

POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKORTTI® -KOULUTUKSEN VAIKUTUS
KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN KIRJAAMISEEN

Risto Imponen

Opinnäytetyö, syksy 2013

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Oulun yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Diakonisen hoitotyön suuntau-
tumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK)-

diakonissa

TIIVISTELMÄ

Risto Imponen. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutus kuntouttavan hoitotyön kirjaamiseen. Oulu, syyskuu 2013, 46 s., 6 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Oulun toimipiste. Hoitotyön koulutusohjelma, Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)-diakonissa.

Opinnäytetyö toteutettiin osana Oulun yliopistollisen sairaalan kuntouttavan hoitotyön kehittämishanketta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilassiirtojen ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutusta kuntouttavaan hoitotyöhön ja hoitotyön kirjaamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitotyön kirjaamisen ja kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä. Tutkimuskysymyksenä oli: millaisia eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä on havaittavissa potilassiirtojen ergonomiakortti® -koulutukseen osallistuneiden ja siihen osallistumattomien hoitajien välillä kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen kirjaamisessa?

Tutkimusta varten analysoitiin kymmenen potilaan toteutuneet hoitosuunnitelmakirjaukset Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien vuodeosastolta 42. Tutkittavat hoitosuunnitelmat valittiin hoitoisuusluokitusten perusteella siten, että ne koostuivat raskashoitoisista, paljon apua tarvitsevista potilaista, jotka osastolle tulotilanteessa oli luokiteltu vuodepotilaiksi. Tutkimusaineisto kerättiin aikajaksolla 30.09.2012 – 30.03.2013. Tutkimus toteutettiin laadullisena vertailututkimuksena ja analysoitiin induktiivisella dokumenttianalyysillä.

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneet hoitajat hyödynsivät enemmän apuvälineitä siirtotilanteissa verrattuna hoitajiin, jotka koulutusta eivät olleet suorittaneet. Kuntouttavaa hoitotyötä toteuttivat liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon osalta enemmän Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneet hoitajat. Ravitsemuksen ja hygienian hoidon toteutuksessa kuntouttavaa hoitotyötä ei vielä toteuteta riittävästi. Hoitoprosessin mukaista toimintakyvyn arviointia ja hoitotyön arvioivaa kirjaamista ei löytynyt.

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella on positiivinen vaikutus kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen ja osittain hoitotyön arvioivaan kirjaamiseen. Arvioivan kirjaamisen puuttuminen on suuri haaste Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen kehittämiselle. Moniammatillinen kuntouttava hoitotyö toteutuu parhaiten, mikäli koko hoitohenkilökunta toteuttaa kuntouttavaa hoitotyötä potilaslähtöisesti kaikissa arjen hoitotilanteissa ja kirjaa arvioivasti kaikki hoitoprosessin osa-alueet.

Avainsanat Hoitotyö, kirjaaminen, kuntouttava työote, toimintakyky, Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus

ABSTRACT

Risto Imponen. Impacts of the Ergonomic Patient Handling Passport® training on the implementation of rehabilitative nursing and the recording of care work. Oulu, autumn 2013, 50 pages, 6 appendices. Diaconia University of Applied Sciences, Oulu. Degree programme in nursing, option in diaconal nursing, nurse-deaconess.

This thesis was written under a development project for rehabilitative nursing at the Oulu University Hospital, Finland.

The purpose of this thesis was to describe the impacts of the Ergonomic Patient Handling Passport® training on the implementation of rehabilitative nursing and on the recording of care work. The objective of the thesis was to produce useful information that is applicable in the development of the recording of care work as well as in the development of rehabilitative nursing. The studied questions were: how rehabilitative nursing is visible in the recording of care work in patient records and what differences and similarities can be seen in how rehabilitative nursing is carried out by persons who have attended Ergonomic Patient Handling Passport® training courses and by those who have not attended such courses.

For the purposes of this study, the actualised care plan entries ten patients at internal medicine ward 42 at the Oulu University Hospital were analysed. The studied care plans were selected on the basis of nursing intensity classifications. The research data were collected during the period 30 September 2012 – 30 March 2013. The study was conducted as a qualitative study and the data were analysed through the inductive document analysis.

Nurses who had passed an Ergonomic Patient Handling Passport® training course made more use of nursing aids than did nurses who had not attended such training. Nurses who had passed an Ergonomic Patient Handling Passport® training course also carried out more rehabilitative nursing activities relating to moving around and rehabilitation. In the care of nutrition and hygiene, rehabilitative nursing is not yet applied sufficiently.

The Ergonomic Patient Handling Passport® training has a positive effect on how rehabilitative nursing is carried out and also, to a degree, on how evaluations of care work are recorded. The greatest challenges to be faced in Ergonomic Patient Handling Passport® education are related to how the entire staff can be committed to work in the rehabilitative nursing mode in all daily situations as well as to produce evaluative care work records that cover the entire nursing process.

Key words: nursing, recording, rehabilitative approach, functioning status, Ergonomic Patient Handling Passport® training

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN TOTEUTTAMISEN OSATEKIJÄT	7
2.1 Kuntouttavaa työtä edistävät tekijät	7
2.2 Potilaan toimintakyvyn tukeminen	9
2.3 Arvioiva kirjaaminen	10
2.4 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus	13
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	17
4.2 Tutkimusympäristö	17
4.3 Aineiston keruu	19
4.4 Aineiston analyysi	20
5 VERTAILURYHMIEN EROAVAISUUDET JA YHTÄLÄISYYDET	23
5.1 Apuvälineiden hyödyntäminen	23
5.2 Toimintakyvyn ja voimavarojen arvioiminen	25
5.3 Kuntouttavan hoitotyön toteutus	28
5.4 Hoidon tarpeen ja toteutuksen arvioiva kirjaaminen	30
5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista	33
6 POHDINTA	34
6.1 Tulosten tarkastelua ja vertailua aikaisempiin tutkimuksiin	34
6.2 Opinnäytetyön eettisyys	39
6.3 Opinnäytetyön luotettavuus	40
6.4 Johtopäätökset	44
6.5 Jatkotutkimushaasteet	45
6.6 Pohdintaa opinnäytetyön prosessista	45

LÄHTEET.....	47
LIITE 1. Hoitosuunnitelman auditointilomake. Liikkumiseen ja Kuntoutukseen liittyvä hoidontarve	53
LIITE 2. Hoitosuunnitelman auditointilomake. Ravitsemukseen liittyvä hoidon tarve.....	54
LIITE 3. Hoitosuunnitelman auditointilomake. Hygieniaan liittyvä hoidontarve .	55
LIITE 4. Hoitosuunnitelman auditointilomake. Kommunikointi, vuorovaikutus ja emotionaaliseen tukeen liittyvä hoidontarve	56
LIITE 5. Kuviot 1 – 15.	57
LIITE 6. Esimerkit kirjauksista	65

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on osa Oulun yliopistollisen sairaalan laajempaa kehittämishanketta, jonka tarkoituksena on kehittää potilasturvallista ja ergonomisesti kuntouttavaa hoitotyötä. Hankkeen taustalla vaikuttavat osastoilla havaitut ongelmat potilassiirtoergonomiassa ja puutteet kuntouttavan hoitotyön toteutuksessa, jossa vielä esiintyy paljon vanhanaikaisia, kuormittavia ja potilasta passivoivia nostamis- ja avustamistapoja.

Hankeella on kaksi päätavoitetta. Ensimmäinen tavoite on hoitohenkilökunnan potilassiirtotaitojen kehittäminen ja kuntouttavan työotteen lisääminen hoitotyössä. Tarkoituksena on vähentää työn kuormittavuutta, hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelinvaikeuksista johtuvia sairauslomia ja edistää kuntouttavan hoitotyön päivittäistä toteutumista. Toinen tavoite on ylläpitää potilaiden toimintakykyä, lisätä potilasturvallisuutta sekä edistää ja mahdollistaa potilaiden osallistumista ja omien voimavarojen käyttämistä. Samalla ehkäistään toimintakyvyn tarpeetonta heikkenemistä hoitajakson aikana, vähennetään sairaalahoidosta aiheutuvia sekundaarisairauksien kuten painehaavauman ja pneumonian riskitekijöitä ja pienennetään jatkokuntoutuksen tarvetta. Pitkän aikavälin tavoitteet ovat potilaan elämänlaadun parantaminen, sairaalahoidon lyhentäminen ja kustannussäästöt.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen (Työterveyslaitos 2013) vaikutusta kuntouttavaan hoitotyöhön ja kirjaamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyön kirjaamisen ja kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen.

Tätä tutkimusaihetta ei ole aikaisemmin tutkittu hoitotyön kirjaamisen näkökulmasta, joten aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Työterveyslaitoksen lanseeraaman potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen ja kehittämishankkeen tavoitteena on työntekijöiden parempi ymmärrys ja taito kuntouttavasta hoitotyöstä, apuvälineistä, potilassiirtotekniikoista, potilaiden voimavarojen edistämisestä, toimintakyvyn arvioinnista, ergonomiasta, oman kehonkäytöstä ja työkyvyn ylläpitämisestä (Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen verkkomateriaali).

2 KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN TOTEUTTAMISEN OSATEKIJÄT

2.1 Kuntouttavaa työtettä edistävät tekijät

Potilaan toimintakyky ja voimavarat huomioidaan kaikessa toiminnassa kuntouttavan työtteen mukaisesti, jolloin potilaan puolesta ei tehdä mitään sellaista, mistä potilas itsekin kohtuudella suoriutuu. Kuntouttavan hoitotyön periaatteiden mukaisesti työntekijän tärkeänä tehtävänä näissä tilanteissa on toimia aktivoijana, kannustajana, ohjaajana, motivoijana ja auttaa vain tarvittaessa, jotta potilas selviytyisi päivittäisistä toiminnoista mahdollisimman omatoimisesti ja oma kuntoutuminen edistyisi. (Luoma & Lehtoranta 2007; Suvikas, Laurel, Nordman 2006.)

Yksi ongelma erityisesti laitoshoidossa on usein se, että hoitohenkilökunta mieltää kuntoutuksen kuuluvan pelkästään kuntoutushenkilökunnan tehtäväksi (Lappalainen & Turpeinen 1998, 115). Kuntouttavan työtteen toteutumista edistää ymmärrys siitä, että kuntoutuksen vaikuttavuus on parhaimmillaan moniammatillista yhteistyötä ja koskee kaikkia kuntoutujan hoitoon osallistuvia työntekijöitä. (Aalto 2002; Mäkitalo 2006; Suvikas 2006.)

Potilaalle hoitaja on läsnä kaikkina vuorokauden aikoina ja yksi potilaan onnistuneen kuntoutuksen avainhenkilöistä, joka päivittäin tapaa hoitoon osallistuvia omaisia, ammattihenkilöitä ja erityistyöntekijöitä. Hoitaja on yleensä se, joka parhaiten osaa arvioida toimintakyvyssä tapahtuvat mahdolliset muutokset, koska hän näkee potilaan toimintakyvyn todellisissa käytännön tilanteissa. Kuntouttavan hoitotyön toteutumisessa hoitajan oma aktiivinen rooli moniammatillisessa yhteistyössä on siten yksi tärkeä kuntoutumista edistävä tekijä. (Routasalo & Lauri 2001, 115.)

Järjestelmällinen, jatkuva ja arvioiva kirjaaminen on kuntouttavan hoitotyön toteutumisen edellytys, jota tulee arvioida ja kehittää. Hoitajan aktiivinen osallistuminen yhdessä potilaan, omaisten ja kuntoutustyöntekijöiden kanssa kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arvioimiseen edistää kuntouttavan hoitotyön käytännön toteuttamista. Hoitohenkilökunnalta kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää omien toimintatapojen ja periaatteiden tarkastelua sekä kykyä soveltaa tietoa käytännön toimintaan hoitotyössä. (Routasalo & Lauri 2001, 207–216.) Tavoitteiden tulee pohjautua potilaan fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, jotka tulee olla selvitettynä ennen tavoitteiden laatimista. (Routasalo 2003, 125–126). Selvityksessä tulee ottaa huomioon potilaan voimavarat, eikä pelkästään niitä asioita, joihin potilas ei itse kykene (Routasalo 2005, 14).

Ryypö ja Salonen (2008) ovat tutkineet opinnäytetyössään hoitotieteelliseen tutkimustietoon perustuen iäkkään potilaan kuntoutumista ja selviytymistä edistävää hoitotyötä ja sen kehittämistä. Tulosten perusteella fyysisen toimintakyvyn palautuminen akuuttisairauksien jälkeen on erittäin tärkeää ja vähentää ennenaikaisen laitoshoidon joutumisen riskiä. Kuntoutumiseen vaikuttivat edistävästi ja ehkäisevästi vanhuksen sisäiset ja fyysiset voimavarat, itsenäisyyden tunne, motivaatio, hoitajan antama huomio, tiedon saaminen, kuntoutusjakson pituus, kiireen kokeminen sekä fyysiset ja psyykkiset olosuhteet. Hoitohenkilökunnan kohdalla tulokset osoittivat, että he ymmärsivät kuntoutumista edistävän hoitotyön tärkeyden ja työskentelivät kuntoutumista edistävästi, vaikka kaikki eivät toteuttaneet yhtä aktiivisesti kuntouttavaa työtä. (Ryypö & Salonen 2008, 36.)

Koko hoito-organisaation potilastyön arvot määritellään strategiassa, jolloin työn johdolla ja hallinnolla on suuri vaikutus siihen, millaisia arvoja valitaan. Kuntouttavan työotteen toteutumista edistää esimiesten ymmärrys ja tietämys työntekijöiden vuorovaikutus-, ohjaus- ja toimintakykykoulutuksesta ja niissä käytettävistä nykyaikaisista lähestymis- ja ohjaustavoista oppimisteorioineen. Kuntoutuksen vaikuttavuuden näkökulmasta potilaat tarvitsevat voimaannuttavaa ja sitouttavaa lähestymistapaa, josta myös työnjohdon on oltava tietoisia. (Pitkälä, Savikko ja Routasalo 2005, 157.)

2.2 Potilaan toimintakyvyn tukeminen

Ihmisen biologinen elimistö mahdollistaa fyysisen toimintakyvyn. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat ihmisen hengitys- ja verenkiertoelimistön, keskus- ja ääreishermoston sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintakyky. Fyysisen toimintakyvyn heikentymiseen biologiset vanhenemismuutokset ovat yksi syy, mutta iän myötä sairaudet huonontavat toimintakykyä enemmän kuin biologinen vanheneminen. Eri arvioiden mukaan toimintakyky alkaa heikentyä keskimäärin 75 ikävuoden jälkeen, jolloin toimintakykyä rajoittavat tekijät lisääntyvät. (Vallejo-Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö, Kivelä 2006, 57.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä on vaikutusta siihen, miten ihminen suoriutuu kognitiivisista tehtävistä, kuten kykyyn suoriutua älykkyyttä ja henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Tarkkuuden vähentyminen ja havaintotoimintojen hidastuminen ovat ikääntyessä yksi selvimpiä muutoksia psyykkisen toimintakyvyn alueella. Ihmisen tiedonkäsittelytaidot eivät välttämättä muutu ja psyykkisen toimintakyvyn parantuminen iän myötä on mahdollista. Hyvä esimerkki on looginen päättelykyky ja kielitaito, jotka ovat kognitiivisia toimintoja ja heikkenevät vasta hyvin vanhana ja voivat kehittyä iän karttuessa. (Vallejo-Medina ym. 2006, 57.)

Fyysinen ja psyykinen toimintakyky mahdollistavat ihmisen sosiaalisen toimintakyvyn, esimerkiksi sopeutumisen yhteiskuntaan. Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella useista näkökulmista, esimerkiksi iän, koulutuksen, terveyden, perhesuhteiden ja ystävien kautta. Tärkeää sosiaalisen toimintakyvyn selvittämisessä on kartoittaa, myös millaisia muita sosiaalisia asioita ihmisen elämään ylipäättään liittyy, esimerkiksi miten hyvin vanhukset kykenevät säilyttämään ihmissuhteita. Kaikissa vuorovaikutustilanteissa tarvitaan tietoa ja tunteita, jotta sosiaalinen toimintakyky mahdollistuu. (Vallejo-Medina ym. 2006, 59.)

Hoivaa ja huolenpitoa pidetään hoitotyön ytimenä, jossa korostetaan hoitamisen vuorovaikutuksellista ja psykoemotionaalista ulottuvuutta (Salmela 2004; Myllylä 2004). Määritelmän mukaan psykoemotionaalinen hoitaminen on sairaanhoitajan ja potilaan välistä kommunikaatiota, jonka tarkoituksena on vahvistaa potilaan henkisiä voimavaroja ja auttaa sopeutumaan stressitekijöihin. Lisäksi tar-

koituksena on auttaa potilasta kontrollin tunteen saavuttamisessa ja olemassa olevien resurssien hyödyntämisessä. Psykoemotionaalinen hoitaminen antaa potilaalle sosiaalista tukea ja se sisältää emotionaalisen tuen eli tunteiden käsittelyyn liittyvän tuen, informatiivisen (tiedon ja ohjauksen) ja konkreettisen avun. (Salmela 2004, 35 – 40.)

Jauhosen (2006) pro gradu-tutkielmassa tarkasteltiin Diakonia-ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitaja-diakonissojen toteuttamaa psykoemotionaalista hoitamista ja diakonista hoitotyötä. Tutkimuksessa selvitettiin heidän arvioita psykoemotionaalisen hoitamisen taidoistaan ja mahdollisuuksistaan sekä hengellisen tukemisen yleisyydestä työssään. Diakonissat arvioivat psykoemotionaalisen hoitamisen taidot iän ja työkokemuksen lisääntyessä melko riittäviksi. Psykoemotionaalisen hoitamisen mahdollisuudet arvioitiin melko hyviksi. Näihin vaikuttivat työn luonne, työympäristö, asiakassuhde ja diakonissan valmiudet. Hengellisen tukemisen muodoista yleisin oli läsnäolo. Rukoilemista, hengellisen kirjallisuuden ja -musiikin käyttöä ja mieltä painavista asioista keskustelemista oli harvemmin. Olemassaoloon liittyvistä asioista keskusteltiin ja hengelliseen yhteisöllisyyteen tuettiin useammin. (Jauhonen 2006, 68 – 71.)

2.3 Arvioiva kirjaaminen

Arvioivalla kirjaamisella tarkoitetaan tapaa kirjata potilaan toimintaa arvioivasti. Arviointi ei saa olla erillinen tapahtuma vaan sen täytyy liittyä jokapäiväiseen toimintaan potilaan kanssa. Arvioivassa kirjaamisessa huomioidaan koko hoitoprosessi. Kun kirjaaminen on yhdenmukaista ja arvioivaa, voidaan esimerkiksi toimintakyvyn ja liikkumisen edistymistä arvioida jälkikäteen. Silloin nähdään, onko liikkuminen ja toimintakyky samaa tasoa kuin tulotilanteessa vai onko hoidossa edetty suunniteltujen tavoitteiden mukaisesti ja potilaan tilanne kehittynyt.

