista tuli esille kirjaamisen kehittyminen parempaan suuntaan. Siinä olisi kuitenkin vielä kehitettävää. Myös Jokinen ym. (2011, 54–57) havaitsivat hoidon tuloksen arvioinnin jäävän puutteelliseksi.

8.2 Kehittämiskohteet

Rakenteinen kirjaamismalli on ollut käytössä jo useita vuosia, siitä huolimatta sen toteuttamisessa on runsaasti parannettavaa. Tutkimus antaa aihetta useille laajemmille jatkotutkimuksille. Hoidon prosessin vaiheista eniten kehittämistä vaatii hoidon tavoitteiden ja tarpeiden päivittäminen hoitajakson aikana. Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia mistä tämä johtuu. Koska hoitosuunnitelmaan on hoidon alkaessa kirjattu tavoitteet ja tarpeet, kyse ei voi olla siitä ettei niitä

osattaisi tehdä. Tutkija voisi selvittää johtuuko tämä ajan tai hoitajien motivaation puutteesta. Kenties hoitajat eivät tiedä, että tavoitteita ja tarpeita tulisi päivittää hoitajakson aikana tai he eivät koe sitä tärkeäksi.

Suurimmassa osassa hoitokertomuksia oli kirjattu aikaisempi terveydentila tulotilanteessa. Kuitenkin terveydentila oli kirjattu harvoin hoitotyön näkökulmasta. Tätä pitäisi kehittää moniammatillisempaan suuntaan, jotta hoitosuunnitelma olisi käyttökelpoisempi kaikille terveydenhuollon ammattiryhmille. Jatkossa voisi tutkia, miksi hoitotyön näkökulman kirjaaminen on puutteellista. Johtuuko tämä siitä, ettei tulotilanteessa ole tietoa muusta kuin lääketieteellisestä tilasta, puutteellisesta potilaan haastattelusta vai siitä ettei tieto siirry potilastietojärjestelmien välillä.

Tulokset osoittivat, ettei kotihoitoon liittyvää ohjausta ollut kirjattu juuri ollenkaan. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia kotihoidosta annettavan ohjauksen tilaa. Onko kotihoidon ohjauksen toteutuminen puutteellista vai jääkö se vain kirjaamatta? Nostimme nämä asiat jatkotutkimusaiheiksi, koska näissä kirjaamisen osa-alueissa oli eniten puutteita. Ohjaus, hoitoprosessin mukainen kirjaaminen ja moniammatillinen tiedon kulku ovat erittäin tärkeä osa potilaiden hoitoa.

LÄHTEET

Autere, K.; Paavola, M.; Selander, M. & Kilkku, N. 2009. Tavoitteet esiin hoitotyön kirjaamisessa. Sairaanhoidaja. No. 2/2009, 24–25.

Delpierre, C.; Cuzin, L.; Fillaux, J.; Alvarez, M.; Massip, P. & Lang, T. 2004. A systematic review of computer- based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trial or a broader approach? International Journal for Quality in Health Care Vol.16, No. 5, 407-416.

Devine, E.B.; Wilson-Norton, J.L.; Lawless, N.M.; Hansen, R.N.; Hazlet, T.K.; Kelly, K.; Hollingworth, W.; Blough, D.K. & Sullivan, SD. 2007. Characterization of prescribing errors in an internal medicine clinic. American Society of Health- System Pharmacists Vol. 64, 1062-1070.

Ensio, A.; Kaakinen, P. & Liljamo, P. 2008. Opas FinCC –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 21.3.2011 http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSIO_1_0_final_a.pdf

Friberg, F.; Bergh, A-L. & Lepp, M. 2006. In search of details of patient teaching in nursing documentation –an analysis of patient records in a medical ward in Sweden. Journal of clinical nursing. Vol. 15, No. 12/2006, 1550–1558.

FSD 2011. KvantiMOTV. Viitattu 6.10.2011 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.html>.

Grazia De Marinis, M.; Piredda, M.; Pascarella, M. C.; Vincenzi, B.; Spiga, F.; Tartaglioni, D.; Alvaro, R. & Matarese, M. 2010. 'If it is not recorded it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. Journal of Clinical Nursing No. 19/2010, 1544–1552.

