

Kaisa Kalliokoski

SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN PÄIVYSTYSOSASTON
KIRJAAMISEN KUVAUS JA KEHITTÄMINEN

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2010

SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN PÄIVYSTYSOSASTON KIRJAAMISEN KUVAUS

Kalliokoski Kaisa
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tammikuu 2010
Opinnäytetyön ohjaaja: Kristiina Kurittu
YKL: 59.21
Sivujen lukumäärä: 44
Liitteet: 3

Avainsanat: potilasasiakirja, rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata mitä ja miten Satakunnan keskussairaalan päivystysosastolla kirjataan hoitosuunnitelmiin. Opinnäytetyön tehtävänä oli myös kehittää hoitotyön kirjaamista kyseisessä yksikössä rakenteisen kirjaamisen mukaisesti.

Opinnäytetyön aineisto muodostui 37:stä päivystysosaston hoitosuunnitelmasta, joita kerättiin kahden kuukauden ajalta. Hoitosuunnitelmien sisältöä analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Hoitosuunnitelmien kirjauksien strukturointia on esitetty opinnäytetyössä vertaamalla päivystysosaston kirjaamista rakenteisen kirjaamisen ohjeistukseen. Vertaamismallina työssä on käytetty kansallisesti yhtenäisen rakenteisen kirjaamisen luokituksia, komponentteja.

Tutkimustulokset osoittavat, että päivystysosaston kirjaamisen kokonaisuus on hajanainen, koska tietoa on kirjattu useaan eri paikkaan hoitosuunnitelmissa. Kirjaukset hoitotyön toteutuksesta korostuivat hoitosuunnitelmissa, mutta paljon oli kirjattu myös potilaan voinnin seurantaan. Vähän kirjauksia puolestaan löytyi hoitotyön arvioinnista ja suunnittelusta. Yleisesti kirjauksia leimasi kokonaisvaltainen hoitotyön prosessin puuttuminen. Kirjauksista lääkehoidosta ja jatkohoidosta olivat yksipuolisimpia ja siten puutteellisimpia.

Tutkimuksessa pohdittiin myös, miten kirjaamista voidaan strukturoida päivystysosastolla. Rakenteisen kirjaamisen mallina on käytetty kansallista FinCC – luokituskokonaisuutta. Tutkimustulosten mukaan hoitosuunnitelmia on mahdollista strukturoida, mutta se vaatisi ensisijaisesti hoitotyön prosessin sisäistämistä, jotta rakenteinen kirjaaminen toteutuisi laadukkaasti ja tarkoituksenmukaisesti. Rakenteisuudella on nähtävänä myös mahdollisuus tuoda hoitotyötä näkyvämmäksi. Mahdollisena jatkotutkimuksen aiheena hoitotyön prosessin toteutuminen Satakunnan keskussairaalan päivystysosastolla olisi perusteltu. Myös hoitohenkilökunnan asenteita rakenteista, sähköistä kirjaamista kohtaan voitaisiin selvittää tulevilla opinnäytetöissä.

DESCRIBING THE NURSING DOCUMENTATION SYSTEM IN THE ACCIDENT AND EMERGENCY DEPARTMENT AT SATAKUNTA CENTRAL HOSPITAL

Kalliokoski Kaisa
Satakunta University of Applied Sciences
Health Care Studies
Degree Programme in Nursing
January 2010
Tutor: Kristiina Kurittu
PLC: 59.21
Number of pages: 44
Appendices: 3

Keywords: nursing record, structured documentation, nursing process

The purpose of this study was to describe the format and methods of the nursing documentation system in the accident and emergency department at Satakunta Central Hospital. The purpose of this study was also to develop nursing documentation in this health care unit by following structured documentation guidelines.

Material for this study was collected from the accident and emergency department and included 37 patient nursing records. Material was collected within a period of two months. The data in this study was collected using the inductive content analysis method.

Patient records from the accident and emergency department have been compared to the national structured documentation guidelines.

Findings of this study have shown that the documentation at the accident and emergency department is unstructured and unorganized, because information is written in many different places on the nursing documents. There was a lot of documentation regarding the function of nursing, and also the patient's conditions were heavily documented. Very little documentation was recorded describing the planning and evaluation steps of the nursing process. Overall, documents were lacking the full description of the nursing process. Medications and follow-up treatments were documented one-dimensionally and for that reason those documents were insufficient.

The purpose of this study was also to determine how documentation at the accident and emergency department could be structured. The method for the structured documentation that was used in this study is the FinCC –classification system. This study shows that nursing documents are possible to structure with the FinCC –classification system, but it would first require knowledge of the nursing process. In this manner, the structured documentation would be implemented in the way it is intended to ensure a more preferred level of quality. Possible further study could be concerned with the execution of the nursing process at the Satakunta Central Hospital accident and emergency ward. Further studies could also be concerned with the nurses' attitudes towards the electronic structured documentation.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Keskeisten käsitteiden määrittely	6
2.2 Hoitotyö päivystyspoliklinikalla ja päivystysosastolla	8
2.3 Hoitotyön kirjaaminen Satakunnan keskussairaalan päivystysosastolla	9
3 KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	9
3.1 Hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	9
3.2 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen	12
3.3 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen	14
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
6.1 Tutkimusmenetelmän valinta	20
6.2 Aineiston keruu ja analyysi	21
7 TULOKSET	21
7.1 Päivystysosaston hoitosuunnitelmien kirjauksien sisältö	21
7.2 Yhteenveto päivystysosaston hoitosuunnitelmien kirjauksien sisällöstä	30
7.3 Kirjaamisen strukturointi päivystysosaston hoitosuunnitelmissa	32
7.4 Yhteenveto kirjaamisen strukturoinnista päivystysosaston hoitosuunnitelmissa	35
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	36
9 POHDINTA	38
LÄHTEET	40

LIITTEET

1 JOHDANTO

Kirjaamisen tarkoituksena on luoda edellytykset hoidon etenemiselle ja jatkuvuudelle, turvata hoidon suunnittelua, toteutusta ja onnistumisen arviointia. Tarkoituksena on siis kirjata potilaan hoidon ja jatkohoidon kannalta oleelliset asiat. Jo 1960-luvulta lähtien on puhuttu automaattisesta tietojenkäsittelystä (atk) terveydenhuollossa, mutta vasta 2000-luvulla kehitys on ollut voimakasta. (Ensio & Saranto, 2004, 13.) Hoitotyön tietoja on aikaisemmin kirjattu enimmäkseen kertovassa muodossa, jolloin tietoa on vaikea hakea ja hyödyntää. On tarve yhtenäisille käsitteille, koodistoille ja luokituksille. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2008a.)