Samalla voidaan arvioida, onko suunnitelluista toiminnoista ollut potilaan liikkumisen kannalta hyötyä. (Ydintieto-opas 2007.)

Koko hoitoprosessin mukaisen arvioinnin perusteella voidaan potilaalle tarvittaessa määritellä uudet tarpeet ja tavoitteet sekä keinot niiden saavuttamiseksi. Hoitoprosessin mukainen arviointi ja sen kirjaaminen jatkuvat aina siihen asti, että potilaan hoidolle asetetut tavoitteet saavutetaan. Potilaan omat ajatukset ja kokemukset omasta tilastaan ja siinä tapahtuneista muutoksista on tärkeää potilaslähtöisesti selvittää ja kirjata. (Iivanainen & Syväoja 2009, 654.)

Tärkein tavoite on kuntouttavan hoitotyön päivittäinen toteutuminen potilaan parhaaksi. Sen tulisi näkyä yhtenäisenä rakenteisena kirjaamisena, jossa hoitoprosessin mukaisesti hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä hoidon jatkuvuus näkyvät selkeänä potilaan toimintakyvyn ja selviytymisen tukemisena ja edistämisenä. Potilaslähtöisyyden tulee ilmetä kirjaamisista. Tarkka, täsmällinen ja yhdenmukainen kirjaaminen ohjaa yhtenäiseen kuntouttavaan hoitotyöhön ja auttaa arvioimaan toteutunutta hoitoa. (Kinnunen 2012, 51).

Hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa rakenteinen kirjaamismalli mahdollistaa hoitohenkilökunnan yhtenäisen tiedon käytön. Kirjatun tiedon moniammatillinen käyttö ja jakaminen hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kesken entisestään korostaa laadukkaan kirjaamisen merkitystä. Erityisesti hiljaiseen raportointiin siirryttäessä laadukas kirjaaminen ja yhtenäisen tiedon käyttö rakenteisen kirjaamismallin mukaisesti on erittäin tärkeää moniammatillisessa hoidollisessa päätöksenteossa potilaan parhaaksi. (Junttila 2012, 25.)

Tuomikosken (2008) pro gradu -tutkielmassa selvitettiin kirjaamisen tasoa ennen ja jälkeen osastokohtaisen kirjaamiskoulutuksen viidellä sisätautien vuodeosastolla Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksessa päivitettiin kirjaamisen minimivaatimukset ja koulutusintervention avulla kehitettiin kirjaamisen tasoa. Koulutusinterventiolla oli positiivinen vaikutus kirjaamisen kehittymiseen. Minimivaatimusten mukainen kirjaaminen toteutui pääasiassa hyvin, mutta kirjaaminen oli heikkoa ravitsemukseen liittyvän avuntarpeen, lääkehoidon vaikuttavuuden ohjauksen ja emotionaalisen tuen tarpeen ja toteutuksen osalta. Hoitoprosessin mukaista kirjaamista ei näkynyt ja kirjaaminen enimmäkseen totea-

vaa. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kirjaamisen kehittämisen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Tuomikoski 2008, 57.)

Leinon (2004) tekemässä pro gradu -tutkielmassa selvitettiin hoitotyön kirjaamisen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena oli kerätä tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyön kirjaamisen suunnittelussa, kehittämisessä ja henkilöstön koulutuksessa. Tulosten mukaan kirjaaminen oli potilaslähtöistä ja perhekeskeistä. Kirjaamiskoulutus motivoi yli puolta vastaajista kirjaamaan paremmin.

Viime vuosina on tehty useita rakenteisen ja systemaattisen kirjaamisen kehittämishankkeita opinnäytetöinä, joiden tarkoituksena on ollut jalkauttaa hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen ja kansallinen kirjaamismalli terveydenhoitoalalle (mm. Katunpää & Koponen 2010).

Hoitotyön kirjaamista tutkittiin Suomessa kohtuullisen vähän vielä 1990-luvulla, mutta 2000-luvun alun jälkeen hoitotyön kirjaamista on tutkittu enenevässä määrin (Saari 1995, Turtiainen 1999, Kärkkäinen 2004, Leino 2004, Tuomikoski 2008, Ritola 2010). Hoitotyön kirjaamisen sisällöstä tieteellisiä julkaisuja löytyy niukalti, joten tässä työssä tarkastellaan hoitotyön kirjaamista ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen opinnäytetöiden perusteella.

Selvitysten mukaan hoitotyön kirjauksissa tavoitteiden saavuttamisen arviointi suhteessa tavoitteisiin oli heikkoa (Karjalainen 2000, Lehti, Lauri, Salovaara 2000, Voutialainen 2004, Tuomikoski 2008). Hoitotyön kirjaamisessa korostuu enemmän lääketieteellisen hoidon kirjaaminen kuin hoitamisen ja hoitotyön kirjaaminen (Kärkkäinen 2004, Ritola 2010). Koko hoitoprosessin eri vaiheiden erittelemine ja kirjoittamine sähköiseen muotoon edellyttää uudenlaista ajattelua ja ilmaisukykyä (Wickström 2010, 43).

2.4 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus on sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille suunniteltu koulutuskokonaisuus, joka on otettu käyttöön vuonna 2010 ja luotu yhteistyössä Työterveyslaitoksen ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tiedonvälitysverkoston asiantuntijaryhmän kanssa Sosiaali- ja terveysministeriön tuella. Koulutuksessa määritellään potilassiirtojen turvalliseen hallintaan vaadittava tieto-taitotaso, jonka koulutukseen osallistuva todentaa käytännön kokeella. Näyttökokeessa arviointikriteereinä käytetään potilaan toimintakyvyn arviointia, työturvallisuuden ja omakohtaisen riskin arviointia, ympäristön huomiointia, potilaan toimintakyvyn aktivoimista ja vuorovaikutusta, avustustilanteita käsin, pienapuvälineen tai nostimen kanssa avustettaessa, hoitajan työasentoa ja – liikkeitä sekä potilaan toimintakyvyn ja avustustavan kirjaamista ja yhteistyötä. Kortti on voimassa viisi vuotta, jonka jälkeen on mahdollista suorittaa kortin päivitys. Potilassiirtojen Ergonomiakortin suorittaneita hoitoalan ammattilaisia Suomessa on yli 2500 kpl syyskuun 2013 tilanteen mukaan. Oulun yliopistollisen sairaalan osuus tästä määrästä on 150 kpl. (Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen verkkomateriaali.)

Ergonomiseen potilassiirtokoulutukseen sisältyy kuntouttavan työotteen syvällinen ymmärtäminen ja potilaan omien voimavarojen hyödyntäminen. Aluksi hoitohenkilökunnan on tarkasteltava omia asenteitaan kuntouttavaa hoitotyötä kohtaan ja sitä, miten he kuntouttavan hoitotyön ymmärtävät. Tiedon avulla vaikutetaan asenteiden muuttumiseen. Hoitohenkilökunnan työorientaatioon kuntouttavan työotteen lisääminen ja hallitseminen vaatii aikaa ja suunnitelmallisuutta. Tietojen ja taitojen opetteluun ja oppimiseen kautta mahdollistuu kuntouttava työote käytännön tasolla. (Tamminen – Peter & Wickström 1998, 156.)

Työturvallisuuslaki asettaa tietyt velvollisuudet ja oikeudet työnantajalle ja työntekijälle ergonomisesta työskentelytavasta. Lain 24. pykälä määrää, että työntekijällä on oltava riittävästi tilaa työn tekemiseen ja mahdollisuus vaihdella työasentoa, työtä kevennetään tarvittaessa apuvälinein ja terveydelle haitalliset käsin tehtävät nostot ja siirrot tehdään mahdollisimman turvallisiksi. Työntekijät

on opastettava käyttämään sopivinta apuvälinettä kussakin tilanteessa. Työntekijöille on korostettava oman kunnon ja lihasten toimintakyvyn merkitystä taakojen käsittelyssä. Keskeistä on turvallisten nosto- ja siirtotekniikoiden opettaminen. (Työsuojeluhallinto 2006, 23.)

Nevalan ja Palovaaran (2012) opinnäytetyön mukaan hoitajat, jotka osallistuivat Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukseen, kokivat koulutuksella olevan positiivinen merkitys käytännön hoitotyöhön (Nevala & Haanpää 2012, 64).

Leena Tamminen – Peter on väitöskirjassaan (2005) todentanut, että hyvä siirtotaito on yhteydessä hoitajien mitattuun ja koettuun kuormittumiseen. Suomalaisen terveydenhuolto-oppilaitosten siirtokoulutuksessa on havaittu puutteita ja vanhoja, kiistanalaisia siirtotapoja opetetaan edelleen (Rantsi 2005, 67). Ammatillisissa oppilaitoksissa esimerkiksi käytössä olleissa vanhoissa opaskirjoissa suositellaan potilaiden nostotavoiksi tuoreimman tietämyksen valossa monia kiistanalaisia ja avustajille vaarallisia nostotapoja, jotka eivät ole potilaita kuntouttavia. Tästä huolimatta näitä nostotapoja on yleisesti vielä käytössä ja opetetaan ammatillisissa oppilaitoksissa (Työterveyslaitos 2012). Vanhat siirtotavat perustuvat nostamiseen ja nykyisin korostetaan siirtämistä ja avustamista.

Tamminen-Peterin (2005) tutkimustuloksista ilmeni, että uudet potilassiirtomenetelmät durewall ja erityisesti kinesteettinen menetelmä on todettu hoitajille fyysisesti vähemmän kuormittaviksi kuin vanhat tavat avustaa. Hoitajien koettu ja mitattu fyysinen kuormittuminen väheni siirtotaitojen kehittyessä molemmilla menetelmillä merkittävästi. Potilaiden kokema hallinnan tunne siirtotilanteessa ja oma aktiivisuus siirtymisessä olivat parempia käytettäessä uusia menetelmiä. Potilaat kokivat uudet menetelmät turvallisemmaksi ja miellyttävämmäksi verrattuna aikaisempiin avustustapoihin. Potilaat pystyivät paremmin osallistumaan siirtymiseensä kun hoitajat aktivoivat potilaita tehokkaammin ja antoivat siihen enemmän aikaa ja tilaa. (Tamminen-Peter 2005, 65.) Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksessa potilassiirtomenetelminä käytetään durewall ja kinesteettistä menetelmää.

Kokonaisvaltaisella interventiolla on saatu myös hoitajien tuki- ja liikuntaelimsistön sairauspoissaoloja merkittävästi vähenemään. Hignettin (2001) tutkimuksen

mukaan interventiolla Englannissa saatiin tuki- ja liikuntaelimestön sairaus poissaoloja vähenemään 5 vuoden aikana 35 %:sta 14 %:iin. Hantikainen ja Tamminen-Peter saivat siirtotekniikkakoulutuksella tuki- ja liikuntaelimestön sairauspoissaoloja vähenemään 50 % (Tamminen-Peter, Hantikainen & Tuomisto 2003).

Ennen Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta Oulun yliopistollisessa sairaalassa toteutettiin yli kymmenen vuoden ajan ns. PAST-koulutusta (potilaan avustamis- ja siirtokoulutus), jonka tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnan potilassiirtotaitoja. Koulutusta annettiin osastojen PAST-yhdyskunnille, jotka oman toimensa ohessa vastasivat omien osastojensa henkilökunnan potilassiirtokoulutuksesta.

Oulun yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä seurantatutkimuksessa todennettiin, että potilaan avustamis- ja siirtokoulutuksella hoitohenkilökunnan kuormittumista ja tuki- ja liikuntaelinten vaivoja oli pystytty vähentämään (Rantsi & Hämäläinen 2006, 23 – 24). Oulun yliopistollisen sairaalan hoitotyön johto, työhyvinvointipäällikkö, koulutuspäällikkö sekä työterveyshuollon edustaja ilmaisivat tarpeensa potilassiirtokoulutuksen elvyttämisestä tavalla, joka samalla lisäisi vaikuttavuutta tekniikkakoulutusta laajemmalle potilasnäkökulma huomioiden

Toiminnan käynnistämiseksi aloitettiin syksyllä 2011 kolmen kuukauden mittainen pilottihanke, jonka aikana suoritettiin työterveyslaitoksen Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus, johon sisältyi verkko-opintoja, käytännönharjoittelua 16 tuntia ja näyttökoe. Koulutus oli monipuolista, eri katsantokantoja sisältävää, jossa käytiin läpi työterveyslain sisältöä, potilassiirrot, apuvälineet, potilaan omien voimavarojen käyttö ja opittiin arvioimaan potilaan toimintakykyä sekä aktivoimaan ja kirjaamaan sitä hoitosuunnitelmaan. Potilassiirtojen Ergonomiakortin® suoritti 58 hoitotyöntekijää (29 sairaanhoitajaa, 16 perushoitajaa, 8 fysioterapeuttia, 2 osastonhoitajaa, 1 röntgen-hoitajaa). Pilottikoulutuksen hyvien tulosten perusteella aloitettiin syksyllä 2012 toinen kolmen kuukauden pituinen vastaava koulutus ja syksyllä 2013 alkoi kolmas uusi koulutusjakso. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® - koulutuksen suorittaneita on Oulun yliopistollisessa sairaalassa syyskuun 2013 tilanteen mukaan yhteensä n. 150. Tavoit-

teenä on saada toiminta vakinaistettua ja jokaiselle osastolle koulutettua vähintään 4 – 5 koulutuksen käynnyttä, jolloin heillä on helpompi viedä joukolla oppia eteenpäin. Tavoitteena on myös se, että osastojen Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -vastaavat järjestävät jatkossa vuosittain oman osaston sisäiset kertausharjoitukset, joissa opittuja asioita kerrataan, sisäistetään ja arvioidaan yhdessä kuntouttavan hoitotyön toteutumista ja kehittämistarpeita.

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikuttavuutta toimintakyvyn ja selviytymisen tukemisessa ja siitä, miten se näkyy rakenteisessa kirjaamisessa, ei ole erikoissairaanhoidossa tutkittu. Työterveyslaitos on kiinnostunut hankkeesta ja ilmaissut halunsa tutkia Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikuttavuutta laajemmin erikoissairaanhoidossa.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutusta kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen ja hoitotyön kirjaamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyön kirjaamisen ja kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

1. Millaisia eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä on havaittavissa Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukseen osallistuneiden ja ei osallistuneiden välillä kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen kirjaamisessa?

4.2 Tutkimusympäristö

Tutkimusympäristönä on Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien vuodeosasto 42. Osaston erityisalana on erilaisia infektioita sairastavien ja tarvittaessa vaativaa eristystä tarvitsevien potilaiden hoito. Osastolla hoidetaan myös maha- ja suolikanavan sairauksia sairastavia potilaita. Osastolla on 20 potilaspaikkaa, joista kaksi on varattu vaativaa eristystä tarvitseville potilaille kuten esimerkiksi tuberkuloosia sairastaville, jotka hoidetaan ilmaeristyksessä ja alipaineistetuissa eristyshuoneissa.

Osaston toiminnasta vastaa infektiosairauksien hoitoon perehtynyt henkilökunta. Osastolla työskentelee osaston ylilääkäri, sairaalalääkäri, erikoistuva lääkäri,

osastonhoitaja, osastonsihteri, farmaseutti, 15 sairaanhoitajaa, 5 lähihoitajaa, 5 sisäistä sijaista, 2 osaston sisäistä lomittajaa ja sairaalahuoltajia. Moniammatillista yhteistyötä tehdään päivittäin myös muiden alan asiantuntijoiden kanssa. Vuodeosasto 42, sisätautien infektio- ja poliklinikka sekä sairaalan infektioiden torjuntayksikkö muodostavat vahvan infektiosairauksien osaamisalueen, joka toimii alueellisesti infektiota ehkäisevässä työssä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Osastolle potilaat tulevat akuutin infektiosairauden perusteella. Osastolla toteutetaan kuntouttavaa hoitotyötä, sillä potilaissa on paljon monisairaita vanhuspotilaita ja vuodepotilaita, joiden toimintakyky on heikentynyt. Toimintakyvyn turvaamiseksi ja edistämiseksi tehdään paljon moniammatillista yhteistyötä erityisesti fysioterapeuttien kanssa, potilaiden omia voimavaroja vahvistaen. Osaston henkilökunnasta oli joulukuuhun 2012 mennessä suorittanut potilassiirtojen ergonomiakortti® -koulutuksen 6 sairaanhoitajaa ja 1 perus- ja 2 lähihoitajaa. Syksyn 2013 aikana potilassiirtojen ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaa 2 osaston sairaanhoitajaa.

Osastolla noudatetaan sairaanhoitajien eettisiä ohjeita ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hyvän hoidon ja kohtelun periaatteita, ohjeita, määräyksiä ja voimassa olevia lakeja. Hoitotyön ratkaisut perustuvat eettisesti hyvän hoitotyön periaatteille ja lähtökohdille eli haavoittuvuudelle, huolenpidolle, potilaan kunnioittamiselle, itsemääräämiselle ja integriteetille sekä oikeudenmukaisuudelle ja ihmisarvolle. Lisäksi korostetaan hoitotyöntekijöiden vastuullisuuden, uusiutumiskyvyn ja avoimuuden periaatteita. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010, Suomen sairaanhoitajaliitto 1996).

4.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen vertailututkimus, jossa aineistona käytettiin virallisia dokumentteja, sähköisiä hoitotyön suunnitelmia, potilasasiakirjoja. Laadullisessa vertailututkimuksessa voidaan käyttää paljolti samoja menetelmiä kuin muunlaisessa tutkimuksessa. Vertailevan laadullisen tutkimuksen etuja on mahdollisten invarianssien eli yhdessä esiintyvien piirteiden etsiminen, joka pakottaa samalla tutkijan perehtymään aineistoon syvällisemmin. Toiseksi vertailevan laadullisen tutkimuksen etuna on se, että voidaan identifioida syy-seuraussuhteiden variaatioita eri tapausten ja tilanteiden osalta. Kolmanneksi vertaileva laadullinen tutkimus pakottaa tutkijan tarkastelemaan tapausta kokonaisuutena ja johtaa usein hedelmälliseen dialogiin havaintojen ja teoreettisten ideoiden kesken. (Luoma 2006, Ragin 1987.) Kvalitatiivisen tutkimuksen yleinen malli kuvaa hyvin myös dokumenttianalyysin päävaiheita, jotka ovat aineiston kerääminen, valmistelu, aineiston pelkistäminen, aineistossa toistuvien rakenteiden tunnistaminen ja tulkinta sekä kaikkiin vaiheisiin liittyvä kriittinen tarkastelu. Tavoitteena kriittisellä tarkastelulla on tunnistaa ja korjata eri vaiheiden toteuttamisessa ja niiden tuloksissa mahdollisesti esiintyviä virheitä ja vääristymiä, jotta tulosten laatua ja luotettavuutta voidaan parantaa. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 123.)