Hämäläinen, P.; Kangas, M.; Reponen, J. & Winblad, I. 2008. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007. Tilanne ja kehityksen suunta. Stakesin raportteja 37/2008. Helsinki 2008. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R37-2008-VERKKO.pdf>.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hoffrén, P. & Tanttu, K. 2008. Kokemuksia hoitotyön systemaattisesta kirjaamisesta. Kätilö-lehti. No. 7/2008.

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgistensairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Helsinki: WSOY.

Isotalo, T.; Knuutila, M.; Koivukoski, S. & Wilskman, K. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee – Mikä muuttuu hoitotyössä? Sairaanhoidaja. No.6-7/2007, 12–14.

Järvi, M.; Kilkku, N.; Kulla, M.; Liljeberg, R.; Metsänsalo, S.; Selander, M. & Tirkkonen, M. 2010. Omahahoitajuus, kirjaaminen ja raportointi mielenterveyshoitotyössä. Sairaanhoidaja. No. 10/2010, 54-56.

Jokinen, T.; Isotalo, T.; Turunen, R.; Aho, V.; Koskivirta, J.; Myyryläinen, M.; Jaakkola, V.; Keränen, S.; Toivainen, S.; Kupiainen, M.; Aura, H. & Helldan, P. 2011. Hoitotyön kirjaamismuutos Helsingin terveystieteiden keskuksessa. *Sairaanhoitaja*. Vol. 84, No. 10/2011, 54–57.

Junttila, K. & Nykänen, P. 2011. Hoitotyö ja moniammatillinen kirjaaminen –asiantuntijaryhmän tilanne ja tehtävät. *Sairaalaviesti*. No. 1-2/2011, 29–30.

Kääriäinen, M. & Kaakinen, P. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. *Sairaanhoitaja*. No. 1, 13–15.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimushoitotieteessä. WSOY.

Kivekäs, E. 2006. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen. *Sairaalaviesti*. No. 2/2006, 21-23.

Koponen, L.; Mattila, L-R. & Häggman-Laitila, A. 2008. Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta – katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. *Hoitotiede* Vol. 20, No. 1/2008, 3-13.

Kuusisto, A.; Nykänen, P. & Viitanen, J. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos, Julkaisusarja D, 7/2010. <http://www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>.

Manchikanti, L.; Singh, V.; Pampati, V.; Boswell, M.V.; Benyamin, R.M. & Hirsch, J.A. 2009. Description of documentation in the management of chronic spinal pain. *Pain Physician* No. 12/2009, E199-E224.

Marttinen, P.; Pekkanen, H.; Sandell, K.; Saranto, K. & Raatikainen, A. 2011. Puhetta riittää – mistä kiikastaa sähköinen kirjaaminen? *Pro terveys*. No. 1/2011, 20–22.

Mellin, I. 2007. Tilastolliset menetelmät. Luento 2007. Teknillinen korkeakoulu. Viitattu 6.10.2011 <http://math.tkk.fi/opetus/sovtoda/luennot/TILKE100.pdf>.

Owen, K. 2005. Documentation in nursing practice. *Art and science community nursing*. Vol. 19, No. 2, 48–49.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Juva: WSOY.

Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotieteen systemaattinen kirjaaminen. *Sairaalaviesti*. No. 2/2007, 32–33.

Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Tantt, K. 2011. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen – Kansallisen edellytys. *Pro terveys*. No. 1/2011, 10–12.

Tantt, K. & Saranto, K. 2006. Rakenteistaminen hoitotietojen monipuolisen käytön mahdollistajana. *Sairaalaviesti*. No.2/2006, 23–25.

Turun kaupunki 2010. Sisätautiosastot. Viitattu 18.10.2011 <http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentid=3685>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi.