Suomessa on lähdetty rakenteistamaan hoitotyön kirjaamista. Puhutaan Kansallisesti yhtenäisestä hoitotyön kirjaamismallista, jolla tavoitteena on rakenteinen yhtenäinen kirjaamistapa koko Suomessa, ja joka tuo käsitteellistä selkeyttä hoitotyön kirjaamiseen. Rakenteinen kirjaaminen on systemaattista, joka tarkoittaa, että on sovittu mitä, miten ja mihin kirjataan. (Saranto ym. 2007, 66.) Rakenteisessa kirjaamisessa määritellään etukäteen otsikkotaso kirjattavasta tiedosta, käsitteiden luokittelu ja kooditukset. Hoitotyön kirjaamisen rakenteena käytetään hoitotyön prosessimenetelmää ja sen sisällä erilaisia luokituksia. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaamismalli perustuu hoitotyön ydintietoihin (hoitotyön keskeiset sisällöt) ja FinCC- luokituksen (Finnish Care Classification eli Kansallinen hoitotyön luokituskokonaisuus). FinCC- luokitus sisältää hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0), hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0), hoidon tuloksen tilan luokituksen (SHTuL 1.0) (Opas FinCC –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa, 2008). Suomessa siirrytään rakenteiseen sähköiseen kirjaamiseen viimeistään vuonna 2011 (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007).

Kansallisesti yhtenäiseen rakenteiseen hoitotyön kirjaamiseen siirtymisen mahdollisuudet ovat lukuisat. Hoidon laatua ja potilasturvallisuutta voidaan parantaa ja uusia, kustannustehokkaampia toimintamalleja ottaa käyttöön, kun sähköiset potilasasiakirjajärjestelmät saadaan kattavaan käyttöön koko maassa. Tiedon kulku organisaatiosta toiseen helpottuu; lähetteet, lääkitystiedot, erilaiset todistukset ym. siirtyvät nopeasti sähköisessä muodossa (STM 2004). Rakenteisen kirjaamisen

etuihin voidaan lukea myös hoitotyön tietojen kansallinen arkistointi, moniammatillinen tiedon haku ja käyttö esimerkiksi päätöksenteossa, tiivistelmien ja/tai yhteenvedojen muodostamisessa eri tarkoituksiin, tiedon saanti koko hoitoprosessin etenemisestä, tilastojen ja raporttien saanti hoitotyön johtamiseen, suunnitteluun, toiminnanohjaukseen ja laadun varmistamiseen. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2008b.)

Tarve sähköisen kirjaamisen tarkastelulle Satakunnan keskussairaalan päivystysosastolla syntyi keväällä 2008, jolloin keskustelimme Satakunnan keskussairaalan kirjaamisasiantuntija Anne Kuusiston kanssa yhteispalaverissa kirjaamisen puutteista ja heikkouksista. Ilmeni, että päivystyspoliklinikka, joka tekee yhteistyötä päivystysosaston kanssa, olisi kirjaamisen tarkastelun tarpeessa. Syynä tähän oli muun muassa juuri tekeillä ollut Sadeharjun (2008) opinnäytetyö, jossa todettiin sähköisiä hoitotyön yhteenvedoja tuotettavan hyvin niukasti. Perusteena aiheelle oli myös käytännön tieto päivystyspoliklinikan ja päivystysosaston kiireellisestä työtahdistista, joka asettaa paineita laadukkaalle kirjaamiselle. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata hoitotyön kirjaamisen nykytilaa ja kehittää sähköistä kirjaamista Satakunnan keskussairaalan päivystysosastolla.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Keskeisten käsitteiden määrittely

Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjoihin määritellään kuuluvaksi potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (STM:n asetus potilasasiakirjoista 2009).

Sähköinen potilaskertomus

Sähköinen potilaskertomus on potilaalle kokonaisvaltaisesti annetun hoidon asiakirja. Sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan yleisesti sairauskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikan avulla. Laajemmin määriteltynä sähköinen potilaskertomus sisältää välittömästi hoitoon liittyvien tietojen lisäksi myös sellaisia tietoja joita käytetään epäsuorasti potilaan hoitoon, kuten esimerkiksi hoidon järjestämiseen, toiminnan ja laadun seurantaan liittyvät tiedot. (Saranto ym. 2007, 97.)

Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu hoitosuunnitelman avulla, josta tulee ilmetä, miten potilasta on hoidettu sekä hoidon lopputulos. Hoitotyön kirjaamisella luodaan edellytykset potilaan hoidon etenemiselle ja jatkuvuudelle. Hoitosuunnitelma sisältää esitietojen hankinnan, varsinaisen hoitosuunnitelman laatimisen, hoitotyön yhteenvedon, jatkohoidon ja kotiutuksen suunnittelun. Kirjatusta tiedosta tulisi löytyä nopeasti oleellinen potilaan hoitoon liittyvä tieto. (Hallila, 2005, 56-57; Castren ym. 2009, 74.)

Rakenteinen kirjaaminen

Tiedon rakenteisuus potilastietojärjestelmässä merkitsee otsikkotason tietoja, tiedon muotoa sekä luokitusten tai koodistojen käyttöä. Rakenteistettu tieto tekee hoitoprosessista näkyvää ja tiedon hyödyntäminen eri tarkoituksiin on mahdollista. Potilaan hoidon jatkuvuus ja toimintaprosessin kehittämisen mahdollisuus sujuvoituvat yhtenäisen hoitotiedon ja toimintakäytänteiden ansiosta. Rakenteisessa kertomuksessa hoitotyön kirjaaminen tapahtuu kansallisesti määriteltujen ydintietojen perusteella. Ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenvedo ja hoitoisuus) tarkoittavat potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joiden on oltava kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla. Ydintietojen käytön edellytyksenä ovat vakioidut luokitukset, nimikkeis-

töt ja sanastot, jotta tietoja voidaan hyödyntää ja siirtää tietojärjestelmissä. (Hopia & Koponen, 2007, 113-114; Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2008b.)

Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessimalli on potilaskohtainen ja yksilöllisyyttä tavoitteleva ja jonka avulla voidaan jäsentää potilaan hoitotapahtuman kirjaamista (Ensio & Saranto 2004, 39). Hoitotyön prosessi on systemaattinen, järjestelmällinen ja tarkoituksenmukainen. Hoitotyön prosessi ei käytännössä etene prosessin vaiheiden mukaisesti, vaan monia asioita tapahtuu yhtä aikaa, eikä kaikkia osia voida erottaa toisistaan. Prosessimenetelmää voi siis pitää vain ajattelun apuvälineenä, ei toimintaohjeena. Yleisesti hoitotyön prosessiin tiedetään kuuluvan hoitotyön tarpeenmäärittely, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteuttaminen ja hoitotyön arviointi. (Hallila 1998, 41; Yura ja Walsh 1988, 1-2.)

2.2 Hoitotyö päivystyspoliklinikalla ja päivystysosastolla

Jokaisella Suomessa asuvalla on laillinen perusoikeus saada kiireellistä päivystyshoitoa ja terveydentilansa edellyttämää hoitoa kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen mukaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992). Päivystyspoliklinikan perustehtävä on henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjuminen. Päivystyspoliklinikka voi olla perusterveydenhuollon päivystys, erikoissairaanhoidon päivystys tai yhteispäivystys. Päivystyspoliklinikan toiminnalle tyypillistä on ennakoimattomuus, nopeasti muuttuvat tilanteet, urakkatahtinen työ, tiimityöskentely ja moniammatilliset työryhmät. (Castren ym. 2009, 61, 63.)

Päivystysosasto on päivystyspoliklinikan yhteydessä toimiva vuodeosasto, jossa potilas viipyy keskimäärin vuorokauden. Osastolle potilas tulee useimmiten päivystyspoliklinikan kautta. Osastolla hoidetaan kaikkien erikoisalojen potilaita, toteutetaan myös toimenpiteiden jälkeistä seurantaa, valmistellaan toimenpiteisiin

ja annetaan lääketiputuksia. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2009.)