Laadulliselle tutkimukselle luonteenomaista on kokonaisvaltainen tiedonhankinta ja aineiston kerääminen todellisissa tilanteissa, joissa myös tutkijan rooli korostuu aineistonkeruussa ja sen analysoinnissa (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2000, 155). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään yleensä pieneen määrään tapauksia, jotka analysoidaan mahdollisimman tarkasti ja perusteellisesti. Aineiston tieteellisyyden kriteeriksi muodostuu laatu ja käsitteellistämisen kattavuus, ei määrä. (Eskola & Suoranta 2008,18.)

Terveystieteissä ja terveydenhuollon kehittämistoiminnassa laadullisen terveystutkimuksen avulla saadaan tietoa yksilöiden ja yhteisöjen näkökulmista ihmisten terveyteen liittyvästä todellisuudesta. Laadullisen tutkimuksen menetelmien avulla saatava tieto auttaa ymmärtämään terveyttä ja terveystieteellistä tietope-

rustaa, joka on myös tärkeää terveyden edistämisen ja terveysongelmissa auttamisen näkökulmista katsottuna (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Keskeistä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on käsitteiden määrittely ja elämän kuvaaminen totuudenmukaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Arvot ohjaavat ja määrittelevät tutkijan tutkimaa ilmiötä hänen ymmärryksensä mukaan ja tuo esille tosiasioita tutkimuksesta (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 157).

Dokumentteihin perustuva tutkimusaineisto kerättiin Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien vuodeosastolta 42 tulostamalla kahdenkymmenen vuodepotilaan sähköiset hoitosuunnitelmat hoitoajalta. Tutkittavat hoitosuunnitelmat valittiin hoitoisuusluokitusten perusteella raskashoitaisista, paljon apua tarvitsevista potilaista, joista 5 oli tulotilanteessa vuodepotilaita ja 5 liikuntarajoitteisia apuvälineitä tarvitsevia potilaita. Potilaiden keski-ikä oli 67 vuotta. Tutkimusaineisto kerättiin 30.09.2012 – 30.03.2013 välisenä aikana sitten, että jokaiselta tutkimuskuukaudelta tulostettiin neljä hoitosuunnitelmaa. Tutkimusprosessin aikana lopulliseen analysointivaiheeseen otettiin 10 hoitosuunnitelmaa, koska vastaukset tutkimuskysymyksiin saatiin pienemmällä määrällä eikä oleellista uutta tietoa suuremmasta määrästä löytynyt. Analysoituja hoitovuorokausia oli yhteensä 70. Tutkimuslupa anottiin ja myönnettiin Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisen tulosalueen johtajalta. Hoitosuunnitelmista tulostettiin vain tutkimuksen kannalta oleellisimmat kohdat, jotka vastaavat tutkimustehtäviin. Kirjaamisen osalta nämä olivat liikkumisen ja kuntoutukseen liittyvän hoidontarpeen kirjaukset, toiminnallisuuteen liittyvän hoidontarpeen kirjaukset, kommunikoinnin, vuorovaikutuksen ja emotionaalisen tuen kirjaukset.

4.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytettiin dokumenttianalyysia. Dokumenttianalyysilla tarkoitetaan menetelmää, jossa päätelmiä pyritään tekemään kirjalliseen muotoon saatetusta verbaalisesta, symbolisesta tai kommunikatiivi-

sesta aineistosta. Kaikki tutkittavasta ilmiöstä kirjoitettu, puhuttu tai kuvattu materiaali voidaan lukea dokumentteihin kuuluvaksi. (Ojasalo ym. 2009, 121.) Tavoitteen mukaisesti dokumentteja analysoidaan järjestelmällisesti ja luodaan sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ja kehitettävästä asiasta. Sisällön analyysillä aineisto pyritään järjestämään tiiviiksi ja selkeäksi. Tarkoituksena analyysillä on informaatioarvon lisääminen, jolla luodaan selkeyttä aineistoon, jotta puolestaan selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä voidaan tehdä. Dokumenttiansalyysia voidaan käyttää valmiiden aineistojen analysoinnissa, sellaistenkin joita ei alkujaan ole tarkoitettu tutkimusta varten. (Ojasalo ym. 2009, 121.)

Kaksi keskeistä analyysitapaa dokumenttiansalyysissa voidaan erottaa: sisällön analyysi ja sisällön erittely. Sisällön analyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti, jossa tavoitteena on etsiä ja tunnistaa tekstin merkityksiä ja sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysia, jossa kuvataan määrällisesti, esimerkiksi numeroin, tekstin sisältöä. Nämä kaksi analyysitapaa eivät ole toisiaan poissulkevia. (Ojasalo ym. 2009, 122.)

Aineiston käsitteleminen perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto ensimmäiseksi hajotetaan osiin, käsitellään ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi toisella tavalla. Ennen analyysin tekoa täytyy päättää siitä, että analysoidaanko ilmisälttöä vai myös piilossa olevat viestit. Tutkimustehtävän mukaan analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Ojasalo ym. 2009, 123.)

Sisällön analysoinnissa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä laadullista sisällönanalyysiä. Tässä tutkimuksessa kutsutaan sisällönanalyysia dokumenttiansalyysiksi, koska sen tavoitteena on järjestelmällinen dokumenttien analysointi sanallisesti selkeän kuvauksen luomiseksi tutkittavasta ja kehitettävästä asiasta. Dokumenttiansalyysi valittiin, koska sen vahvuuksia on herkkyyttä asiayhteydelle ja kehittämiskohde on sen luonnollisessa ympäristössä. (Ojasalo 2009, 121.) Analyysissa haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin (Kylmä & Juvakka 2007, 113)

Hoitotyön suunnitelmien analysointi aloitettiin lukemalla suunnitelmat useampaan kertaan läpi. Aluksi hoitosuunnitelmista rajattiin pois sellaiset hoitotyön tarpeet, tavoitteet, toteutukset ja arvioinnit, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen kirjattiin kaikki kirjausmerkinnät ylös tutkittavista hoitotyön suunnitelmista ravitsemuksen, hygienian, liikkumisen, kuntoutuksen, emotionaalisen tuen, kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen hoidon tarpeiden, tavoitteiden ja toteutuksen osalta, joissa näkyy kuntouttavan hoitotyön toteutuminen. Näin muodostuneesta hoitotyön suunnitelmien aineistosta poimittiin pääluokittelun mukaisesti eroavaisuudet ja yhtäläisyydet jokaisesta hoitosuunnitelmasta, joista olennainen tieto kirjattiin ylös omille auditointilomakkeille (Liitteet 1,2,3,4). Tulostion kuviot luotiin windowsin taulukko-ohjelmalla. Aineisto luokiteltiin pääluokkiin seuraavasti:

1. Hoidontarve: Onko hoitotyön tarvetta määritelty kuntouttavan hoitotyön mukaisesti?
2. Hoidontarpeen vapaa teksti: Onko hoitotyön tarvetta määritelty vapaalla tekstillä?
3. Hoitotyön toteutus: Onko hoitotyön toteutuksessa käytetty kuntouttavaa työtettä potilaan voimavaroja edistäen ja hyödyntäen?
4. Hoitotyön toteutuksen vapaa teksti: Onko hoitotyön toteutusta määritelty vapaalla tekstillä?
5. Hoitosuunnitelman arviointi: Onko hoitosuunnitelmaa arvioitu?

5 VERTAILURYHMIEN EROAVAISUUDET JA YHTÄLÄISYYDET

Tulokset on jaoteltu aihealueittain neljään pääluokkaan: apuvälineiden hyödyntäminen, toimintakyvyn ja voimavarojen arvioiminen, kuntouttavan hoitotyön toteutus ja hoidon tarpeiden ja toteutuksen arvioiva kirjaaminen.

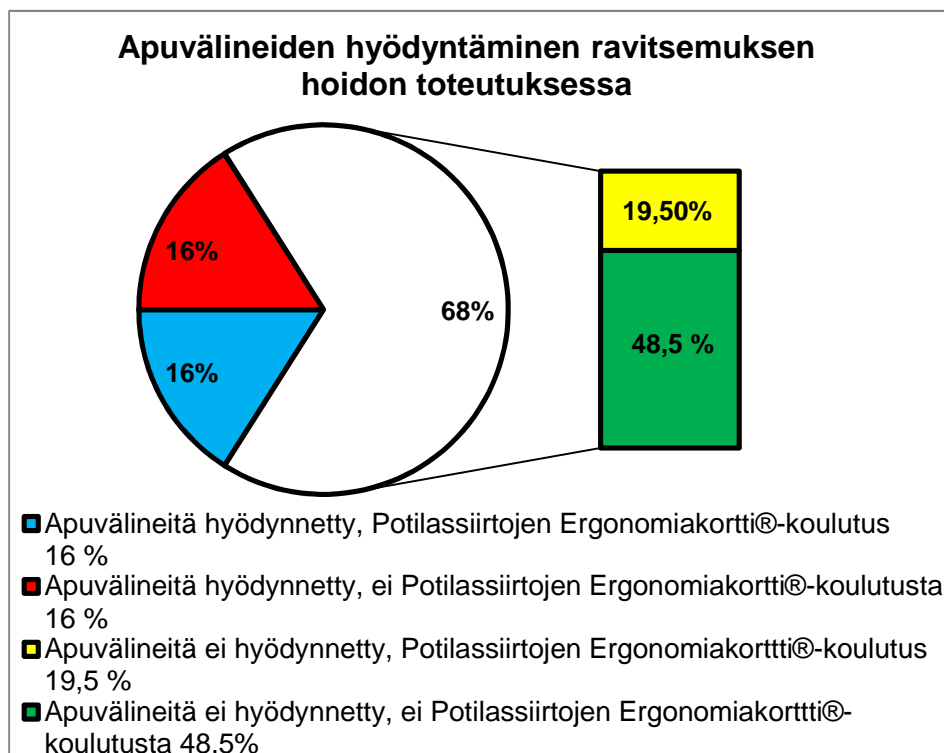
Tuloksien raportoinnissa on analysoitu ja vertailtu Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukseen osallistuneiden hoitajien ja hoitajien, jotka koulutusta eivät olleet suorittaneet toteutuneita hoitosuunnitelmakirjauksia.

5.1 Apuvälineiden hyödyntäminen

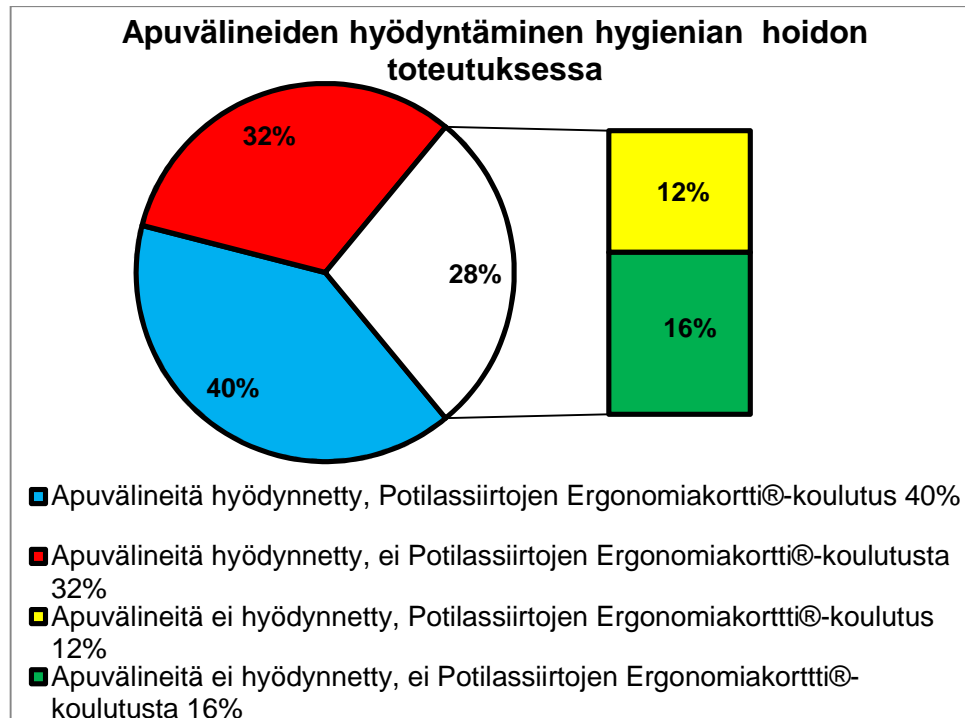
Apuvälineitä käytettiin hoidon tarpeiden ja toteutuksen osalta: liikkuminen ja kuntoutuminen (63 %), ravitseminen (32 %) ja hygienia (72 %). Ravitsemuksen hoidon toteutuksessa molemmat ryhmät käyttivät apuvälineitä yhtä vähän (16 %). Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan apuvälineitä jätettiin käyttämättä eniten (68 %) ravitsemuksen hoidon osalta, joista 48.5 % kuului ryhmään, jotka eivät olleet suorittaneet Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta. Hygienian hoidon osalta apuvälineitä käyttivät eniten (40 %) Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneet hoitajat ja vähiten (32 %) hoitajat, jotka koulutusta eivät olleet suorittaneet. Vastaavasti 28 % jätti hyödyntämättä apuvälineet hygienian hoidon toteutuksessa, joista 16 % kuului ryhmään, jotka eivät olleet suorittaneet Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta ja 12 % lukeutui koulutuksen suorittaneisiin. Liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon toteutuksessa apuvälineitä käyttivät eniten (40 %) Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneet ja vähiten (23 %) hoitajat, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta. Kaikkiaan 37 % jätti apuvälineet hyödyntämättä tilanteissa, joissa

niitä olisi kuntouttavan hoitotyön mukaisesti voitu käyttää liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon toteutuksessa.

Apuvälineitä hyödynnettiin eniten hygienian hoidon toteutuksessa ja vähiten ravitsemuksen hoidon toteutuksessa. Esimerkki kuvioissa valkoiset sektorit ja %-osuudet tarkoittavat niiden hoitajien osuutta, jotka eivät apuvälineitä hyödyntäneet (kuviot 2,3).



Kuvio 2. Apuvälineiden hyödyntäminen ravitsemuksen hoidon toteutuksessa.



Kuvio 3. Apuvälineiden hyödyntäminen hygienian hoidon toteutuksessa.

5.2 Toimintakyvyn ja voimavarojen arvioiminen

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan toimintakyvyn ja voimavarojen arvioiminen tulotilanteessa on heikointa molemmilla ryhmillä ravitsemuksen hoidon osalta. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneista hoitajista ainoastaan 11 % sekä 5 % hoitajista, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta arvioivat toimintakykyä ja voimavaroja ravitsemuksen osalta. Suurin osa eli 84 % ei arvioinut toimintakykyä lainkaan, näistä 65 % kuului ryhmään, joilla Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta ei ollut ja 19 % ryhmään, joilla koulutus oli suoritettu (kuvio 4).

auta g-tuoliin istumaan päivälliselle ja lounaalle, itse syö, NL. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus.

po vapaasti, auta tuoliin istumaan (tasapaino: kaataa), itse ruokailee →seuraa ruokailu →huonosti syö →NL:n aloitus? Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta.

Tulotilanteessa toimintakykyä ja voimavaroja arvioitiin eniten (76 %) liikkumisen ja kuntoutumisen osalta. Näistä 53 % kuului ryhmään, jotka olivat Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneet ja 23 % ryhmään, jotka koulutusta eivät olleet suorittaneet. Vastaavasti molemmat ryhmät jättivät toimintakyvyn arvioimatta liikkumisen ja kuntoutumisen osalta yhtä monta kertaa. Hygienian hoidon osalta toimintakykyä arvioitiin toiseksi eniten (54.5 %). Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneita näistä oli 45.5 % ja 9 % hoitajia, jotka koulutusta eivät olleet suorittaneet. Vastaavasti 36.5 % hoitajista, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta ja 9 % koulutuksen suorittaneista hoitajista eivät toimintakykyä olleet arvioineet tulotilanteessa lainkaan hygienian hoidon osalta (kuvio 4, 6)

osin vuodepotilas kipujen takia, jaksaa kääntyillä hiljalleen kyljeltä toiselle avustettuna. Pylly nousee jonkin verran jaloilla, potilas siirtynyt hyvin vuoteelta G-tuoliin. Jalat kantaa, hankalinta päästä vuoteelta istualleen. MOBILISIOINTI!. Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta.

toistaiseksi vuodepotilas, ei kykene kehotuksesta koukistamaan jalkoja. Lihassoimaa jaloissa on. Kykenee liikuttamaan käsiään ja päätään. Lihaskoordinaatio vielä hukassa, tokkurainen. Kylkiasennon kykenee pitämään. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus.