Sisällönanalyysirunko

Hoitotyön kirjaaminen

TAUSTATIEDOT

1. Toimialue

1. Perusterveydenhuolto

a) Sairaanhoidajan vastaanotto

b) Hoidon tarpeen arviointi

2. Kaupunginsairaala

a) Vuodeosasto

b) Poliklinikka

3. Pitkäaikaissairaanhoito

4. Kotihoito

5. Kotihoitoa tukevat vuodeosastot

6. Psykiatria

a) Aikuispsykiatria

a1) Vuodeosasto

a2) Poliklinikka

b) Geropsykiatria

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

2. Yksikön luonne

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

4. Asiakkaan ikä

5. Asiakkaan sukupuoli

- 1. Nainen*
- 2. Mies*

7. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen (tulosyy-kohtaan) on kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila (liittyy kysymykseen 59)

- 1. Kyllä*
- 2. Ei*

9. Hoitosuunnitelma

1. *On*
2. *Ei ole*

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

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

11. Tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?

13. Mitä voimavaroja on kirjattu?

16. Onko hoidon tarpeen määrittelyssä ollut käytössä mittareita?

1. *Kyllä*
2. *Ei*

17. Mitä mittareita?

18. Tarpeiden/ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa, kpl?

Aktiviteetti

Erittäminen

Selviytyminen

Nesteytys

Terveyskäyttäytyminen

Terveyspalveluiden

käyttö

Lääkehoito

Ravitsemus

Hengitys

Kanssakäyminen

Turvallisuus

Päivittäiset toiminnot

Psyykinen tasapaino

Aistitoiminnot

Kudoseheys

Jatkohoito

Elämänkaari

Verenkierto

Aineenvaihdunta

19. Mitä tarpeita/ongelmia (hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä)?

Fyysiset kpl

Psyykkiset kpl

Sosiaaliset kpl

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

21. Mitä omaisten antamia tietoja on kirjattu?

22. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

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

23. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa?

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

Konkreettisena

asiakkaan/potilaan

voinnin tai

käyttäytymisen

muutoksena

Tavoite vastaa

hoidon tarvetta

27. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa, kpl

Suunniteltujen

hoitotyön

toimintojen/keinojen

määrä

Kuinka moneen

tavoitteeseen on

kirjattu ainakin yksi

hoitotyön keino?

29. Vastaako toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja?

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

4. *Hoitokeinoja ei ole kirjattu hoitosuunnitelmaan*

5. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*

32. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (myös keskustelu yms.) on mainittu hoitotyön keinot -kohdassa hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?

33. Kuinka monen opetus-/ohjauskerran yhteydessä on mainittu opetuksen/ohjauksen aihe?

34. Kuinka monen opetus-/ohjauskerran yhteydessä on arvioitu, miten asiakas/potilas ymmärsi opetuksen/ohjauksen tai miten hän reagoi siihen?

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

1. *Kyllä*

2. *Ei*

36. Kuinka monen asian kohdalla?

37. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon tavoitteesta on kirjattu ainakin kerran

1. *Kyllä*

2. *Ei*

38. Kuinka monen asian kohdalla?

39. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoitokeinoista on kirjattu ainakin kerran

1. *Kyllä*

2. *Ei*

40. Kuinka monen asian kohdalla?

41. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon toteutuksesta on kirjattu ainakin kerran

1. *Kyllä*

2. *Ei*

42. Kuinka monen asian kohdalla?

43. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon arvioinnista on kirjattu ainakin kerran

1. *Kyllä*

2. *Ei*

44. Kuinka monen asian kohdalla?

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

46. Miten omainen on kirjausten mukaan osallistunut?

50. Onko hoidosta tehty loppuarviointi?

1. *Kyllä*

2. *Ei*

51. Löytyykö päivittäisestä kirjaamisesta arvioivaa kirjaamista?

1. *Kyllä*

2. *Jossain määrin*

3. *Ei*

56. Arvioinnin apuna on käytetty mittareita

1. *Kyllä*

2. *Ei*

57. Mitä mittareita?

59. Mitä aikaisemmasta terveydentilasta on kirjattu? (Liittyy kysymykseen 7.)

1. *Potilaan lääketieteellinen tila*
2. *Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta*
3. *Molemmat*
4. *Ei kumpikaan*

60. Onko asiakas/potilas saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta?

1. *Kyllä*
2. *Ei*

61. Onko jatkohoito merkitty hoitosuunnitelmaan tarpeeksi / toiminnoksi?

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