2.3 Hoitotyön kirjaaminen Satakunnan keskussairaalan päivystysosastolla

Sähköinen potilastietojärjestelmä on osa kehittyvää terveydenhuoltoa ja myös Satakunnan keskussairaalassa ollaan siirtymässä täydellisesti sähköiseen kirjaamiseen vuonna 2011 (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007).

Kirjaaminen Satakunnan keskussairaalassa tapahtuu pääsääntöisesti edelleen manuaalisesti. Potilaan hoitjakson loppuessa sairaalan ohjeiden mukaan pitäisi jatkohoitoon siirtyvästä potilaasta laatia hoitotyön yhteenveto annetusta hoidosta, hoidon tuloksista ja jatkohoitosuunnitelmista (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2008d). Hoitotyön yhteenveto (HOIY=hoitotyön yhdistelmälehti) on ainoa potilasasiakirjojen sähköisesti kirjattava osa. Hoitotyön yhdistelmälehteä tiedetään täytettävän kuitenkin äärimmäisen harvoin (Sadeharju 2008, 25).

Sähköistä hoitotyön kirjaamista Satakunnan sairaanhoitopiirissä on kehitetty systemaattisesti. Kirjaamiskoulutus antaa valmiuksia ja helpottaa siirtymistä päivittäiseen sähköiseen kirjaamiseen ja kansallisten palvelujen käyttöönottoon (Kuusisto, 2008a).

3 KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

3.1 Hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Terveydenhuollon tietoyhteiskunnan kehittämistä ohjaavat useat organisaatiot yli valtion rajojen sekä valtakunnallisesti että alueellisesti (Honkimaa-Salmi 2006, 20). Hoitotyön kirjaamista ohjaavat pääasiallisesti seuraavat lait, asetukset ja

ohjeet: Henkilötietolaki 1999, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, STM:n asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 2001, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007, STM:n opas terveydenhuollon henkilöstölle 2001 ja STM:n asetus potilasasiakirjoista 2009 (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2008c; Holli, 2009).

Lähtökohtana potilastietojen käsittelyssä on henkilötietolaki (1999). Henkilötietolaki edellyttää hoitohenkilökunnalta vaitiolovelvollisuutta. Hoitajan ei tule antaa sivullisille toisesta henkilöstä henkilötietojen käsittelyyn liittyviä toimenpiteitä suorittaessaan saamiaan tietoja hänen ominaisuuksistaan, henkilökohtaisista oloista tai taloudellisesta asemasta. Myös Sairaanhoitajaliitto (1996) ohjaa eettisten ohjeiden mukaan samanlaisesti; sairaanhoitajan tulee pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Lisää ohjausta antaa STM:n opas terveydenhuollon henkilöstölle (2001:3), jossa mainitaan potilasasiakirjojen tietojen olevan arkaluonteisia ja salassa pidettäviä. Hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvilla henkilöllä on oikeus käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa edellyttävät. Potilasasiakirjoihin saa merkitä ainoastaan käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja. Potilasasiakirjamerkintöjen oikeellisuudesta ja virheettömyydestä vastaaminen kuuluu terveydenhuollon ammattihenkilölle, joka tekee kyseiset merkinnät. Potilasasiakirjoihin ei saa merkitä tietoja muusta henkilöstä kuin potilaasta itsestään, paitsi jos kyseinen tieto on hoidon kannalta välttämätön. Potilaskertomukseen tulee tehdä yksityiskohtaiset merkinnät, jos epäillään potilas-, laite- tai lääkevahinkoa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöiden merkitsevän potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot.

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007) tarkoituksena on edistää asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lain tarkoituksena on toteuttaa yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä palvelujen tuottamiseksi potilas-

turvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 2001 tarkentaa sitä, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista tarkoitetaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamisella. Potilasasiakirjoista tulee ilmetä seuraavat tiedot potilaasta: nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot. Potilaan yliherkkyyksistä ja vastaavista riskitekijöistä on tehtävä potilasasiakirjoihin merkintä, mikäli kyseinen tieto on saatavilla. Potilaskertomuksessa tulee näkyä merkinnät jokaisesta potilaan avohoito- ja kotihoitokäynnistä ja osastohoitojaksosta. Hoitajaksojen ja käyntien osalta tulee ilmetä tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystilä, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä lopulausunto. Terveystieteiden toimintayksikössä tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä nimensä potilasasiakirjoihin, merkinnän tekijän nimi, asema ja ajankohta. Tarvittaessa jokainen hoitoon osallistunut on kyettävä selvittämään potilasasiakirjoista. Potilasasiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä tulee ilmetä hoidon toteutustapa, hoidon aikana ilmenneet erityiset asiat, hoitoa koskevat päätökset, jotka on tehty hoidon aikana sekä päätösten perusteet. Hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten riskit ja perusteet pitää olla myös selvitettyinä potilasasiakirjassa. Potilasasiakirjoihin tehtävät merkinnät tulee olla aikajärjestyksessä ja riittävän usein kirjattuna. Kirjauksia tulee tehdä potilaan tilan muutoksista, tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta. Hoitosuunnitelmaan tehdään merkintöjä päivittäin potilaan tilasta, hoitotoimista ja vastaavista seikoista. Potilasasiakirjoihin kirjaukset tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Lyhenteiden ja käsitteiden käyttö on sallittua vain, jos lyhenne tai käsite on yleisesti tunnettu ja/tai hyväksytty. (STM:n asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä 2001.)

STM:n asetus potilasasiakirjoista (2009) määrää vastaavanlaisesti kuin asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (2001). Potilasasiakirja-asetus sisältää kuitenkin muutamia lisäyksiä. Asetus määrää terveydenhuollon toimintayksikölle velvollisuuden pitää jokaisesta

potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilasasiakirjamerkinnot tulee tehdä viivytyksettä potilasasiakirjoihin, potilasasiakirjat tulee pitää alkuperäisessä muodossaan, eikä potilaskertomusta tai sen osaa tule kopioida. Potilaskertomuksessa tulee olla seuraavat perustiedot: saapuneiden tietojen osalta saapumisajankohta ja lähde; alaikäisen potilaan osalta huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Palvelutapahtumia koskevista tiedoista tulee käydä ilmi tarpeellisessa laajuudessa tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystarve, jottopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Konsultaatiosta ja/tai hoitoneuvottelusta tulee tehdä merkintä potilaskertomukseen. Potilaan tutkimuksesta tai hoidosta kieltäytyminen tulee merkitä potilaskertomukseen.