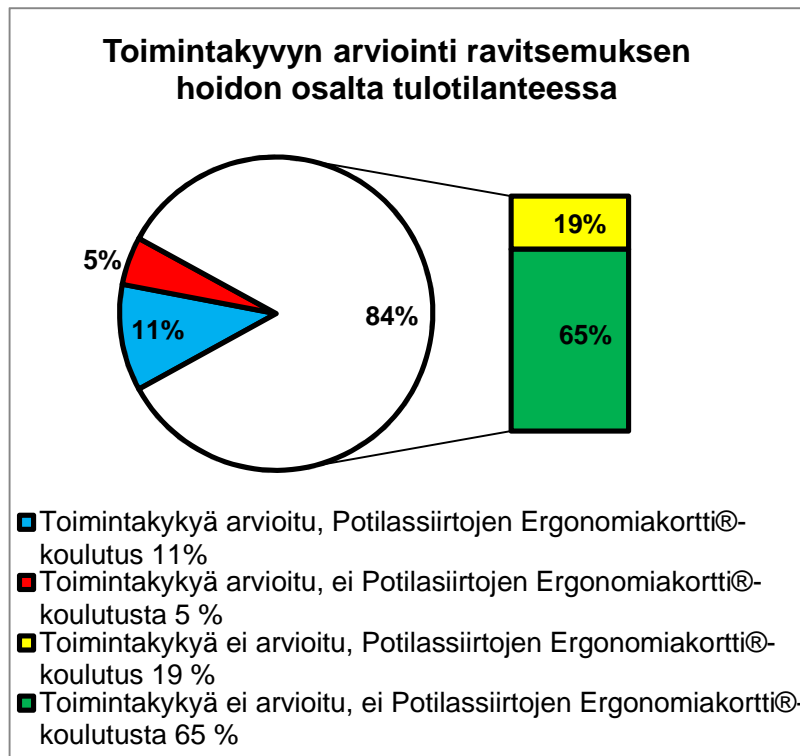
Hoitojakson aikana toimintakykyä arvioitiin eniten (73 %) liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon osalta. Seuraavaksi eniten (47 %) ravitsemuksen hoidon osalta, kolmanneksi (26 %) hygienian hoidon osalta. Toimintakykyä arvioitiin ravitsemuksen, liikkumisen ja kuntoutumisen osalta 8 % ja hygienian hoidon osalta 14 % enemmän Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneiden hoitotyön kirjauksissa verrattuna hoitajiin, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta. Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan toimintakyvyn arviointeja jäi puuttumaan hoitojakson aikana 32 % hygienian, 15 % ravitsemuksen ja 1 % enemmän liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon osalta hoitajien hoitotyön kirjauksissa, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta verrattuna Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneisiin (kuviot 5, 7, 9).

eva-telineellä liikkuu, tarvitsee 1-2 hoitajan apua liikkumiseen, liikkumista estää potilaan kipu, autettuna sängyn reunalla istuu, istumatasapaino kohtuullinen, tasapaino taakse päin kallistuu, käsissä

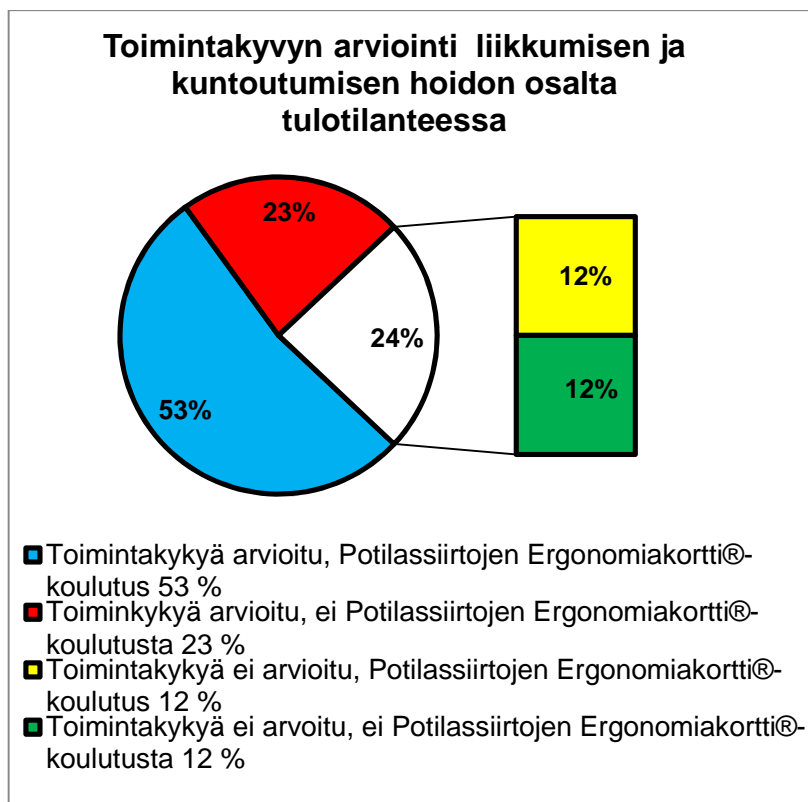
hyvät voimat. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

kahden hoitajan auttamana jaksaa hetken aikaa seistä. Kirjaus: lähihoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta

Tulotilanteessa toimintakykyä arvioitiin heikoiten ravitsemuksen hoidon osalta ja parhaiten liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon osalta. Esimerkki kuvioissa valkoiset sektorit ja % -osuudet tarkoittavat hoitajia, jotka toimintakykyä eivät arvioineet (kuviot 4, 8).



Kuvio 4. Toimintakyvyn arviointi ravitsemuksen hoidon osalta tulotilanteessa.



Kuvio 8. Toimintakyvyn arviointi liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon tarpeiden ja toteutuksen osalta tulotilanteessa.

5.3 Kuntouttavan hoitotyön toteutus

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan kuntouttava hoitotyö toteutui ravitsemuksen hoidon osalta 14 % ja hygienian hoidon osalta 4 % paremmin hoitajilta, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta verrattuna potilassiirtojen ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneisiin. Tähän tulokseen vaikutti se, että kuntouttavan hoitotyön toteutuksessa huomioitiin sekä osittainen että täysin kuntouttavan hoitotyön mukainen toteutuminen. Vertailtaessa täysin toteutuneeseen kuntouttavaan hoitotyön tilanteeseen potilassiirtojen ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneilla oli ravitsemuksen hoidon osalta 1 % heikompi ja hygienian hoidon osalta 5 % parempi kuntouttavan hoitotyön toteutus. Liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon osalta kuntouttava hoitotyö toteutui 14 % paremmin

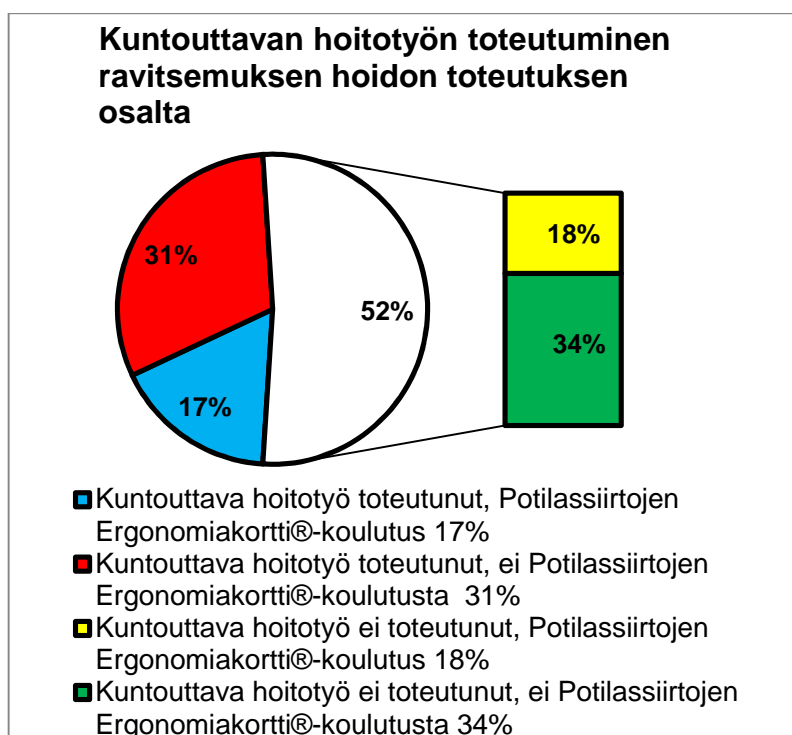
Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneilla hoitajilla verrattuna hoitajiin, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta (kuvio 9, 10, 11).

aamupalan ja lounaan saanut. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus.

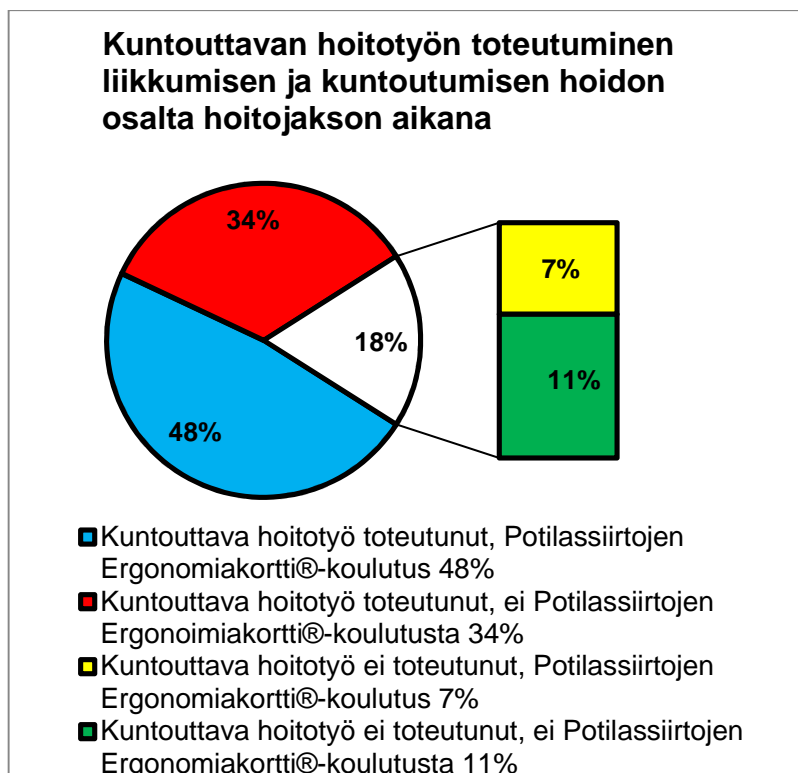
AAMU: lähes itsenäisesti syönyt aamiaisen. Puuron saanut lusikoitua suuhun itse, vaikka alkuun epäili miten tulee onnistumaan. Lounasruokaa syönyt itsenäisesti vuoteenpääty kohotettuna. Kirjaus: perushoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta.

ILTA: ruokaa syönyt vuoteen reunalla istuen. Yritti nousta hoitajan avulla tuolille ruokailun ajaksi, mutta jaloissa ei lihasvoima riittänyt enää. Lusikoi itse, mutta käsi tärisi kovasti ruokailun ajan hikikarpalot valuivat. Kirjaus: lähihoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus.

Kuntouttava hoitotyö toteutuu heikoiten kirjausten perusteella ravitsemuksen ja hygienian hoidon osalta. Parhaiten kuntouttava hoitotyö toteutuu liikkumisen ja kuntoutumisen osalta. Esimerkki kuvioissa valkoiset sektorit ja % -osuudet tarkoittavat hoitajia, jotka eivät kuntouttavaa hoitotyötä toteuttaneet (kuvio 10, 12).



Kuvio 10. Kuntouttavan hoitotyön toteutuminen ravitsemuksen hoidon toteutuksen osalta.



Kuvio 12. Kuntouttavan hoitotyön toteutuminen liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon osalta hoitojakson aikana

5.4 Hoidon tarpeen ja toteutuksen arvioiva kirjaaminen

Peräti 84 %:ssa hygienian hoidon osalta ja 71 %:ssa ravitsemuksen hoidon osalta arvioivaa kirjaamista ei löytynyt. Arvioivaa kirjaamista ei löytynyt erityisesti hoitajilta, jotka koulutusta eivät olleet suorittaneet, mutta myös Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneiden hoitajien hoitotyön kirjauksista. Parhaiten 69 %:ssa hoitopäiväkohtaista arvioivaa kirjaamista löytyi liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon osalta. Suurimmaksi osaksi hygienian ja ravitsemuksen hoidon osalta kirjaaminen ei ollut arvioivaa, potilaslähtöistä eikä kuntouttavan hoitotyön mukaista. Kirjaaminen oli suppeaa, toteavaa ja ei arvioivaa.

ILTA: vaihdettu vaippa/kroonikka. Vartaloa pyyhitty pesulapuilla. Vaihdettu oikea pyjama paita avopaidan tilalle. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus

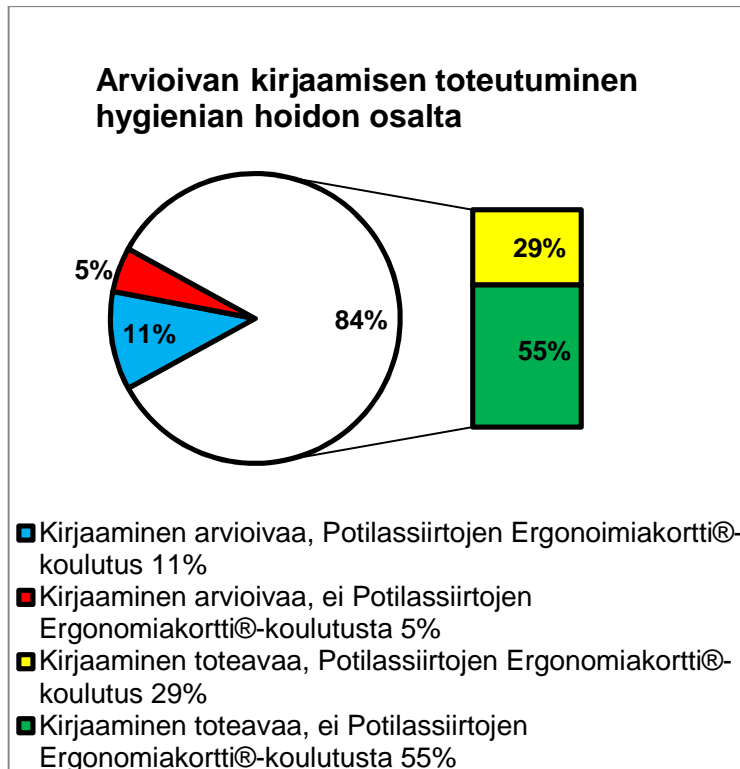
AAMU: vuodepesut. vaippa vaihdettu. Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta.

AAMU: liikkuminen nyt hidasta kivun vuoksi. Käsissä heikot voimat. Istumaan nousussa tarvitsee apua. Nostettu sänkyä istuma-asentoon ja avustettu siten potilasta istumaan. Istumatasapaino on hyvä. Rollaattorin avulla huoneessa liikkuu.

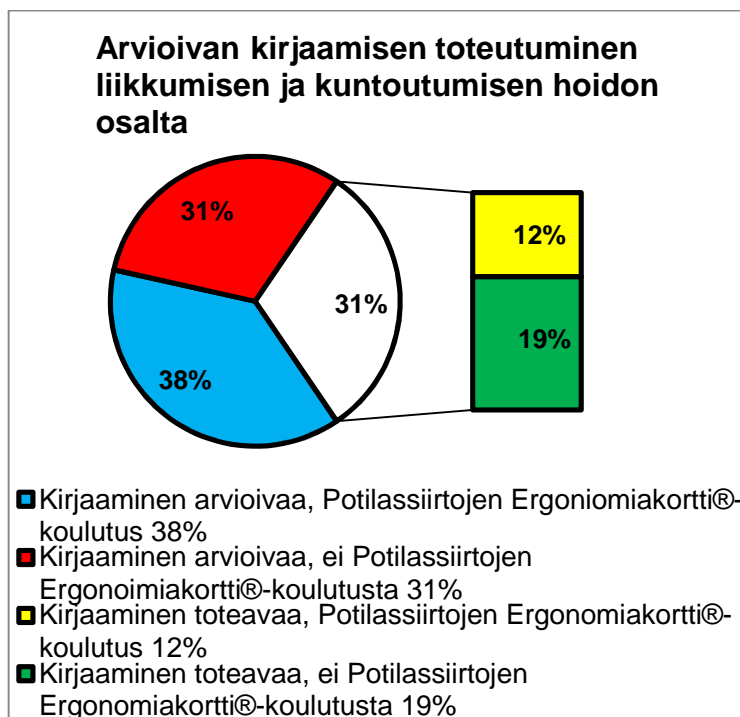
Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus

AAMU:kahden avustamana plas nousi istumaan vuoteen reunalle ylävartalon pesun ajaksi. Väsy vielä herkästi ja päättää alkaa huimata istuessa. Molempia jalkoja jaksaa nostaa ylös alustasta samoin lantion seutua sekä ponnistaa apuna vuoteessa ylöspäin avustettaessa: Kirjaus: perushoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta.

Heikoiten hoidon tarpeen ja toteutuksen arvioiva kirjaaminen toteutui hygienian hoidon osalta ja parhaiten liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon osalta. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® - koulutuksen suorittaneilla hoitajilla oli 7 % enemmän hoitopäivään liittyvää arvioivaa kirjaamista verrattuna hoitajiin, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta. Koko hoitoprosessin mukaista arvioivaa kirjaamista ei löydy. Esimerkki kuviossa valkoiset sektorit ja % -osuudet tarkoittavat hoitajia, jotka eivät toteuttaneet arvioivaa kirjaamista (kuviot 13, 14).



Kuvio 13. Arvioivan kirjaamisen toteutuminen hygienian hoidon osalta



Kuvio 14. Arvioivan kirjaamisen toteutuminen liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon tarpeiden ja toteutuksen osalta.

5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista

1) Yhteenvetona apuvälineiden hyödyntämisestä voi sanoa, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneet hyödyntävät enemmän apuvälineitä kuin hoitajat, jotka eivät ole suorittaneet koulutusta. Tutkimustulosten perusteella apuvälineitä pitäisi hyödyntää kokonaisuudessaan enemmän ja erityisesti ravitsemuksen hoidon toteutuksen osalta, jotta kuntouttava hoitotyö toteutuisi kaikissa hoitotyön tilanteissa.

2) Yhteenvetona toimintakyvyn arvioimisesta voi sanoa, että toimintakykyä ei vielä arvioida riittävästi tulotilanteessa eikä hoitajakson aikana. Toimintakyvyn arviointi on enemmän hoitopäivään liittyvää arviointia eikä koko hoitoprosessin mukaista toimintakyvyn arviointia löydy.

3) Yhteenvetona kuntouttavan hoitotyön toteutuksesta voi sanoa, että ravitsemuksen ja hygienian hoidon osalta kuntouttava hoitotyö toteutuu heikoiten, sillä 52 %:ssa ravitsemuksen ja 44 %:ssa hygienian hoidon osalta kuntouttava hoitotyö ei toteudu. Ravitsemuksen ja hygienian hoidon osalta kuntouttavan hoitotyön jättävät eniten huomioimatta hoitajat, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta (66 %) verrattuna Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneisiin hoitajiin (30 %). Liikkumisen ja kuntoutumisen osalta kuntouttava hoitotyö toteutuu parhaiten. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneista hoitajista 48 % ja hoitajista, jotka eivät olleet suorittaneet koulutusta 34 % toteutti kuntouttavaa hoitotyötä.

4) Yhteenvetona hoitoprosessin arvioivasta kirjaamisesta voi sanoa, että koko hoitoprosessin mukaista arvioivaa kirjaamista ei löydy kummankaan ryhmän kirjauksista. Arvioiva kirjaaminen on enemmän hoitopäivään liittyvää arvioivaa kirjaamista eikä sitä löydy riittävästi.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua ja vertailua aikaisempiin tutkimuksiin

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutusta kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen ja kirjaamiseen vertaamalla hoitosuunnitelmaan tehtyjä kirjausmerkintöjä Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneiden hoitajien ja koulutusta suorittamattomien hoitajien kirjauksiin.

Opinnäytetyön tutkimustulokset vahvistavat käsitystä, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella on kuntouttavaa hoitotyötä edistävä vaikutus ja yhtymäkohtia hoitotieteelliseen tutkimusnäyttöön. Kuntouttavan hoitotyön arvioiva kirjaaminen on vielä kokonaisuudessaan vähäistä. Koko hoitoprosessin mukaista arvioivaa kirjaamista ei löydy, mutta hoitopäiväkohtaista arviointia hoidon tarpeista, sisällöstä, toteutuksesta ja toimintakyvyn arviointia löytyy enemmän Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneiden hoitajien kirjauksista. Apuvälineitä käytetään, mutta ei siinä laajuudessa, kuin kuntouttavan hoitotyön tarve vaatisi.

Tuomikosken (2008) pro gradu- tutkielmassa Oulun yliopistollisen sairaalan viidellä sisätautien tulosyksikön vuodeosastolla tutkittiin hoitotyön kirjaamisen kehittämistä koulutusintervention avulla ennen ja jälkeen osastokohtaista kirjauksikoulutusta. Koulutusinterventiolla katsottiin olevan positiivinen vaikutus kirjaamisen kehittymiseen. Tuomikosken (2008) ja tämän opinnäytetyön tutkimustulokset vahvistavat sen, että hoitotyön kirjaamisessa koko hoitoprosessin mukaista kirjaamista ei löytynyt ja laadultaan kirjaaminen oli suurimmaksi osaksi toteavaa. Oulun yliopistollisen sairaalan kuntouttavan hoitotyön kehittämishankkeessa

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella on tärkeä merkitys kuntouttavan hoitotyön toteuttamisessa ja edelleen kehittämässä. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että koulutusinterventiota tarvitaan arvioivan kirjaamisen toteutumiseksi yhtenäisesti kaikissa hoitoprosessin vaiheissa kuntouttavan hoitotyön mukaisesti.

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen tavoitteena on myös työntekijöiden parempi ymmärrys ja taito kuntouttavasta hoitotyöstä, apuvälineistä, potilaiden voimavarojen edistämisestä, potilassiirtotekniikoista, toimintakyvyn arvioinnista, oman kehon käytöstä ja työkyvyn ylläpitämisestä. Keskeistä on myös tunnistaa potilaan voimavaroja ja huomioida toimintakyvyn rajoituksia ja osata hyödyntää ja aktivoida niitä tarkoituksenmukaisesti ja potilaslähtöisesti (Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen verkkomateriaali.)

Luotettavuuden näkökulmasta kirjauksista löytyi puutteellisia asiakirjamerkintöjä, jotka vahvistavat Anita Pyykön (2004) tutkimuksessaan esiin tuomaa toteamaa, että dokumentoitua ja luotettavaa näyttöä hoitotyöstä tulee potilasasiakirjoihin kirjata huomattavasti enemmän (Pyykkö 2004). Juridisesti lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista on kirjattu, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 12§). Hoitohenkilökunnan näkökulmasta kirjaaminen ja sen hallitseminen on yksi hoitotyön ydinosaisalueista, jolla on suuri merkitys kuntouttavan hoitotyön lisäksi hoitajien ja potilaiden oikeusturvan ja potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta. (Sairaanhoitajaliitto i.a.)

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneet hoitajat hyödynsivät hoitotyössä enemmän apuvälineitä verrattuna koulutusta suorittamattomiin hoitajiin. Tätä tutkimushavaintoa tukevat aikaisemmin tehdyt tutkimukset, joiden mukaan apuvälineiden käyttöä lisäävät riittävä koulutus apuvälineistä, tarvittavien apuvälineiden saatavuus, johdon myötävaikutus apuvälineiden käyttämiseen, aikaa niiden käyttämiseen ja ennen kaikkea se, että hoitajat ymmärtävät apuvälineiden käytön osana työ- ja potilasturvallisuutta (Engkvist 2005). Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan apuvälineitä ei vielä kokonaisuutena

hyödynnetä riittävästi kuntouttavan hoitotyön mukaisesti. Osa Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneista ja koulutusta suorittamattomat hoitajat jättivät apuvälineitä käyttämättä niiden käyttöä edellyttävissä kuntouttavan hoitotyön tilanteissa.

Tutkimusaineiston perusteella potilaiden toimintakykyä ja voimavaroja ei arvioida riittävästi koko hoitoprosessin mukaisesti, jossa huomioidaan potilaan toimintakyky ja voimavarat ennen osastolle tuloa, tulotilanteessa, hoidon aikana ja potilaan kotiutuessa. Näitä verrataan ennallaan, heikentynyt, parantunut tilanteisiin, jolloin hoitotyön tarpeet voidaan kohdentaa ja täsmentää aina potilaslähtöisesti parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaiden toimintakykyä ja voimavaroja arvioitiin enemmän hoitopäiväkohtaisesti. Potilas tulisi aina ottaa mukaan määrittäessä hoitotyön yksilöllistä tarvetta ja pyrkiä hyvään yhteistyöhön, jotta potilaan kaikki omat voimavarat otetaan huomioon ja potilas kokisi olevansa aktiivisessa roolissa ja saisi vahvistettua voimavarojaan hoitoonsa liittyvissä asioissa (Hallila 2005, 63 – 67).

Tämän tutkimuksen mukaan potilaan toimintakykyä arvioivat selkeästi enemmän Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneet hoitajat verrattuna koulutusta suorittamattomiin hoitajiin. Molemmissa ryhmissä potilaiden toimintakykyä ja voimavaroja ei kuitenkaan vielä arvioitu riittävästi. Selkeästi eniten toimintakyvyn jättivät arvioimatta koulutusta suorittamattomat hoitajat. Eniten toimintakyvyn arviointeja puuttui hygienian ja ravitsemuksen hoidon tarpeiden ja toteutuksen osalta tulotilanteessa ja hoitojakson aikana.

Kuntouttavaa hoitotyötä toteuttivat enemmän Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneet hoitajat liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon osalta. Hygienian ja ravitsemuksen hoidon osalta puolestaan koulutusta suorittamattomat hoitajat toteuttivat kuntouttavaa hoitotyötä jonkin verran enemmän. Ravitsemuksen ja hygienian hoidon osalta on kuitenkin todettava, että kuntouttava hoitotyö jää suurelta osalta vielä toteutumatta. Hoitajat, joilla oli pitkä ammatillinen kokemus ja osallistuminen aikaisemmin Past-toimintaan toteuttivat kuntouttavaa hoitotyötä hyvin.

Tutkimusaineiston perusteella kuntouttava hoitotyö toteutuu, mutta ei vielä riittävästi erityisesti ravitsemuksen ja hygienian hoidon tarpeiden ja toteutuksen osalta. Osaltaan tähän voi vaikuttaa se, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus aloitettiin vasta syksyllä 2011. Suurin osa tällä hetkellä osastolla olevista kahdeksasta Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneista hoitajista on suorittanut koulutuksen vuosien 2012 ja 2013 aikana. Tätä näkemystä tukee Tamminen-Peterin ja Wickströmin (1998) tutkimuksessaan esiin tuoma asia, että hoitohenkilökunnan työorientaatioon kuntouttavan työotteeseen lisääminen ja hallitseminen vie aikaa ja suunnitelmallisuutta. Tietojen ja taitojen opetteluun ja oppimiseen kautta mahdollistuu kuntouttava työote käytännön tasolla (Tamminen-Peter & Wickström 1998, 156).

Tämän tutkimuksen mukaan kuntouttavan hoitotyön mukainen arvioiva kirjaaminen oli vähäistä molemmissa ryhmissä eikä koko hoitoprosessin mukaista arvioivaa kirjaamista löytynyt. Arvioiva kirjaaminen liittyi enemmän hoitopäivänä tapahtuneisiin hoidon tarpeiden ja toteutuksen arvioivaan kirjaamiseen. Hoitopäivään liittyvää arvioivaa kirjaamista tutkimusaineistosta löytyy molemmista ryhmistä liikkumisen ja kuntoutumisen hoidon tarpeiden ja toteutuksen osalta ja vähiten ravitsemuksen ja hygienian hoidon tarpeiden ja toteutuksen osalta. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia Tuomikosken (2008) tutkimustulosten kanssa siitä, että hoitotyön minimivaatimuksien mukainen kirjaaminen oli heikkoa ravitsemukseen liittyvän avun tarpeen, emotionaalisen tuen tarpeen ja toteutuksen kirjaamisessa. Huikkosen (2010) tutkimustulokset vahvistavat Tuomikosken (2008) ja tämän opinnäytetyön yhtä johtopäätelmää siitä, että hoitotyön auttamismenetelmien kirjauksissa toteutuu vain minimi.

Tutkimusaineiston perusteella kuntouttavan hoitotyön päivittäinen toteutuminen potilaan parhaaksi ei arvioivan kirjaamisen osalta toteudu siinä laajuudessa kuin hyvään kuntouttavaan hoitotyöhön kuuluisi. Sen tulisi näkyä potilaslähtöisesti yhtenäisenä rakenteisena kirjaamisena, jossa hoitoprosessin mukaisesti hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä hoidon jatkuvuus näkyvät selkeänä potilaan toimintakyvyn ja selviytymisen tukemisena ja edistämisenä. Yhtenäiseen kuntouttavaan hoitotyöhön ohjaa tarkka, täsmällinen ja yhdenmukainen kirjaaminen, joka samalla auttaa arvioimaan toteutunutta hoitoa. (Kinnunen 2012,

51). Huikkonen (2010) tuo tutkimuksessaan ilmi, että sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen jälkeen hoitotyön arvioinnin kirjaaminen on heikentynyt, potilaan hoidon edistymistä arvioidaan harvemmin, hoitajaksosta ja potilaan sen hetkisestä kunnosta kirjataan vähemmän (Huikkonen 2010, 35).

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella halutaan lisätä myös kuntouttavan hoitotyön arvioivaa kirjaamista, joten tältä osin tutkimustulosten perusteella on vielä kehitettävää. Tässä opinnäytetyössä kirjaamisen arviointi ei ole itsetarkoitus, vaan sillä on tärkeä tehtävä ja päämäärä työelämälähtöisessä kehittämistyössä. Arvioinnilla halutaan tuottaa tietoa hoidon sujuvuudesta, laadusta, tuloksista, resursoinnista ja koko hoitoprosessin arvioinnista. Kirjaamisen arviointi on aina myös potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen arviointia, toiminnan arviointia, saavutettujen tulosten ja niihin käytettyjen toimintojen arviointia. Näistä syntyy kehityskohteita, jotka antavat perusteet oman toiminnan muuttamiseen (Hopia & Koponen 2007, 123.)

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden sekä tulosten uskottavuuden edellytyksenä on, että tutkimus on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tulokset julkaistaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvalla avoimuudella. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti. Lisäksi tutkimuksen tekijän tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia antaen heidän töilleen arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja tutkimuksen tuloksia julkaisessaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Hyvän aikaansaaminen (beneficence), ihmisarvon kunnioittaminen (human dignity) ja oikeudenmukaisuus (justice) ovat tutkimustoiminnan keskeisiä periaatteita. (Polit & Hungler 1999). Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa on noudatettu eettisesti hyvää tieteellistä käytäntöä, rehellisyyttä, luotettavuutta, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimustoiminnan keskeiset periaatteet hyvän aikaansaaminen, ihmisarvon kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus ovat tärkeitä arvoja, jotka vaikuttavat vahvasti tämänkin opinnäytetyön taustalla.

Tutkija huomioi toiminnassaan tutkimuksen kohteena olevat henkilöt, heidän omaisensa, mahdolliset rahoittajat, työyhteisön ja työkaverit tutkimusetiikan ja eettisen vastuullisuuden periaatteiden mukaisesti. Eettinen vastuullisuus pitää sisällään laadullisen tutkimusaineiston hankinnan ja tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkan ja rehellisen toteuttamisen. Tutkijan on tuotava ilmi tutkimusaiheitaan koskevat valinnat ja niiden perustelut. Hoitotieteen tutkimusetiikan tulee olla sopusoinnussa paitsi yleisen tutkimuksen etiikan myös hoitotyön etiikan kanssa. (Krause & Kiikkala 1996, 64 - 67.)

Opinnäytetyössä on noudatettu tutkimusetiikkaa ja eettisen vastuullisuuden periaatteita opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. Tutkimuslupa opinnäytetyön tekemiseen anottiin ja myönnettiin Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisen tulosyksikön johtajalta ja noudatettiin tarkasti tietosuojamääräyksiä. Tutkimus ei koh-

distunut potilaan hoitoon eikä sisältänyt eettisesti arveluttavia tietoja, joten eettisen toimikunnan lausuntoa tutkimukseen ei tarvittu. (Henkilötietolaki 1999, 14§, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012.) Salassa pidettäviä tietoja ei luovutettu missään vaiheessa ulkopuolisille, hoitosuunnitelmista tulostettiin vain tutkimustehtävän kannalta oleelliset tiedot ja puhtaaksi kirjoitetuista aineistomateriaaleista ei ollut luettavissa eikä tunnistettavissa yksittäisten potilaiden tai hoitajien nimiä. Ilmi käy ainoastaan potilaan ikä, sukupuoli ja hoitajan ammattinimike ja ryhmittely potilassiirtojen ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneisiin ja ei suorittaneisiin hoitajiin. Intimiteetti ja anonymiteetti säilytettiin koko tutkimusprosessin ajan eikä kukaan henkilökuntaan kuuluva saanut tietää kenen yksittäisen hoitajan kirjausmerkintöjä oli tutkittu. Alkuperäiset hoitosuunnitelmatulosteet on hävitetty asianmukaisesti tietosuojakäytäntöjä noudattaen.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä siten, että laadullisen tutkimuksen pätevyys eli validiteetti toteutuu. Validiteettia lisää monipuolinen aineiston keruu ja jatkuvan vertailun käyttö tutkimusanalyysin aikana. (Krause & Kiikkala 1996, 72.) Tutkimuksen tekijänä ja opinnäytetyön tekijänä olen kokematon, jolloin aineiston keruu ja analysointi edellytti jatkuvaa tutkimusmenetelmän opiskelua, oivaltamista ja soveltamista. Tutkittava aihepiiri on itselleni työkokemuksen kautta tullut läheiseksi toimiessani PAST-yhdyshenkilönä. Tutkimusprosessin toteuttamisessa laadullisen tutkimuksen reliabiliteetti eli luotettavuus tulee ilmetä ja tutkijana varmistaa, että tutkimustulos vastaa tutkimuskohdetta ja tutkimuksen johtopäätökset alkuperäistä tutkimusaihetta. (Krause & Kiikkala 1996,72; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 213).

Tutkija, tutkijan taidot, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tutkimustulosten esittäminen vaikuttavat laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen. Lisäksi sisällön

analyysivaiheessa luotettavuuteen vaikuttaa se, miten hyvin aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.

Lähdeaineiston luotettavuuteen ja laajuuteen kiinnitettiin erityistä huomiota ja tavoitteena oli löytää kaikki merkittävät tieteelliset teoriatiedon lähteet, jotka aihealueeseen läheisesti liittyivät. Luotettavan teoreettisen tiedon hankinnassa käytettiin Diakin Nelli-portaalia, jonka kautta päästiin kokoelmätietokantoihin. Viitekannoista hyödyllisiä olivat CINAHL, COCHRANE LIBRARY, PubMed MEDLINE, Terveysportti ja Medic.

Luotettavuutta voidaan arvioida mm. uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden kriteereillä. Opinnäytetyöni kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa varmistin laadulliseen tutkimuksen luotettavuuden, uskottavuuden ja siirrettävyyden toteutumisen. Tutkimuksen tekijänä minulla oli vastuu siitä, että tutkimustulos vastasi tutkimuskohdetta ja tutkimuksen johtopäätökset alkuperäistä tutkimusaihetta. Luotettavuutta lisäsi se, että työelämälähtöisessä kehittämishankkeessa toteutettu opinnäytetyöni mahdollisti moniammatillisen yhteistyön kehittämishankkeessa mukana oleviin toimijoihin, joiden kanssa prosessin etenemistä seurattiin säännöllisesti. Opinnäytetyön uskottavuutta lisää vielä se, että olen itse ollut mukana useamman vuoden ajan osaston kuntouttavan hoitotyön kehittämishankkeessa ja tekemisessä tutkittavan ilmiön kanssa. Aloite opinnäytetyöstä tuli Oulun yliopistollisen sairaalan Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vastuuhenkilöltä ja oman osaston osastonhoitajalta. Ennen opinnäytetyön aloitusta varmistin vielä, että tutkimussuunnitelmani, aineiston kerääminen, tutkimusmenetelmät ja tutkimustehtävät vastaavat tutkimustehtävää laadullisen tutkimuksen luotettavuus kriteerien mukaisesti ja annoin tarkan selonteon kehittämishankkeessa mukana oleville tutkimuksen toteuttamisesta ja tutkimuksen eri vaiheista. Uskottavuutta vahvistava tekijä tässä opinnäytetyössä on myös tutkimuspäiväkirjani, jossa olen kuvaillut kokemuksiani ja tekemiäni valintoja. Puutteena koin opinnäytetyöprosessin aikana sen, ettei minulla ollut toista samaa aihetta tutkivaa työparia, jonka kanssa olisin voinut keskustella opinnäytetyöprosessista tai sen tuloksista. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 – 128.)

Vahvistettavuus on oltava mukana koko tutkimusprosessissa ja sen kirjaamisessa niin, että toinen tutkija voi pääpiirteissään seurata prosessin kulkua. Tutkimuspäiväkirjaani tekemiäni havaintoja olen voinut hyödyntää raportin kirjoitusvaiheessa ja tarkistaa tutkimusprosessin kulkua ja erilaisia tekemiäni valintoja ja pohtia vielä kerran niiden sopivuutta opinnäytetyöhöni. Tutkimuspäiväkirjalla on ollut suuri merkitys, sillä laadullisessa tutkimuksessa suunnitelma usein tarkentuu tutkimuksen edetessä ja näin myös oma tutkimussuunnitelmani tarkentui pitkin matkaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Dokumenttiaineiston keruussa luotettavuutta lisäsi se, että olimme yhdessä osastonhoitajan kanssa sopineet, että aineiston keruussa hyödynnetään hoitoisuusluokituksia, jolloin dokumenttiaineistosta voitiin poimia ne hoitosuunnitelmat, joista oli löydettävissä vastaukset tutkimuskysymyksiin. Toiseksi dokumenttiaineiston luotettavuutta lisäsi se, että hoitosuunnitelmat kerättiin riittävän pitkältä ajalta, jolloin kuntouttavan hoitotyön toteutumista ja Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneiden hoitajien ja niiden, jotka koulutusta eivät olleet suorittaneet kirjausmerkintöjä voitiin seurata ilman päivä- tai viikko-kohtaisia vaihteluita.

Yleisesti hyväksytty tosiasia laadullisessa tutkimuksessa on se, että todellisuuksia ja tulkintoja on monia, jotka samankaan aineiston pohjalta eivät aina johda samaan tulkintaan. Tämä ei tarkoita välttämättä luotettavuusongelmaa, koska samanaikaisesti lisääntyy ymmärrys ilmiöstä, jota tutkitaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä on verrattu Potilassiirtojen ergonomiakortti® -koulutuksen suorittaneiden hoitajien ja koulutusta suorittamattomien hoitajien kirjausmerkintöjä, jotka ryhminä ovat hyvin homogeenisiä, joten ilmiötä käsittelevät tulkinnat vaihtelevat hyvin vähän.