3.2 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen

Hoitotyön prosessimalli on systemaattinen, potilaan hoitotapahtumaa jäsentävä ja tarkoituksenmukainen tapa kuvata hoitotyötä. Prosessi on yksilöllisyyttä tavoitteleva ja siinä potilas on kaiken toiminnan lähtökohta. (Ensio & Saranto 2004, 39; Roper, Logan & Tierney 1992, 33). Hoitotyön prosessin hyötyjä ovat hoidon laadun paraneminen, kustannusten pieneminen, potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa ja hoidon jatkuvuus. Huolellisesti täytetty hoitosuunnitelma parantaa hoidon laatua, sillä hoitotyön prosessia oikein toteuttaen potilas on ympärivuorokautisessa suunnitellussa hoidossa sekä se takaa informaation siirtymisen työntekijältä toiselle. Myös hoitotoimenpiteiden toistaminen vähenee. (Atkinson & Murray 1994, 4, 7). Hoitotyön prosessi jaetaan Suomessa sovellettuna neljään vaiheeseen; tarpeen määrittämiseen, suunnittelemiseen, toteuttamiseen ja arvioimiseen (Roper, Logan & Tierney 1992, 21-22; Hallila 1998, 41; Saranto & Sonninen 2007, 13; Hopia & Koponen 2007, 6). Hoitotyön toiminta ei kuitenkaan etene todellisuudessa prosessin vaiheiden mukaisesti, koska jokaista vaihetta toteutetaan jatkuvasti. Prosessimenetelmä on siis vain ajattelun apuväline, ei toimintaohje. (Yura & Walsh, 1988, 1-2; Kratz, 1984, 15-16.)

Ension ja Sarannon mukaan hoidon tarpeenmäärittely sisältää potilaan anamneesin, taustatiedot, statuksen, nykytilan ja diagnoosin (Ensio & Saranto 2004, 39). Hoitaja pyrkii määrittelemään potilaan terveydentilan, toteamaan sairauden ja olemassa olevat ja mahdolliset ongelmat sekä määrittelemään asiakkaan terveet puolet. Potilaan ja hoitotyön ongelmat tulisivat erota selvästi toisistaan. Ongelmat voivat olla fyysisiä, emotionaalisia tai sosiaalisia. (Hallila 1998, 48; Kratz 1984, 15-16.) Kuusiston mukaan tarpeen määrittelyvaiheessa vastataan kysymyksiin: miksi potilas on tullut sairaalaan ja mikä on potilaan vointi (Kuusisto, 2007a, 8).

Hoidon suunnitteluvaiheessa asetetaan tavoitteet tunnistettujen ongelmien ratkaisemiseksi tai pienentämiseksi sekä odotettavien tulosten määrittelemiseksi. (Kratz 1984, 15-16; Ensio & Saranto 2004, 39, 42; Hallila 2005, 84). Tavoitteet tulee asettaa yhteisymmärryksessä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa, jolloin potilaalle pitää antaa riittävästi tietoa päätöksenteon tueksi (Hallila 1998, 73). Kuusiston mukaan hoidon suunnitteluvaiheessa vastataan kysymyksiin: miten potilasta autetaan, tuetaan ja helpotetaan hoitotyön keinoin? (Kuusisto, 2007a, 8).

Hoidon toteutus sisältää Ension ja Sarannon mukaan hoitotyön kirjaukset tehdyistä toimenpiteistä ja toiminnoista (Ensio & Saranto, 2004, 39). Hoidon toteutus koostuu hoitotyön auttamismenetelmistä. Auttamismenetelmät voivat olla konkreettisia menetelmiä kuten syöttäminen, juottaminen ja pukeminen tai non-verbaalisia menetelmiä kuten ohjaus, tukeminen ja ajan antaminen. Auttamismenetelmiä ovat myös lääkärin määräysten toteuttaminen, lääkehoito, potilaan elintoimintojen tarkkailu ja tukeminen, erilaiset hoitotoimet sekä yhteydenpito omaisiin ja läheisiin (Hallila 1998, 78, 81; Kassara ym. 2006, 59). Kuusiston mukaan hoidon toteutuksen vaiheessa vastataan kysymykseen: mitä on tehty (Kuusisto, 2007a, 8).

Hoitotyön prosessissa arvioinnilla pyritään selvittämään, onko hoitotyö ollut tavoitteiden mukaista, tuloksellista ja tehokasta. Hoidon vaikuttavuutta on mahdollista arvioida vain, jos potilaalle on tehty riittävän käytännönläheinen ja tavoitteellinen hoitotyön suunnitelma. Hoitotyön arviointi kuuluu hoitotyön jokaiseen vaiheeseen. (Kassara ym. 2006, 59; Kratz 1984, 15-16). Ension ja Sarannon mukaan

hoitotyön arviointiin sisältyvät hoidon tulokset, epikriisi, yhteenveto ja hoitopalaute (Ensio, Saranto 2004, 39). Kuusiston mukaan hoitotyön arvioinnin vaiheessa vastataan kysymyksiin: minkälainen vointi on hoidon päättyessä, minkälaisia hoitotyön vaikutuksia ja tuloksia saatiin (Kuusisto, 2007a, 8).

3.3 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Tiedon rakenteisuus potilastietojärjestelmässä merkitsee otsikkotason tietoja, tiedon muotoa sekä luokitusten tai koodistojen käyttöä. Rakenteistettu tieto tekee hoitoprosessista näkyvää ja tiedon hyödyntäminen eri tarkoituksiin on mahdollista. Potilaan hoidon jatkuvuus ja toimintaprosessin kehittämisen mahdollisuus sujuvoituvat yhtenäisen hoitotiedon ja toimintakäytänteiden ansiosta. Rakenteisessa kertomuksessa hoitotyön kirjaaminen tapahtuu kansallisesti määriteltyjen ydintietojen perusteella. Ydintiedot tarkoittavat potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joiden on oltava kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla. Ydintietojen käytön edellytyksenä ovat vakioidut luokitukset, nimikkeistöt ja sanastot, jotta tietoja voidaan hyödyntää ja siirtää tietojärjestelmissä. (Hopia & Koponen, 2007, 113, 114.)

Sähköisen kirjaamisen hyödyntäminen on jäänyt vajaaksi, koska eri tietojärjestelmät eivät ole kommunikoineet keskenään. Systemaattisuus kirjaamisessa tarkoittaa yhtenäisyyttä eli mitä, mihin ja miten kirjataan. Kirjaamisen systemaattisuus ja määrätty tavat tallentaa ja säilyttää tietoa luovat vaihtoehtoja myöhempään tietojen hyödyntämiseen. Tulevaisuudessa kaikissa terveydenhuollon yksiköissä tullaan käyttämään kansallista rakennetta, jota kaikki ohjelmistot sitoutuvat käyttämään. (Saranto ym. 2007, 66; Sairaanhoitajaliitto, 2007.) Rakenteinen kirjaaminen yhtenäistää hoitotyön käsitteitä, tukee hoitotyön kirjaamiseen perehdyttämistä ja ohjausta sekä parantaa kirjaamisen ja hoidon laatua. Potilaan hoitotiedoista on mahdollista koota erilaisia tietokokonaisuuksia eli näkymiä, joita voidaan käyttää muun muassa läheteissä, tiivistelmissä, hoitopalautteissa ja yhteenvedoissa. Myös hoidon laatua ja vaikuttavuutta voidaan mitata liittämällä arviointimittareita rakenteisiin hoitotyön tietoihin. Rakenteisesti kirjattujen tietojen yhtenäisyys helpottaa potilaan hoitoa koskevien tietojen hakua; tietoja voidaan hakea esimer-

kiksi yhtenäisten luokitusten, koodistojen ja otsikoiden avulla potilaskertomusjärjestelmistä. (Hopia & Koponen, 2007, 116-117.)