Opinnäytetyön tekijänä tunnistan oman persoonani vahvuudet, heikkoudet ja omat lähtökohtani, jotka ovat refleksiivisyyden edellytyksiä. Opinnäytetyön tekijänä arvioin miten vaikutan tutkimusaineistoon ja itse tutkimusprosessiin. Opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa minulla on ollut koko ajan objektiivinen ote tutkittaviin asioihin ja tutkimuksen tekijänä olen ollut puolueeton. Puolueettomuusnäkökulmaa olen halunnut pitää korostetusti esillä, koska opinnäytetyön tutki-

musympäristönä on ollut oma työpaikka, jolla itsekin työskentelen ja olen osa tutkimaani yhteisöä ja sen toimintakulttuuria. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä toiseen vastaavanlaiseen kontekstiin, joka on riippuvainen siitä, miten samanlainen tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. Tulosten siirrettävyys on mahdollista joissakin tapauksissa ja joissakin vain tietyin ehdoin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 136 – 137.) Opinnäytetyössäni olen kuvaillut kuntouttavan hoitotyön sisältöä ja Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutusta kuntouttavaan hoitotyöhön ja kirjaamiseen, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin.

Aineiston analyysipolun olen kuvannut mahdollisimman tarkasti, jotta lukija voi seurata miten tulokset on saatu (Pyykkö 2004, 98). Analyysin tueksi opinnäytetyössä esitetään monia alkuperäislainauksia, jotta lukijalla on mahdollisuus pohdita aineistonkeruun prosessia. Tulososiossa olen pyrkinyt kuvioiden avulla selventämään opinnäytetyön tutkimustuloksia mahdollisemman loogisesti. Induktiivinen dokumenttianalyysi osoittautui soveliaimmaksi tavaksi käsitellä tutkimusaineisto (Kylmä & Juvakka 2007, 132).

6.4 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutuksesta kuntouttavan hoitotyön ja hoitotyön kirjaamiseen Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien osastolla 42 esittää seuraavat johtopäätökset:

- 1) Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella on positiivinen vaikutus kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen ja osittain hoitotyön kirjaamiseen.
- 2) Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutus ei tämän tutkimuksen perusteella näy koko hoitoprosessin mukaisena arvioivana kirjaamisena ja toimintakyvyn arviointina.
- 3) Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella on tärkeä tehtävä kuntouttavan hoitotyön kehittämishankkeessa jalkauttaa kuntouttava hoitotyö osaksi koko hoitoprosessia potilaslähtöisesti ja potilaan toimintakykyä ja voimavaroja tukien.
- 4) Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen suurimmat haasteet tämän tutkimuksen perusteella liittyvät siihen, miten koko hoitohenkilökunta saadaan toimimaan kuntouttavan hoitotyön mukaisesti kaikissa arjen hoitotilanteissa ja kirjaamaan arvioivasti koko hoitoprosessin osalta.

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset vahvistavat käsitystä, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella on vaikuttavuutta kuntouttavan hoitotyön toteutumisen edistämiseksi ja kuntouttavan hoitotyön kirjaamisen parantamisessa. Jatkotutkimushaasteena tälle tutkimukselle on tehdä seurantatutkimus, jossa selvitetään onko tästä tutkimuksesta kehittämistarpeiksi nousevat asiat saatu ratkaistua ja parannettua. Toinen jatkotutkimushaaste olisi tutkia Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikuttavuutta laajemmin erikoissairaanhoidossa. Työterveyslaitos on ilmaissut kiinnostuksensa tehdä laajempaa vaikuttavuustutkimusta Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikuttavuudesta erikoissairaanhoidossa.

6.6 Pohdintaa opinnäytetyön prosessista

Opinnäytetyön tekeminen työelämälähtöisen kehittämishankkeen osana on ollut haastava ja mielenkiintoinen prosessi, jossa teoreettiset perusteet olivat löydettävissä erityisesti hoitotieteen alueelta ja sovellettavissa hoitotyön eri osa-alueille hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Työelämälähtöisten kehittämishankkeiden tarkoituksena on erityisesti parantaa ja kehittää hoitotyön laatua ja hoitotyön sisältöä, jotta asiakaslähtöisesti voidaan aina toimia parhaalla mahdollisella tavalla. Kehittämishankkeiden onnistumisen edellytys on henkilökunnan aito sitoutuminen, toimiva, hyvä moniammatillinen yhteistyö ja johdon tuki.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuntouttavan hoitotyön kehittämishankkeen osana, jonka yksi tarkoitus oli tuoda esiin ja löytää kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen ja hoitotyön kirjaamisen nykyvaihe ja kehittämistarpeet Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien osastolla 42. Opinnäytetyön tulosten perusteella jat-

kossa kehittämiskohteiksi nousevat arvioivan kirjaamisen ja toimintakyvyn arvioinnin hoitoprosessin mukainen parempi kirjaaminen ja sen integroiminen Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -korttikoulutukseen ja kirjaamiskoulutukseen esimerkiksi koulutusinterventioiden avulla. Toiseksi kehittämiskohteeksi nousevat osastolla tapahtuvat Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -vastaavien kertausharjoitukset potilassiirroista, apuvälineistä, toimintakyvyn arvioinneista ja arvioivasta kirjaamisesta. Kolmanneksi kehittämiskohteeksi nousee perehdytyskansion ja minimikirjausvaatimusten päivittäminen. Neljänneksi olisi hyvä kartoittaa miten esimerkiksi hoidon jatkuvuuden osalta hyödynnetään paremmin teho-osastolta siirtyvien potilaiden kuntouttavan hoitotyön jatkuminen. Lisäksi kannattaa tarkastella diakonisen hoitotyön mahdollisuuksia emotionaalisen tuen ja kokonaisuhoito-osana.

LÄHTEET

- Aalto; Anna-Maija; Hurri, Heikki; Järvikoski, Anne; Järvisalo, Jari; Karjalainen Vesa; Paatero, Helena; Pohjolainen, Tiina & Rissanen Pekka
2002. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Tiivistelmä. STAKES raportteja 267/2002 Saarijärvi: Gummerus.
- Engkvist, Inga-Lill 2005. Evaluation of an intervention comprising a No Lifting Policy in Australian hospitals. *Applied Ergonomics* 2/2006 vol.37, 141-148. Viitattu 28.09.2013.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003687005001055>.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Hallila, Liisa 2005. Hoitotyön prosessimenetelmän mukaisen kirjaamisen osat alueet. Teoksessa Hallila Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Henkilötietolaki 1999/523. Viitattu 15.10.2013. <http://www.finlex.fi>
- Henriksson, Anne 2011. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutukset potilaan siirtymisen avustamiseen hoitajien kokemana. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Lääketieteen laitos. Viitattu 28.09.2013. Osoitteessa:
http://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=b72b5589-b49f-4cf6-b970-921ae9debc99&groupId=289982&pl_id=344069.
- Hignett, Sue 2001. Embedding ergonomics in hospital culture: top-down and bottom-up strategies. *Applied Ergonomics*. 32, 61-69.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hopia Hanna, Koponen Leena 2007. Suomen sairaanhoitajaliitto. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Huikkonen, Anu 2010. Sähköisen kirjaamisen tuomat muutokset hoitotyön kirjaamiseen Keski-Suomen keskussairaalan vuodeosastoilla. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

- Jauhonen, Anne 2006. Diakonisen hoitotyön ytimessä. Diakonissat tarkastelevat psykoemotionaalista hoitamistaan. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -työ.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Junttila, Kristiina 2012. Hoitotyön kirjaamisen kansallisia suosituksia. Sairaanhoidajapäivien 2012 luentojen tiivistelmäkirja, 25.
- Iivanainen, Ansa, Syväoja Pirjo 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karjalainen, Leena 2000. Kirjaamisen sisältö leikkaushaavainfektion saaneen potilaan hoitosuunnitelmassa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -työ.
- Katunpää, Riitta & Koponen, Tiina 2010. Rakenteinen ja systemaattinen kirjaaminen geropsykiatrian osastoilla. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Krause, Kaisa & Kiihala, Irma 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä
- Kinnunen, Ulla-Mari 2012. Yhtenäiset kriteerit haavahoidon kirjaamiseen. Sairaanhoidajapäivien 2012 luentojen tiivistelmäkirja, 51.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi, Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 3-12.
- Kärkkäinen, Oili. 2007a. Hoitotyön sisällön kirjaaminen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hoitotyön ryhmä.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 15.10.2013. <http://www.finlex.fi>.
- Lappalainen, Tarja & Turpeinen, Aune (toim.) 1998. Auttamistyö kotona 1998. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Lauri, Sirkka, Lehti, Tuija, Heinonen Satu & Mäki-Kerttula, Arja 1993. Hoitotyön kirjaamisen laadullinen arviointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja A:7.
- Lehti, Tuija, Lauri, Sirkka & Salovaara, Hanna 2000. Hoitotyön kirjaaminen seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja A:22.
- Leino, Kaija 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ.

- Luoma, Minna-Liisa & Lehtoranta Heini 2007. Työseminaari 27.03.2007. Stakes. Verkkojulkaisu. Viitattu 30.03.2012. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/D8F64046-E6FF-41B3-A01E-EF70AF45874D/8478/Kuntouttavateht%C3%A4v%C3%A4MLLmaalisk07.pdf>
- Luoma, Pentti 2006. Johdatus kvalitatiiviseen vertailevaan analyysiin Rogan 1987 mallin mukaan. Viitattu 05.11.2013. <http://www oulu.fi/sosiologia/node/5047>
- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Mäkitalo, Sisko 2006. Sairaanhoidon käsityksiä voimavaroalähtöisyydestä iäkään ihmisen kuntoutumista edistävissä hoitotyössä. Kuopion yliopisto Hoitotieteen laitos. Pro gradu –työ.
- Nevala, Henna & Palovaara, Miira 2012. ”...SEN KÄYNTIASENNON ON JO OTTANU OMAKSENI...” – Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käynteiden hoitotyöntekijöiden siirtotaito, fyysinen kuormittavuus ja subjektiiviset kokemukset. Rovaniemen Ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma.
- Ojasalo, Katri; Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttamisesta sähköisessä potilaskertomuksessa.2007. [verkkojulkaisu] Versio 2.2 31.1.2007. Viitattu 25.03.2012. Saatavissa: <http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>
- Pitkälä, Kaisa, Savikko, Niina, Routasalo, Pirkko 2005. Kuntotutuspöytäkirjojen solmu-kohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti. Helsinki. Vanhustyön keskusliitto.
- Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. Oulun yliopistollinen keskussairaala, osasto 42. Viitattu 12.12.2012. <http://www.ppsph.fi>
- Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. Strategia 2010 - 2015. Viitattu 05.11.2013. Saatavissa: http://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/18664_PPSPH_strategia_2010-15.pdf

- Polit, Denise & Hungler, Bernadette 1999. Nursing research, principles and methods. Philadelphia: J.B Lippincott Company.
- Pyykkö, Anita 2004. Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Hoitotieteen ja Terveystieteiden tutkimuskeskus, Oulun yliopisto; Anestesiaklinikka, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu.
- Rantsi, Heli 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksissa. Fysiologian laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu -työ.
- Rantsi, Heli & Hämäläinen, Kerttu 2006. PAST-toiminta (potilaan avustus- ja siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa: loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.
- Ritola, Katja 2010. Sähköisen hoitotyön yhteenvedon kehittäminen. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.
- Routasalo, Pirkko, Lauri, Sirkka 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia (3), 207 – 217.
- Routasalo, Pirkko 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Sirkka, Lauri. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. WS Bookwell. Juva. 117-136.
- Routasalo, Pirkko. 2005. Kuntoutumista edistävä hoitotyö – Mitä se on?. Pro terveystieteet 1/2005, 14.
- Ryöppö, Elina, Salonen, Airi 2008. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö. Stadia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Saari, Sirpa 1995. Kynällä tai koneella – Sairaanhoitajien käsityksiä manuaalisesta ja tietokoneavusteisesta hoitotyön kirjaamisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos Pro gradu -työ.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. Verkkodokumentti. Viitattu 05.11.2013. <http://www.sairaahoitajaliitto.fi>
- Salmela, Marjo 2004. Sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitamisen taidot ja niiden opetus ammattikorkeakoulussa. Opiskelijoiden, opettajien ja ohjaajien arviot. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C, osa 213.
- Suvikas, Annukka, Laurel, Leena, Nordman, Pia 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Tamminen-Peter, Leena, Wickström, Gustav. 1998. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Työterveyslaitos. Helsinki: MIKTOR.
- Tamminen-Peter, Leena, Hantikainen, Virpi 2003. Can improved transferring skills reduce muscle strain while assisting a geriatric patient from wheelchair to bed? Abstracts and CD of the 14 th International Congress of The World Confederation for Physical Therapy, 2003 Jun 7-11. Barcelona, Spain. COPYRIGHT by The World Confederation for Physical Therapy, 2003 London RR_PL-2447.
- Tamminen-Peter, Leena 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen vanhuksen siirtymisen avustamisessa –kolmen siirtomenetelmän vertailu. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Työsuojeluhallinto. 2006. Käsien tehtävät nostot ja siirrot työssä. Työsuojeluoppa ja –ohjeita ,23.
- Työterveyslaitos 2012. Verkkojulkaisu. Viitattu 17.01.2013. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/Sivut/default.aspx
- Työterveyslaitos 2013. Verkkojulkaisu. Viitattu 25.10.2013. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/ergonomiakortti/sivut/default.aspx
- Tuomikoski, Anna-Maria 2008. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Turtiainen, Ann-Marie 1999. Hoitotyön käytännön kuvaamisen yhtenäistäminen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 71. Kuopio.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Verkkojulkaisu. Viitattu 30.03.2012. Saatavissa: http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/index.html
- Vallejo-Medina, Aila, Vehviläinen, Sanna, Haukka, Ulla-Maija, Pyykkö, Virpi & Kivelä, Sirkka-Liisa. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.
- Voutilainen, Päivi 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksia 142. Helsinki: Stakes.

Wicktström, Eija 2010. Toimintatutkimus hoitotyön sähköisen yhteenvedon kehittamisestä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.

LIITE 1. Hoitosuunnitelman auditointilomake. Liikkumiseen ja Kuntoutukseen liittyvä hoidontarve

VÄITTÄMÄ	KYLLÄ	EI	KOMMENTIT
1. Apuvälineitä ja nostimia käytetään	21 ergo 12 ei ergo	7 ergo 12 ei-ergo	Ergokorttikoulutuksen suorittaneet hyödyntävät enemmän apuvälineitä
2. Apuvälineiden tarve kartoitettu tulotilanteessa tai 1-2 päivän kuluessa	3 ergo 2 ei-ergo		vähäistä molemmilla
3. Potilaan toimintakykyä ja voimavaroja arvioidaan tulotilanteessa	7 ergo 3 ei-ergo		
4. Hoitotyöntarve määritelty kuntouttavan hoitotyön mukaisesti	7 ergo 3 ei-ergo		
5. Hoitotyön toteutuksessa käytetty kuntouttavaa hoitotyötä potilaan voimavaroja edistään ja hyödyntäen	39 ergo 28 ei-ergo	6 ergo 9 ei-ergo	
6. Potilaan toimintakykyä, liikkumista ja voimavaroja arvioidaan ja aktivoidaan hoitajakson aikana.	6 ergo 1 ei-ergo	8 ergo 16 ei-ergo	Arviointi tutkimusaineiston perusteella vähäistä, ergokorttikoulutuksen suorittaneet arvioivat enemmän kuin ei-ergokorttikoulutusta saaneet
7. Hoitosuunnitelmista näkyy ergonomiakorttikoulutuksen vaikutus, miten?			Ergonomiakorttikoulutuksen käyneillä kirjaaminen tarkempaa ja kuvailevampaa, arviointia enemmän, mutta ei vielä riittävästi, apuvälineitä käytetään enemmän, kuntouttavan hoitotyön toteuttaminen kirjaamisen perusteella parempaa kuin ei-korttikoulutusta saaneilla.
8. Kirjaaminen potilaslähtöistä	22 ero, 18 ei	7 ergo, 11 ei	

LIITE 2. Hoitosuunnitelman auditointilomake. Ravitsemukseen liittyvä hoidon tarve.

VÄITTÄMÄ	KYLLÄ	EI	KOMMENTIT
1. Apuvälineitä käytetään	5 ergo 5 ei	6 ergo, 15 ei	
2. Toimintakyky ja hoitotyön tarve määriteltä ja arvioitu tulotilanteessa kuntouttavan hoitotyön mukaisesti	4 ergo 4 ei-ergo	4 ergo 2 ei-ergo	
3. Toimintakykyä arvioidaan hoitojakson aikana	6 ergo 1 ei-ergo	7 ergo 24 ei-ergo	
4. Kuntouttavan hoitotyön toteutus potilaan voimavaroja edistäen ja omatoimisuutta tukien esim. avustettu vuoteen reunalle istumaan tai g-tuoliin ruokailun ajaksi.	4 ergo 5 ei-ergo	15 ergo 29 ei-ergo	
5. Kuntouttava hoitotyö toteutuu vain osittain esim. ruokaillut päätykoholla, vaikka ohjeistetaan vuoteen reunalle istumaan tai g-tuoliin	10 ergo 21 ei-ergo		
6. Kirjaaminen arvioivaa ja potilaslähtöistä	10 ergo 8 ei-ergo		

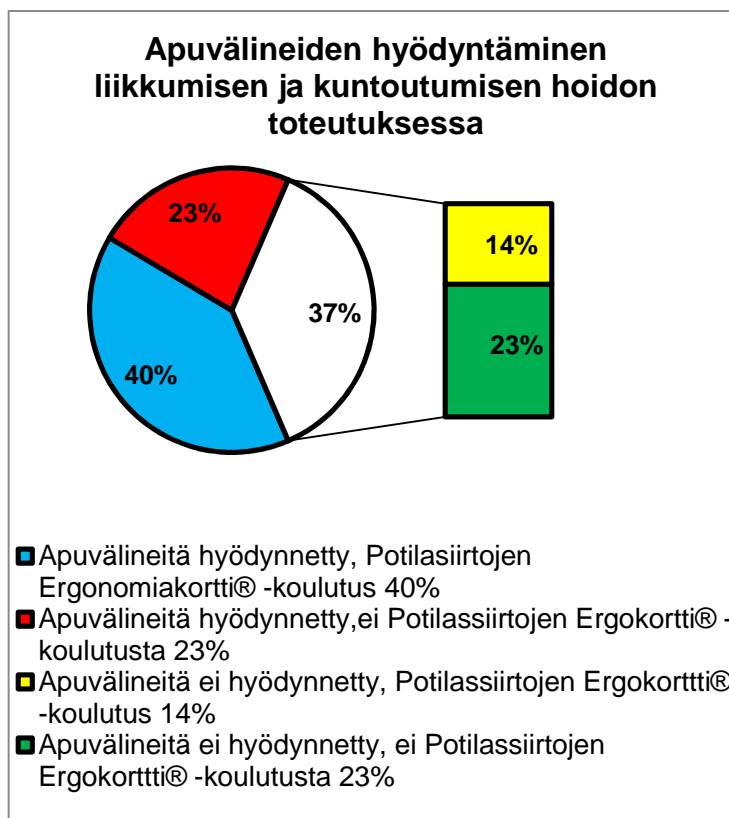
LIITE 3. Hoitosuunnitelman auditointilomake. Hygieniaan liittyvä hoidontarve