Rakenteinen hoitotyön kirjaamisen pohjana käytetään Suomalaista hoitotyön luokitusta (FinCC eli Finnish Care Classification). FinCC sisältää Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0.1), Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0.1) ja hoidon tuloksen tilan luokituksen (SHTuL 1.0). SHTaL:lla ja SHToL:lla on yhtenevä rakenne (komponentti-, pääluokka- ja alaluokka taso), sillä niillä molemmilla on 19 samannimistä komponenttia eli hoitotyön sisältöaluetta ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Komponentit kuvaavat abstrakteinta tasoa. Käytännössä kirjaamisessa käytetään pääluokka- ja alaluokka tasoa. SHTuL on uudempi luokitus, jolla arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla, jotka ovat: tulos ennallaan, tulos parantunut ja tulos heikentynyt. (Opas FinCC –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa, 2008.) Hoitotyön prosessi on isona osana rakenteista kirjaamista. Hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi näkyvät rakenteisessa kirjaamisessa hoidollisen päätöksenteon vaiheina. Ensimmäinen askel rakenteisen kirjaamisen oppimiseen onkin siis oppia hoitotyön prosessin mukaisen hoidon suunnittelun, toteutuksen, arvioinnin kirjaaminen. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2008a.)

4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

4.1 Tutkimukset hoitotyön kirjaamisesta

Hietanen, Pitkänen & Vilmi (1995) mainitsevat hoitotyöntekijöiden yleisesti hoitavansa tehtävät hyvin, mutta vastuu potilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä ei ole selvää. Taustatekijöinä saattaa olla rutinoitunut päätöksenteko sekä perinteinen näkemys hoitotyön epäitsenäisyydestä, muiden päätöksiä toteuttavana toimin-

tana. Päivystyspoliklinikoilla yleinen tehtäväkeskeinen työskentelymalli ei myöskään tue hoitotyöntekijöiden mahdollisuutta potilaslähtöiseen hoitotyöhön ja oman vastuun ottamiseen potilaan hoitamisessa.

Lehikoinen ym. (1999) on tutkinut hoitotyön prosessin laatua ja eettisyyttä Pohjois-Karjalan psykiatrian toimintayksikössä. Tutkimus osoitti suurimmiksi kirjaamisen sisällöllisiksi puutteiksi hoitotyön diagnoosien ja tavoitteiden asettelun vähyden. Hoitotyöntekijät eivät tutkimuksen mukaan hallitse mitään hoitotyön mallia tai teoriaa tai se ei tule ilmi kirjaamisista. Kirjaamisen laadun taso osoitettiin epätasaiseksi.

Nurminen ja Santala (2007) selvittivät opinnäytetyössään hoitotyön prosessinmukaisen kirjaamisen toteutumista ikääntyneiden laitoshoidossa. Tutkimus osoitti hoitotyön tarpeen määrittelyn olevan riittävää, tavoitteita löytyvän melko hyvin ja hoitotyön auttamismenetelmiä kirjattavan hyvin. Puolestaan hoitotyön diagnooseja, arviointia sekä non-verbaalisia menetelmiä hoitosuunnitelmista ei löytynyt.

4.2 Tutkimukset hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta

Lauri, Murto & Lehti (1997) ovat tutkineet polikliinisen hoidon elektronista kirjaamista Turun yliopistollisessa keskussairaalaissa. Tutkimuksessa todetaan, että elektronisesti kirjatut hoitosuunnitelmat olivat huomattavasti manuaalisesti kirjatutuja hoitosuunnitelmia paremmin toteutettuja. Potilaan hoitoontulositystä, tehdyistä tutkimuksista, toimenpiteistä, ohjauksesta ynnä muusta saatiin selvempi kuva hoitosuunnitelmissa.

Honkima-Salmi (2006) on tutkinut Kanta-Hämeen keskussairaalan operatiivisen tulosalueen hoitotyöntekijöiden kokemuksia sähköisen potilastietojärjestelmän käytön aloittamisesta. Tutkimustulosten mukaan sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon koettiin pääsääntöisesti positiivisena ja nykyaikaisena uudistuksena. Myönteinen suhtautuminen sähköistä potilastietojärjestelmää kohtaan oli seurausta järjestelmän käyttökokemuksesta. Sähköiseen potilastieto-

järjestelmään siirtymistä odotettiin innokkaasti, mutta se aiheutti samanaikaisesti stressiä. Sähköisellä potilastietojärjestelmällä koettiin olevan useita hyviä ominaisuuksia kuten nopea tiedonsiirto, helppo tietojen saatavuus, työn helpottumien muun muassa järjestelmän rakenteisuuden vuoksi. Etätöiden lisääntyminen ja potilaan terveystietojen sähköinen kulkeminen potilaan mukana koettiin tulevaisuuden visioiksi. Sähköiseen kirjaamisen siirtymisen uhkina nähtiin kirjaamisen yksilöllisyyden vähentyvän järjestelmän rakenteisuuden vuoksi. Mahdolliset tietojärjestelmäongelmat nähtiin myös käytännön uhkina.

Virolaisen (2006) tutkimus selvitti hoitotyöntekijöiden käsityksiä hoitotyön elektronisesta kirjaamisesta perusterveydenhuollon vuodeosastoilla ja kotihoidossa. Tutkimus osoitti hoitohenkilökunnan tunnistavan hyvin kirjaamisen juridiset asiat. Tutkimus osoitti myös esimiehen asenteella ja ylipäätään saadulla kannustuksella olevan merkitystä elektronisessa kirjaamisessa. Koulutuksella todettiin olevan tärkeä vaikutus asennoitumiseen ja käsitykseen elektronista hoitotyön kirjaamista kohtaan. Koulutukseen oltiin myös tyytyväisiä.

Nenonen & Lauri (1996) ovat tutkineet hoitajien asennoitumista Turun yliopistolaisen keskussairaalan poliklinikalla elektronisesti tehtävistä hoitosuunnitelmista. Tutkimus osoitti hoitotyöntekijöistä yli kolmanneksen suhtautuvan kielteisesti sähköisesti tehtävään hoitosuunnitelmaan.

Kuusisto (2007a) on tutkinut kokemuksia hoitotyön sähköisestä yhteenvedosta Satakunnan sairaanhoitopiirissä somaattisilla tulosalueilla. Kuusisto toteaa kyselytutkimuksessaan käyttökokemusten olevan pääosin myönteisiä ja että käyttöä haluttiin jatkaa. Kyselyn mukaan aikaa sähköiseen kirjaamiseen kuluu, mutta niin kuluu myös manuaaliseen kirjaamiseen. Myös ohjeen käyttö koettiin tarpeelliseksi. Teknisiä laitteita tutkimuksen mukaan oli riittävästi kyseisellä osastolla, jolla kyselytutkimus toteutettiin.

Sadeharju (2008) on tutkinut opinnäytetyössään sähköisen hoitoyhteenvedon kirjaamisen toteutumista Satakunnan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla. Tutkimus osoitti hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen olevan puutteellista sekä hoitotietoja oli kirjattu väärin otsikoiden alle. Lääkitystiedot oli kirjattu huolellisesti, myös kirjaamisen eettisyys todettiin kiitettäväksi. Hoitoyhteenvedojen suurimmaksi ongelmaksi ilmeni kuitenkin niiden tekemättä jättäminen.