VÄITTÄMÄ	KYLLÄ	EI	KOMMENTIT
1 .Apuvälineitä käytetään	10 ergo, 8ei	3 ergo, 4 ei	
2.Toimintakyky ja hoitotyön tarve määriteltä ja arvioitu tulotilanteessa kuntouttavan hoitotyön mukaisesti	5 ergo 1 ei-ergo	1 ergo 4 ei-ergo	
3. Toimintakykyä arvioidaan hoitojakson aikana	3 ergo 1 ei ergo	12 ergo 29 ei ergo	toimintakykyä arvioidaan hoitojakson aikana heikosti
4. Kuntouttavan hoitotyön toteutus potilaan voimavaroja edistään ja omatoimisuutta tukien esim.pesuissa ja hygienian hoidossa autetaan vain niissä toimissa, joista potilas ei itse suoriudu. Potilas itse mukana voimavarojen mukaan. Hygienian hoito wc:ssä, suihkussa, tuolilla tai vuoteen reunalla istuen	12 ergo 8 ei-ergo	10 ergo 27 ei-ergo	

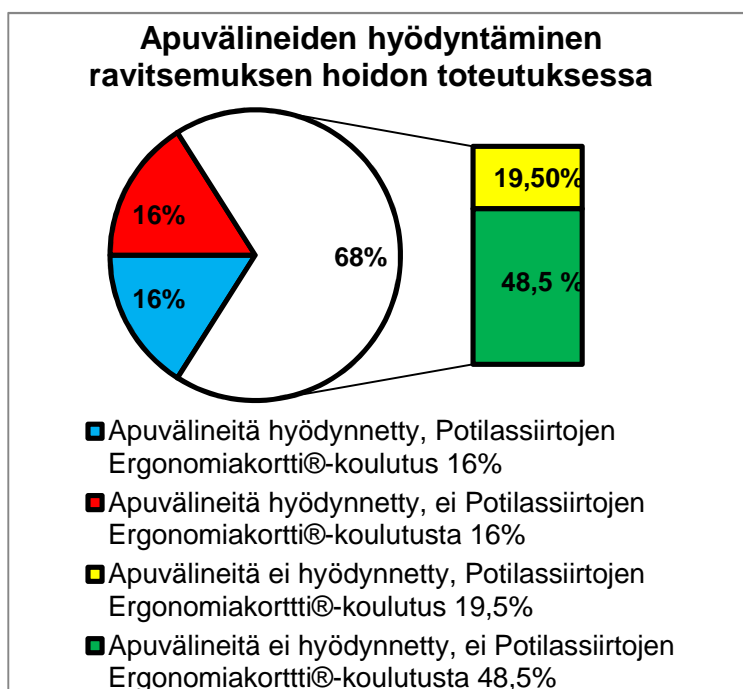
LIITE 4. Hoitosuunnitelman auditointilomake. Kommunikointi, vuorovaikutus ja emotionaaliseen tukeen liittyvä hoidontarve

VÄITTÄMÄ	KYLLÄ	EI	KOMMENTIT
1. Kommunikoinnin aste kirjattu tulotilanteessa	5 ergo 4 ei-ergo	1 hoitosuunnitelmassa ei kirjausta löytynyt	
2. Kirjaaminen toteavaa	11 ergo 22 ei ergo	15 ergo 13 ei ergo	Kirjaaminen enemmän toteavaa, kuvailevampaa ergokorttikoulutuksen suorittaneilla
3. Kirjaaminen potilaslähtöistä	14 ergo 10 ei ergo		
4. Emotionaaliseen tukeen liittyviä kirjauksia löytyy	3 ergo 2 ei ergo		Emotionaalisen tuen tarpeiden kirjaukset vähäisiä koko aineistossa
5. Kirjaaminen arvioivaa	18 ergo 13 ei ergo		

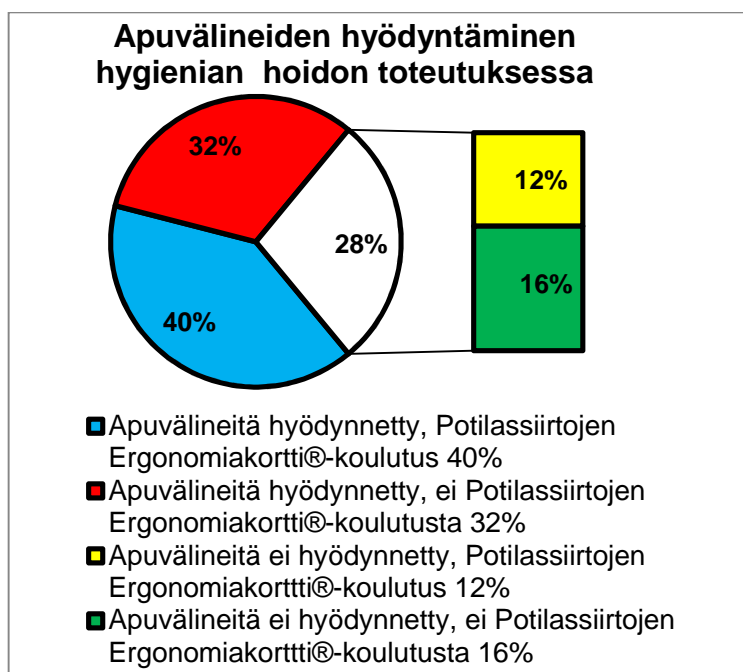
LIITE 5. Kuviot 1 – 15.



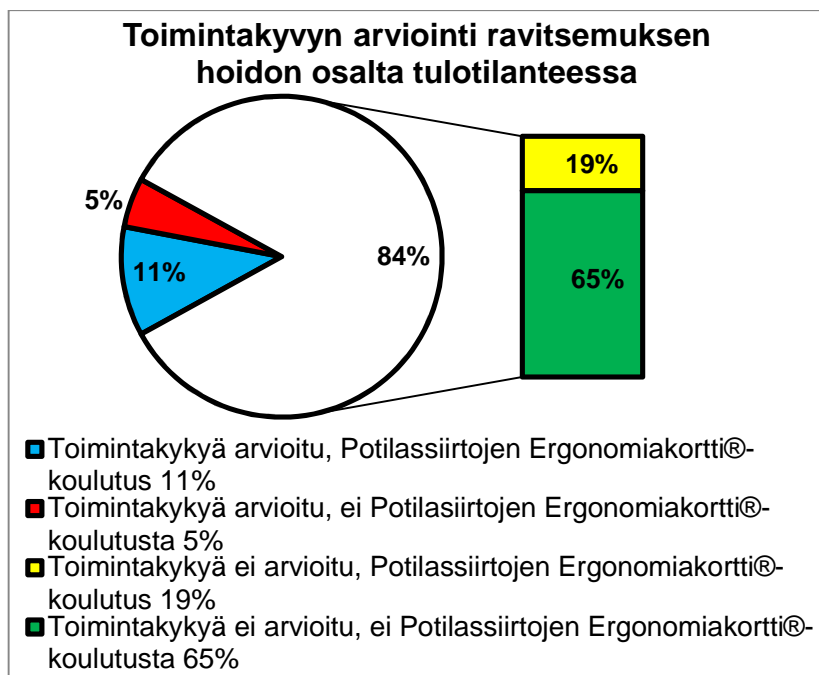
Kuvio 1. Apuvälineiden hyödyntäminen liikkuminen ja kuntoutuminen, toteutus



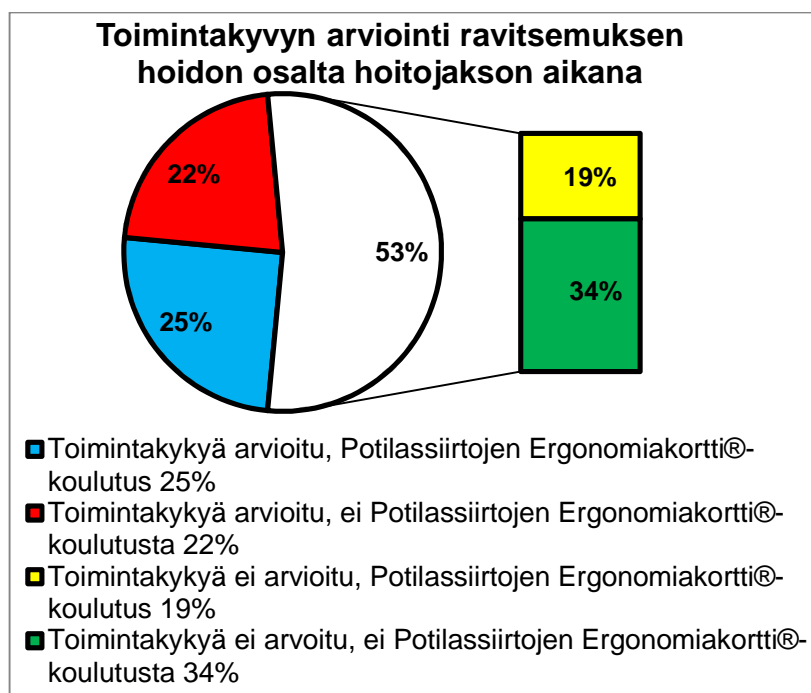
Kuvio 2. Apuvälineiden hyödyntäminen, ravitsemus, toteutus.



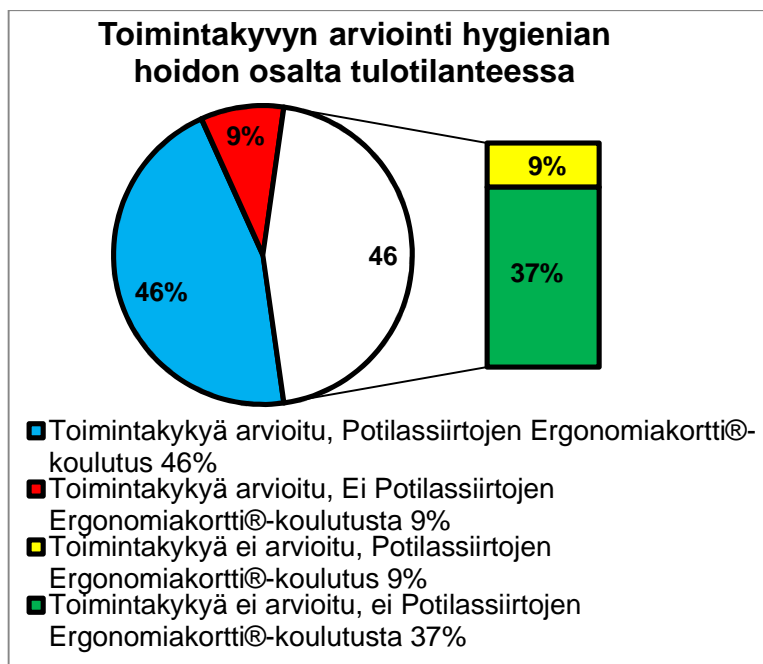
Kuvio 3. Apuvälineiden hyödyntäminen, hygienia, toteutus.



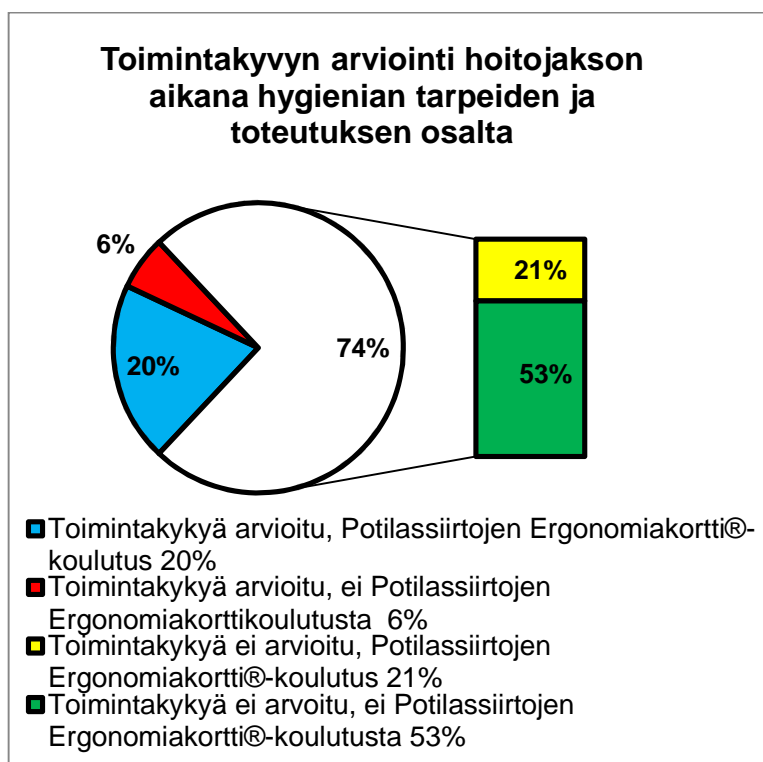
Kuvio 4. Toimintakyvyn arviointi, ravitseminen, tulotilanne



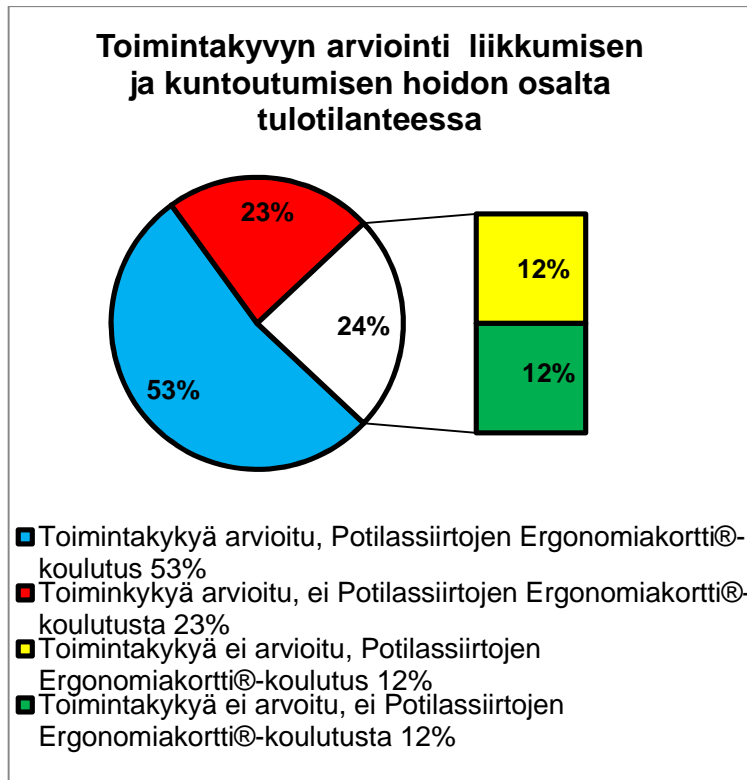
Kuvio 5. Toimintakyvyn arviointi, ravitseminen, hoitojakso



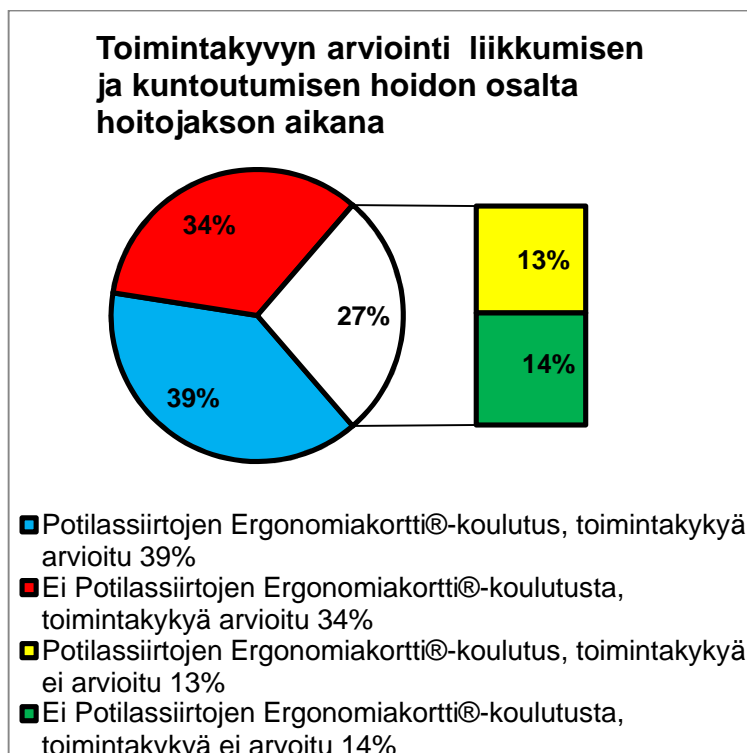
Kuvio 6. Toimintakyvyn arviointi hygienian hoidon osalta tulotilanteessa.



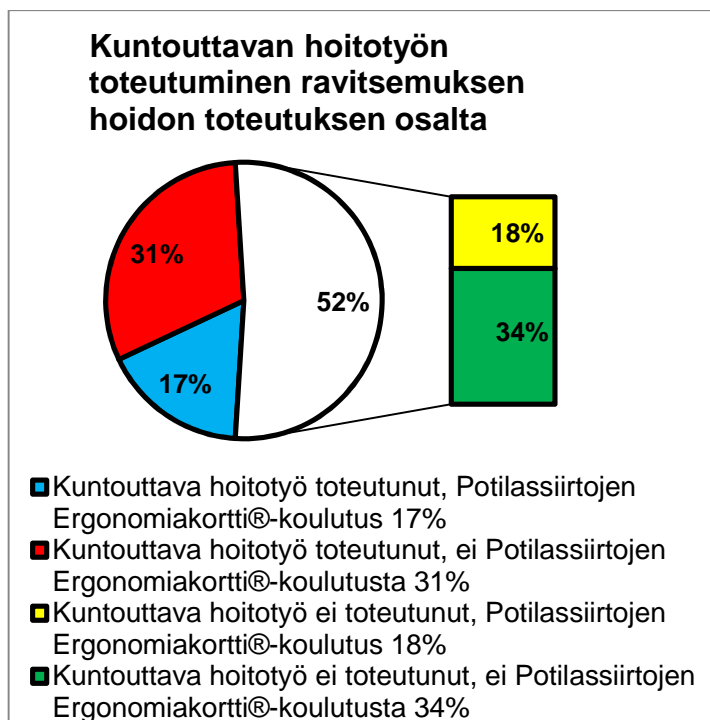
Kuvio 7. Toimintakyvyn arviointi hygienian hoidon osalta hoitojakson aikana.