Kuusisto (2007b) on tutkinut sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapoja ja tietotekniikan käyttöä. Tutkimusjoukko on Satakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Tutkimustuloksina 49% kaikista vastaajista sanoi kirjaavansa asiakkaan kertomustiedot sähköisesti. Tietokoneiden määrällinen riittävyys työpisteessä koettiin parhaaksi erikoissairaanhoidossa 77% vastaajista ja huonoimmaksi perusterveydenhuollossa 60% vastaajista sanoi koneiden riittävän. Tietotekninen osaaminen vaihteli tutkimuksen mukaan toimialoittain. Parasta osaaminen oli perusterveydenhuollossa, heikompaa erikoissairaanhoidossa ja sosiaalitoimessa. Suurin osa vastaajista uskoi sähköisen kirjaamisen parantavan asiakkaan palvelun laatua ja varmistavan joustavan palveluketjun. Yli puolet vastaajista uskoi sähköisen kirjaamisen vähentävän päällekkäistä kirjaamista. Puolet vastaajista koki, ettei sähköinen kirjaaminen lisää työn stressaavuutta.

4.3 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista

Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitotyön manuaalinen kirjaaminen ei ole niin laadukasta kuin sen tulisi olla. Hoitotyön prosessin toteutuminen tapahtuu vaihtelevasti tutkimuksesta riippuen. Tutkimukset osoittavat, ettei hoitohenkilökunta hallitse mitään hoitotyön mallia tai teoriaa tai se ei tule ilmi kirjaamisista ja että hoitotyön prosessissa on kehittämistarpeita.

Erityisesti päivystyspoliklinikoilla yleinen tehtäväkeskeinen työskentelymalli tekee hoitotyöntekijöiden potilaslähtöisen hoitotyön ja oman vastuun ottamisen potilaan hoitamisessa haasteelliseksi. Laadukas kirjaaminen vaikeutuu, mikäli vastuu potilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä ei ole selvää.

Aikaisempien tutkimusten mukaan sähköinen kirjaaminen tai siihen siirtyminen koetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden piirissä enimmäkseen positiivisena ja lisämahdollisuuksia hoitotyön kirjaamiseen tuovana tekijänä. Muuan muassa päällekkäiset kirjaukset vähentyvät ja kirjaamisen laatu paranee, sillä tarvittava tieto on kirjattuna selvemmin ja helpommin saatavilla hoitosuunnitelmissa. Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen aiheutti stressiä vaihtelevasti tutkimuksesta riippuen. Uhkana sähköiseen kirjaamiseen siirtymisessä nähtiin yksilöllisyyden vä-

hentymisen järjestelmän rakenteisuuden vuoksi, mahdolliset tietojärjestelmäongelmat sekä lisääntyvä ajan käyttö sähköiseen kirjaamiseen.

Tutkimusten mukaan tietotekninen osaaminen vaihteli toimialoittain. Parasta osaaminen oli perusterveydenhuollossa, heikompa erikoissairaanhoidossa ja sosiaalitoimissa. Osaamiseen vaikuttaa merkittävästi saatu kirjaamiskoulutus, johonka tutkimuksissa oltiin hyvin tyytyväisiä. Koulutus vaikuttaa tutkimusten mukaan myös asennoitumiseen ja käsitykseen elektronista hoitotyön kirjaamista kohtaan, myös esimiehen asenteella ja ylipäätään saadulla kannustuksella mainittiin olevan merkitystä elektronisessa kirjaamisessa.

Satakunnan sairaanhoitopiirissä sähköisen kirjaamisen käyttökokemukset hoitotyön yhteenvedon osalta ovat pääosin myönteisiä ja käyttöä haluttiin jatkaa. Hoitotyön yhteenvedojen sisällöllisenä ongelmana ilmeni hoitotyön prosessin käytön puutteellisuus, mutta suurin ongelma on kuitenkin yhteenvedojen ylipäätään tekemättä jättäminen.

Tietokoneiden määrällinen riittävyys työpisteessä koettiin parhaaksi erikoissairaanhoidossa ja huonoimmaksi perusterveydenhuollossa. Satakunnan sairaanhoitopiirissä teknisiä laitteita tutkimuksen mukaan oli riittävästi kyseisellä osastolla, jolla kyselytutkimus hoitotyön yhteenvedojen täyttämistä toteutettiin.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata hoitotyön kirjaamisen nykytilaa ja kehittää sähköistä kirjaamista Satakunnan keskussairaalan päivystysosastolla. Haasteita sähköisessä kirjaamisessa Satakunnan sairaanhoitopiirissä on erityisesti tarkkailuosastolla ja päivystyksessä.

Tutkimuksella halutaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin.

1. Minkälaisia asioita sairaanhoitajat kirjaavat hoitotyön suunnitelmaan päivystysosastolla?
2. Miten kirjaamista voi strukturoida?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Laadullinen aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa ensiksi aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108).

Sisällönanalyysi on yksi laadullisen tutkimuksen menetelmä. Sisällönanalyysin pyrkimyksenä on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon sen sisältämää informaatiota kadottamatta, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysiä käyttävän asiakirjojen tarkastelijan tulee pyrkiä systemaattisiin ja objektiivisiin päätelmiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108.) Sisällönanalyysi voi olla teoria- tai aineistolähtöistä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Teorialähtöisen sisällönanalyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 112-113.)

Tutkimusaineistoni muodostuu yksittäisistä lauseista ja ajatuskokonaisuuksista, jotka muodostavat hoitosuunnitelman kokonaisuuden. Määrällinen tutkimusote ei olisi ollut mielekäs tutkimustehtävän ratkaisemiseen eikä sanallisessa muodossa olevan aineiston analysointiin. Opinnäytetyön tutkimustehtävän kannalta oli merkittävää löytää tutkimusmenetelmä, joka tuottaisi tiivistetyssä muodossa tietoa siitä, mitä ja miten päivystysosastolla hoitosuunnitelmiin kirjataan. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi vastasi parhaalla tavalla tutkimustehtävään.

6.2 Aineiston keruu ja analyysi

Tutkimusaineistoni on 37 päivystysosaston hoitosuunnitelmaa. Aineisto on kerätty 2 kuukauden ajalta niin, että jokaiselta päivältä on sattumanvaraisesti valittu 2 hoitosuunnitelmaa.

Hoitosuunnitelmiin kirjatut hoitotyön merkinnät on analysoitu sisällönanalyysin avulla (ks. liite 2). Sisällönanalyysi voidaan jakaa prosessivaiheisiin, joita tässäkin työssä on käytetty. Vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi kokonainen dokumentti, mutta tavallisin analyysiyksikkö on sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi on valittu yksi ajatuskokonaisuus. Jokaisesta 37:stä päivystysosaston hoitosuunnitelmasta on koottu jokainen hoitotyön kirjaamista ilmaiseva ajatuskokonaisuus. Aineiston pelkistäminen tarkoittaa, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja kerätään tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Aineistosta löytyvät vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut tulee kirjata aineiston termein. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, jolloin etsitään pelkistettyjen ilmausten erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään yhdeksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi. Kolmas vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on aineiston abstrahointi, jossa aineistoon yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin saadaan yläluokkia. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108-113; Janhonen & Nikkonen 2003, 25, 28-29.)