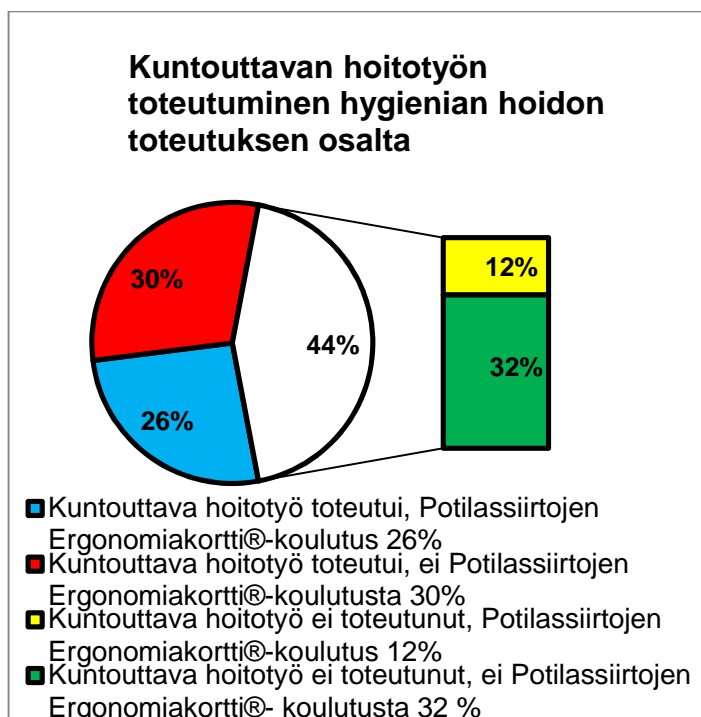
Kuvio 8. Toimintakyvyn arviointi, liikkuminen ja kuntoutuminen, tulotilanne.



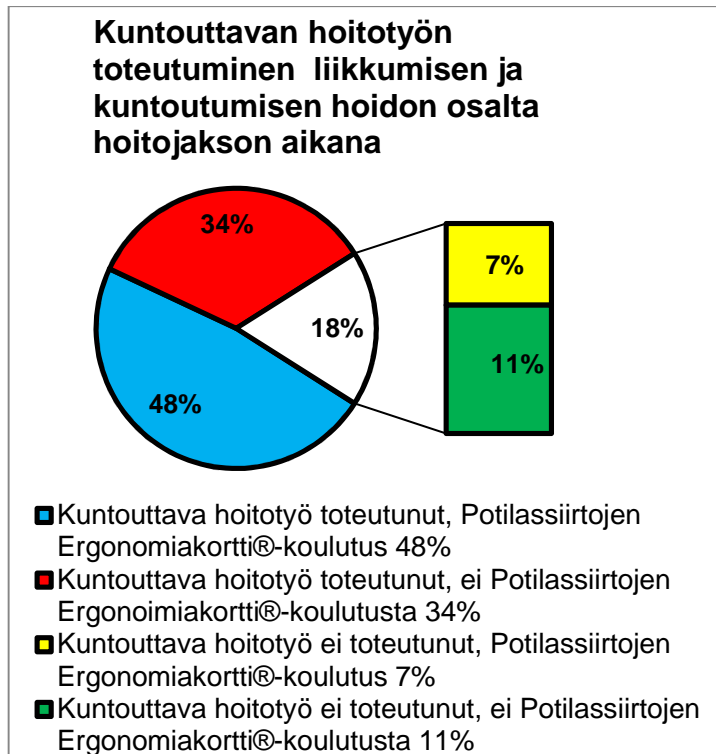
Kuvio 9. Toimintakyvyn arviointi, liikkuminen ja kuntoutuminen, hoitojakso.



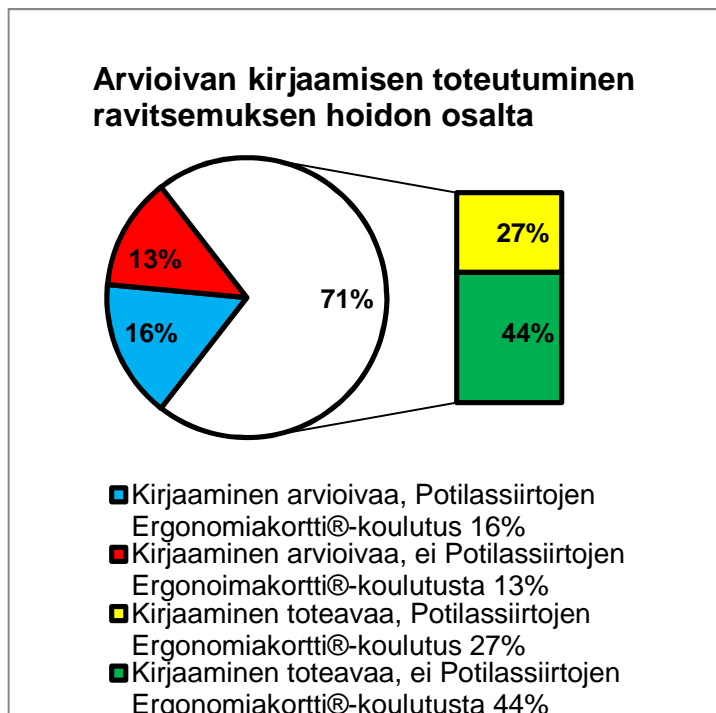
Kuvio 10. Kuntouttavan hoitotyön toteutuminen, ravitseminen



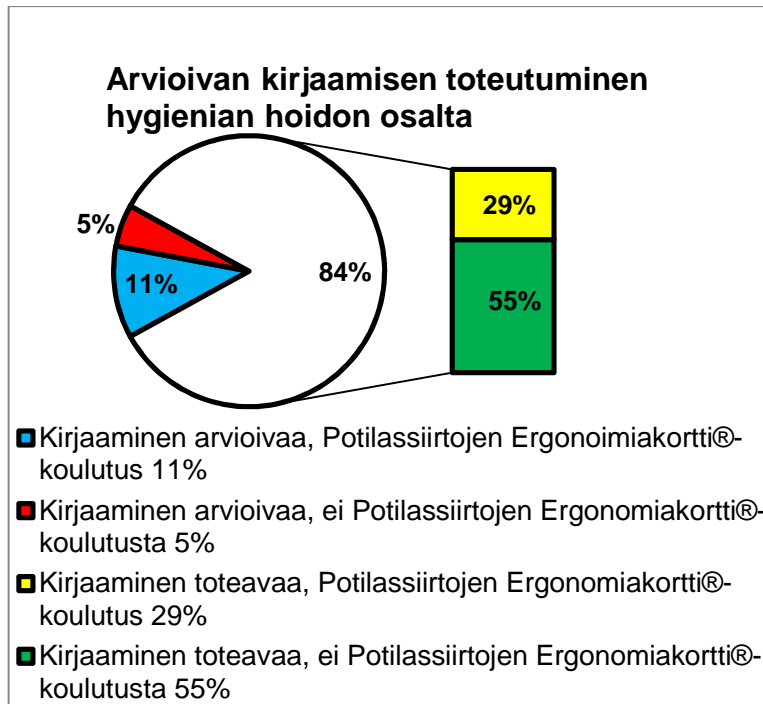
Kuvio 11 Kuntouttavan hoitotyön toteutuminen, hygienia



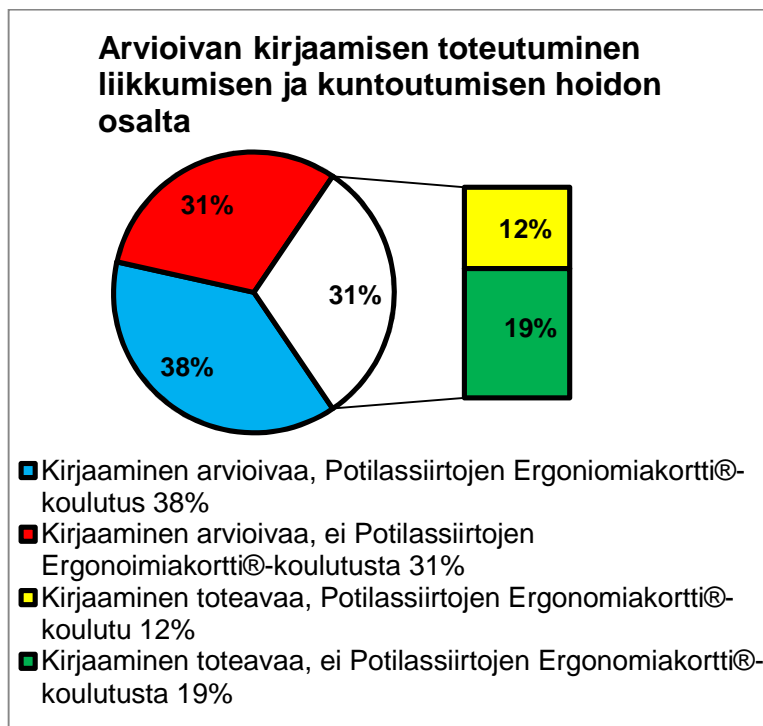
Kuvio 12. Kuntouttavan hoitotyön toteutuminen, liikkuminen ja kuntoutuminen, hoitajakso.



Kuvio 13. Arvioivan kirjaamisen toteutuminen, ravitsemus.



Kuvio 14. Arvioivan kirjaamisen toteutuminen, hygienia.



Kuvio 15. Arvioivan kirjaamisen toteutuminen, liikkuminen ja kuntoutuminen.

LIITE 6. Esimerkit kirjauksista

1) Toimintakyvyn arviointi, tarve, toteutus, ravitseminen:

auta g-tuoliin istumaan päivälliselle ja lounaalle, itse syö, NL. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

po vapaasti, auta tuoliin istumaan (tasapaino:kaataa), itse ruokaillee → seuraa ruokailu → huonosti syö → NL:n aloitus? Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

nokkamuki nousee vaivalloisesti suulle omin voimin. Saa kallistettua mukia, mutta koordinaatio ei ole ihan tarkkaa. Kertoo, että ruoka maistuu ihan hyvin, tykkää kotiruoasta, koska kokkailee itse paljon. Kirjaus: perushoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

kädestä pienellä avustuksella istumaan vuoteen reunalle ja syö itse. Haluaa itse voidella leivän. Toteaa avun tarjoukseen: kyllä minä itse. Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

2) Toimintakyvyn arviointi, tarve, toteutus, hygienia:

autettava, jos kivulias saa puettua hitaasti vaatteet päälle ja napitettua puseron. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus

kertoi, että selässä on kutinaa lapojen alueella, ei hammasproteeseja mukana, 1 avustamana ja ohjattuna suihkussa. Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

Suihkussa haluaa käydä iltapäivällä. Yhden hoitajan kevyellä tuella käynyt suihkussa, selän pesussa autettu, muuten omatoimisesti pessyt. Kuivaa ihoa rasvattu ja sibocortvoidetta laitettu ihottumakohtiin. Kirjaus: lähihoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

Suihkuun haluaa tänään. Suihkussa käytetty, itse saanut pestyä etupuolelta vasemmalla kädellä. Oikea käsi ei nouse korkealle, joten avustettu pesuissa. Pukemisessa avustettu sukat jalkaan, itse napittanut puseron ja laittanut housut jalkaan, siten että nostanut toisen jalan toisen jalan päälle ja hivuttanut housut jalkaan. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

Halusi suihkuun kun oli yöllä hikoillut niin paljon. Yhden hoitajan avustamana käynyt, hoitaja avusti selän ja hiusten pesussa. Iho puhdas ja siisti. Kirjaus: lähihoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

3) Toimintakyvyn arviointi, tarve, toteutus: liikkuminen ja kuntoutuminen

osin vuodepotilas kipujen takia, jaksaa kääntyillä hiljalleen kyljeltä toiselle avustettuna. Pylly nousee jonkin verran jaloilla, potilas siirtynyt hyvin vuoteelta G-tuoliin. Jalat kantaa, hankalinta päästä vuoteelta istualle. MOBILISIOINTI!

Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

toistaiseksi vuodepotilas, ei kykene kehotuksesta koukistamaan jalkoja. Lihusvoimaa jaloissa on. Kykenee liikkuttamaan käsiään ja päätään. Lihuskoordinaatio vielä hukassa, tokkurainen. Kylkiasennon kykenee pitämään. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus. eva-telineellä liikkuu, tarvitsee 1-2 hoitajan apua liikkumiseen, liikkumista estää potilaan kipu, autettuna sängyn reunalla istuu, istumatasapaino kohtuullinen, tasapaino taakse päin kallistuu, käsissä hyvät voimat.

Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

kahden hoitajan auttamana jaksaa hetken aikaa seistä. Kirjaus: lähihoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

aamupalan ja lounaan saanut. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

4) Kuntouttavan hoitotyön tarve, toteutus: ravitsemus:

aamupalan saanut. Kirjaus: lähihoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

ILTA: ruokaa syönyt vuoteen reunalla istuen. Yritti nousta hoitajan avulla tuolille ruokailun ajaksi, mutta jaloissa ei lihasvoima riittänyt enää. Lusikoi itse, mutta käsi tarisi kovasti ruokailun ajan hikikarpalot valuivat.

Kirjaus: lähihoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

Aamu: ruokaillut G-tuolissa istuen. Aamupala maistui. Lounaalle sai jo perusruoan. Vielä hieman ruokailuvälineet tärisevät mutta koordinaatio on parantunut.

Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta.

AAMU: lähes itsenäisesti syönyt aamiaisen. Puuron saanut lusikoitua suuhun itse, vaikka alkuun epäili miten tulee onnistumaan. Lounasruokaa syönyt itsenäisesti vuoteenpääty kohotettuna. Kirjaus: perushoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta.

AAMU: pystynyt hyvin syömään istuallaan lounaalla, aamupalan söi pääty koholla. Kirjaus: perushoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus.

5) Kuntouttavan hoitotyön tarve, toteutus: hygienia

ILTA: vaippa vaihdettu ja pikkupesut tehty sängyssä. Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutusta.

AAMU: vuodepesut tehty. Iho siisti. Kaulalla oik. mustelmaa. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutus.

AAMU: halusi suihkuun kun oli yöllä hikoillut. Yhden hoitajan avustamana käynyt, hoitaja avusti selän ja hiusten pesussa. Iho puhdas ja siisti. Kirjaus: lähihoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutusta.

AAMU: yhden hoitajan kevyellä tuella käynyt suihkussa, selän pesussa autettu, muuten omatoimisesti pessyt. Kirjaus: lähihoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutus.

AAMU: pesulapuilla ylävartaloa ja kasvoja pyyhkinyt. Hoitaja pyyhkinyt selän ja avustanut alapesussa. Puhdas pyjaman paita ja lyhytlahkeiset housut vaihdettu. Kirjaus: perushoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutusta.

AAMU: vuodepesut tehty. Potilas istunut oikeassa tuolissa, johon siirtynyt kahden avustamana. Tuolissa pyyhitty ylävartalo ja vaihdettu paita. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutus.

6) Kuntouttavan hoitotyön tarve, toteutus: liikkuminen ja kuntoutuminen

liikkuminen nyt hidasta kivun vuoksi. Käsissä heikot voimat. Istumaan nousussa tarvitsee apua. Nostettu sänkyä istuma-asentoon ja avustettu siten potilasta istumaan. Istumatasapaino on hyvä. Rollaattorin avulla huoneessa liikkuu. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutus.

AAMU: käynyt kahden hoitajan avustamana vessassa. Tarvitsee rohkaisua. Jalat kantavat hyvin. Itse helpottunut kun reissu onnistui eikä tarvii pelata alusastian kanssa. Kirjaus: sairaanhoitaja, ei potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutusta.

Aamu: hieman jaksaa takapuolta nostaa vuoteessa. Vuoteessa ollut koko aamupäivän. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutus.

asentoa kohennettu useasti. Paareilla suihkussa käynyt. Kirjaus: lähihoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®- koulutusta.

7) Hoidon tarpeen ja toteutuksen arvioiva kirjaaminen: ravitseminen:

tärkeää, että potilas itse alkaa ruokailemaan ja harjoittaa käsien lihasvoimaa nokkamukista juoden, NL, perusruoka. Kirjaus: perushoitaja, ergokorttikoulutus → ILTA: maidon joi itse, ei saanut lusikkaa suuhun asti, joten keitto syötetty: Kirjaus: perushoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

prv, nl, auta istumaan vuoteen reunalle/tuoliin syömään. Kirjaus: perushoitaja, ergokorttikoulutus → AAMU: aamupala maistui. Tarvitsee hieman apua sokeripalojen yms. pienten pakettien kanssa. Ruokaili istuen sängyn laidalla. Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

maito, maitokahvi+sokeri. Kirjaus: lähihoitaja, ei ergokorttikoulutusta → AAMU: aamupalan saanut. Kirjaus: lähihoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

8) Hoidon tarpeen ja toteutuksen arvioiva kirjaaminen: hygienia

autettava, tuolilla suihkuun, polveen voi käyttää kylmäpakkausta. Kirjaus: perushoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus

AAMU: ei halua aamusta suihkuun kun kipuja jaloissa ja käsissä. Haluaisi suihkuun päivällä jos kivut helpottaneet: Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

autettava, jos ei kivulias saa puettua hitaasti vaatteet päälle ja napitettua puseron". Kirjaus: perushoitaja, ergokorttikoulutus →

"Suihkussa autettuna käynyt, osin pesi itse. Kirjaus: perushoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

täysin autettava. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus

ILTA: vaihdettu vaippa/kroonikka. Vartaloa pyyhitty pesulapuilla. Vaihdettu oikea pyjama paita avopaidan tilalle. Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus.

AAMU: vuodepesut. vaippa vaihdettu. Kirjaus: sairaanhoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutusta.

9) Hoidon tarpeen ja toteutuksen arvioiva kirjaaminen: liikkuminen

viety rollaattori avuksi, koska kipuja varsinkin aamusta ennen kipulääkkeiden vaikutusta. Tarkista vielä, että saa rollaattorin lukosta auki.

Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutus

AAMU: liikkuminen nyt hidasta kivun vuoksi. Käsissä heikot voimat. Istumaan nousussa tarvitsee apua. Nostettu sänkyä istuma-asentoon ja avustettu siten potilasta istumaan. Istumatasapaino on hyvä. Rollaattorin avulla huoneessa liikkuu.

Kirjaus: sairaanhoitaja, Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus.

*AAMU:kahden avustamana plas nousi istumaan vuoteen reunalle ylävar-
talon pesun ajaksi. Väsyä vielä herkästi ja päätä alkaa huimata istuessa.
Molempia jalkoja jaksaa nostaa ylös alustasta samoin lantion seutua se-
kä ponnistaa apuna vuoteessa ylöspäin avustettaessa: Kirjaus: perushoi-
taja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta..*

AAMU: asentoa kohennettu useasti. Paareilla suihkussa käynyt.

Kirjaus: lähihoitaja, ei Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta.

*eva-telineellä liikkuu. Kirjaus: sairaanhoitaja, ei ergokorttikoulutusta →
asentoa vaihdettu kahden hoitajan avustama. Kirjaus: sairaanhoitaja, Po-
tilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus.*