7 TULOKSET

7.1 Päivystysosaston hoitosuunnitelmien kirjauksien sisältö

Ensimmäisessä tutkimustehtävässä haettiin vastausta kysymykseen: minkälaisia asioita sairaanhoitajat kirjaavat hoitotyön suunnitelmaan päivystysosastolla? Sisällönanalyysillä analysoiduista (ks. liite 2) hoitosuunnitelmista nousi esille seuraavat kirjaamisryhmät:

<i>-arvio verenkierron tilasta</i>	<i>-hoitajan ja potilaan arvio potilaan yleistilasta</i>
<i>-ihon ja kudosten eheys ja hoito</i>	<i>-hoitajan arvio potilaan hengityksestä</i>
<i>-tutkimusten suunnittelu ja toteutus</i>	<i>-taustatiedot potilaan aikaisemmista sairauksista</i>
<i>-ruuansulatuskanavan ongelmat</i>	<i>-jatkohoidon suunnittelu, toteutus ja kuolema</i>
<i>-liikkumisen ja toimintakyvyn seuranta ja tukeminen</i>	<i>-lääkehoidon suunnittelu, tarve, toteutus ja arviointi</i>
<i>-aistitoimintojen häiriö</i>	<i>-ravitsemuksen tarve, toteuttaminen, seuranta, ravitsemushoidon vastustaminen, nestehoidon vastustaminen</i>
<i>-yhteistyö omaisten kanssa</i>	
<i>-hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus</i>	
<i>-erittämisen avustaminen ja seuranta</i>	
<i>-potilaan psyykkisen tilan arviointi hoitajan ja potilaan näkökulmasta, turvattomuuden ilmaisu, turvallisuuden tukeminen</i>	
<i>-kirjaukset lääkärin konsultaatioista ohjeista, toiminnoista ja lausunnoista</i>	
<i>-levon ja aktiviteetin seuranta, potilaan arvio omasta virkeydestään, levon häiriintyminen</i>	

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien verenkierron tilaa:

”Kuume on laskenut.”

”Pyytää peittoa lisää -viedään.”

”Rinnassa pieni kipu.”

Verenkierron tilaa koskevia kirjauksia oli tuotettu enimmäkseen verenkierron tilan seurannasta. Kirjauksia hoitotyön tarpeesta, suunnitelmallisuudesta tai arviointia hoitotyön vaikuttavuudesta ei löytynyt tästä kirjausryhmästä. Verenkierron tilan arviointia kirjattiin muutamassa hoitosuunnitelmassa. On mainittava, että verenpainearvoille hoitosuunnitelmassa on oma lokero, johon verenpainearvoja lä-

hes jokaisessa hoitosuunnitelmassa oli kirjattu. Verenpaine ei kuitenkaan ole koko verenkierron tila.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien ihon ja kudosten eheyttä ja hoitoa:

“Pistoskohtaan puhdas lappu.”

”Luomet turvonneet.”

Tässä ryhmässä kirjauksia oli vähän. Hoitotyön toimintoja sekä potilaan tilan arviointia oli kirjattuna muutamaan kertaan. Kirjauksia hoitotyön tarpeesta, suunnitelmallisuudesta eikä arviointia hoitotyön vaikuttavuudesta löytynyt tästä kirjausryhmästä. Hoitosuunnitelmissa esimerkiksi haavanhoidosta oli vain muutama kirjaus, vai liekö ettei otantaan ole sattunut juuri tietynä ajanjaksona kyseistä hoitoa vaativia potilaita.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien tutkimusten suunnittelua ja toteutusta:

“Uricult vastaus puuttuu, valmistuu 25.2.”

“Ekg klo.6 otettu.”

“Pot. haettu ct:seen.”

Tutkimusten suunnittelun ja toteutuksen kohdalla hoitosuunnitelmissa korostui toteutuksen kirjaaminen. Esitietoja tai muita tutkimusvalmisteluja ei ollut kirjattu. Kirjauksia tehtyjen tutkimusten ja näytteiden oton vastauksista ja jatkotoimenpiteistä ei ollut kirjattu.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien ruuan-sulatuskanavan ongelmia:

“Vatsa vielä hieman arka.”

“Etova tunne poissa.”

“Yöllä potilas oli hikinen ja valitteli huonoa oloa, mutta meni nopeasti ohi. “

“Närästä.”

Ruuansulatuskanavan ongelmien kirjaamisessa ainoastaan potilaan voinnin seuranta oli kirjattu. Hoitosuunnitelman lääkitys kohdassa voi pahoinvoivalla potilaalla nähdä kirjattuna ”Primperan iv klo. 11” josta voi päätellä, että potilas on saanut pahoinvointilääkettä huonoon oloonsa. Tiedon kulku jää tällöin päättelyn varaan. Kirjauksia hoitotyön tarpeesta, suunnitelmallisuudesta eikä arviointia hoitotyön vaikuttavuudesta löytynyt tästä kirjausryhmästä.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien aistitoimintojen häiriöitä:

”Kokee vointinsa kivuliaaksi vaikka yöllinen lääke auttoi hyvin.”

”Kipua olkapäässä.”

”Vas 4-5.”

”Huulen tunnottomuutta.”

”Huono kuulo.”

Kivun seuranta sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta oli kirjattu useasti ja eri tavoinkin. Muita aistitoimintojen häiriöitä, kuten huimausta ja kuulon toimintaa oli arvioitu vain hoitajan näkökulmasta. Hoitosuunnitelmissa on oma lokeronsa kivun seuraamiselle VAS-mittarilla (0-10, jossa 10 on pahin mahdollinen kipu), jota kirjauksissa on paljon käytetty. Tässä yhteydessä voidaan viitata edelliseen tekstiin ruuansulatuskanavan ongelmista, jossa lääkettä on annettu, mutta siitä ei ole kirjattu kuin itse lääkkeen nimi. Hoitotyön suunnitelmaa ja auttamismenetelmiä ei kirjauksista löytynyt.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien yhteistyötä omaisten kanssa:

”Ilmoitetaan tyttärelle kun kotiutuu.”

”Vieraita kävi.”

”Vaihtoi vaimon kanssa vaatteet.”

”Puhuu puhelimesta hyväntuulisena.”

Hoitosuunnitelmista löytyi runsaasti kirjauksia yhteistyöstä omaisten kanssa. Esimerkiksi omaisten yhteydenotot puhelimitse, omaisten vierailu sairaalassa, omaisten tiedottaminen, omaisten osallistuminen hoitoon, omaisiin yhteydenpitäminen ilmenivät useasti hoitosuunnitelmissa.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta:

“Kertoo myös muutama pv sitten satuttaneensa keinutuolitapaturmasta mustelman vas. silmän alle.”

“Vastailee hiljaisella äänellä.”

Hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta hoitosuunnitelmissa oli kirjattu erittäin vähän. Hoitosuunnitelmissa oli vain muutamia kirjauksia potilaan kanssa käydystä keskustelusta.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien erittämisen avustamista ja seurantaa sekä hygienian hoitoa ja siinä avustamista:

“Käytetty wc:ssä, pesut tehty, vaippa vaihdettu.”

“Vaippa vaihdettu mikä oli hyvin märkä.”

“Laitettu huuhtelukatetri.”

“Käy wc:ssä.”

“Tyhj. katetripussi, sameaa virtsaa.”

“Wc:ssä käyty -ripulia.”

“Käy wc:ssä kävellen autettuna.”

“Ei oksennuksia.”

“Aamupesut tehty. Omatoimisesti hoiteli aamutoimet.”

Erittämistä ja hygieniää koskevia kirjauksia hoitosuunnitelmissa oli nähtävillä eniten. Erittämisen kohdalla hoitotyön auttamismenetelmiä oli kirjattu huomattavan paljon ja myös erittämisen seurantaa oli kirjattu hyvin. Hygienian hoitoa ja siinä avustamista koskevia kirjauksia oli hyvin vähän. Nuo muutamat kirjatukset käsittivät hoitotyön auttamismenetelmiä ja seurantaa. Kirjauksia hoitotyön tarpeesta, suunnitelmallisuudesta eikä arviointia hoitotyön vaikuttavuudesta löytynyt tästä kirjausryhmästä.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien potilaan psyykkisen tilan arviointia hoitajan ja potilaan näkökulmasta, turvattomuuden ilmaisua ja turvallisuuden tukemista:

“Hieman sekava.”

“Asiallinen ja orientoitunut.”

“Tullessa iloinen ja hyväntuulinen.”

“Tietää kuukauden ja vuoden.”

“Ei halua olla pimeässä. Pieni valo on päällä.”

“Olo on pelottava.”

Psyykkisen tilan arviointia hoitajan ja potilaan näkökulmasta sekä turvattomuuden ilmaisua ja turvallisuuden tukemista oli hoitosuunnitelmissa kirjattu kohtalaisen useasti. Eniten kirjauksia oli potilaan psyykkisen tilan arvioinnista. Muutamia kirjauksia löytyi myös psyykkisen tilan ja turvallisuuden tunteen tukemisesta hoitotyön keinoin. Kirjauksia hoitotyön tarpeesta, suunnitelmallisuudesta eikä arviointia hoitotyön vaikuttavuudesta löytynyt tästä kirjausryhmästä.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien levon ja aktiviteetin seuranta, potilaan arviota omasta virkeydestään ja levon häiriintymistä:

“Nukkunut yön.”

“Nukkuu rauhallisesti.”

“Aamulla jo virkeämpi.”

“Aamulla valittaa kun herätetään niin usein.”

Levon ja aktiviteetin seuranta, potilaan arviota omasta virkeydestään ja levon häiriintymistä oli kirjattu useimmissa hoitosuunnitelmissa. Kirjaukset koskivat enimmäkseen hoitajan seuranta potilaan levosta ja aktiviteetista. Hoitotyön auttamiskeinot tässä kohdassa koskivat unilääkkeen antamista. Kirjauksia hoitotyön tarpeesta, suunnitelmallisuudesta eikä arviointia hoitotyön vaikuttavuudesta löytynyt tästä kirjausryhmästä.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien hoitajan ja potilaan arviota potilaan yleistilasta:

“Vointi hyvä.”

“Voinnissa ei poikkeavaa.”

“Vointinsa kokee jo hyvin kohentuneen tulotilanteesta.”

“Potilas tulee tark. aika hyväkuntoisena.”

Kirjaukset potilaan yleistilaa koskien olivat lähes kaikki voinnin seuranta. Muutamissa kirjauksissa oli myös voinnin muutoksen arviointia. Potilaan yleistilaa oli kuvattu niin hoitajan kuin potilaankin näkökulmasta. Kirjauksia hoitotyön tarpeesta ja suunnitelmallisuudesta ei löytynyt tästä kirjausryhmästä.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien hoitajan arviota potilaan hengityksestä:

“Potilaalla ei hengenahd.”

“Tullessa hengitys rohisee kovasti.”

Potilaan hengityksestä hoitosuunnitelmissa oli kirjauksia vain sen seuraamisesta hoitajan näkökulmasta. Kirjauksia hoitotyön tarpeesta, suunnitelmallisuudesta eikä arviointia hoitotyön vaikuttavuudesta löytynyt tästä kirjausryhmästä.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien liikkumisen ja toimintakyvyn seuranta ja tukemista sekä mahdollista apuvälineiden tarvetta:

“Siirretään rullilta sängylle.”

“Kävelee tuettuna sänkyyn.”

“P-tuolilla tuotiin os:lle.”

“Liikkeessä vielä huimauksen tunnetta.”

“Siirtyy keppien kanssa sänkyyn.”

“Käy kävellen yhden tukemana wc:ssä”.

“Mitella tullessa.”

Liikkumisen ja toimintakyvyn seuranta ja tukemista sekä mahdollista apuvälineiden tarvetta oli kirjattu hoitosuunnitelmiin paljon. Erityisen paljon kirjauksia oli liikkumisen seurannasta ja hoitotyön toiminnoista liikkumisen avustamisessa. Kirjauksia hoitotyön suunnitelmallisuudesta eikä arviointia hoitotyön vaikuttavuudesta löytynyt tästä kirjausryhmästä.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien taustatietoja potilaan aikaisemmista sairauksista:

“Tausta: usein FA, RR, astma, prostatahyperplasia.”

“Perussair. RR-tauti.”

Muutamissa hoitosuunnitelmissa oli kirjattu potilaasta taustatietoja hoitotyön muiden kirjausten joukkoon. Näitä taustatietoja olivat kaikki potilaan perussairauksia, kuten verenpainetauti. Taustatietojen kirjaaminen ei hoitosuunnitelmissa ollut kuitenkaan systemaattista, koska sitä löytyi kirjattuna vain muutamaaan kertaan. Taustatiedoille ei hoitosuunnitelmassa ole omaa paikkaansa, joten näitä kyseisiä tietoja oli kirjattu sekaisin muun hoitotyön tekstin joukkoon.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien jatkohoidon suunnittelua, toteutusta ja kuolemaa:

“Jatko-ohjeet ja ajat annettu (5.3.09).”

“Saa kotiutua.”

“Tilataan jatkossa rasiuskoe ja soittoaika tulee kotiin.”

“Pot. kertoo pärjäävänsä kotona.”

“Kotiutuu hyvävointisena.”

“Hakija.”

“Kotiin haluaisi, ei kipuja.”

“EXITUS 17.2.09 klo 00.30.”

Jatkohoidon suunnittelua ja toteutusta hoitosuunnitelmissa oli kirjattu hajanaisesti. Muutamassa hoitosuunnitelmassa oli kirjattu jatkohoidosta suunnitelmallisempaan muotoon, kuten “Pot. kertoo pärjäävänsä kotona”. Eniten kirjaukset kuitenkin sisälsivät vain toteamuksia, kuten “Saa kotiutua” tai ”Kotiutuu”. Kotiutumiskun-

toon johtaneista tekijöistä ei ollut minkäänlaista selvitystä hoitotyön kirjauksissa. Erityisesti huomiota herättävää oli, että useissa hoitosuunnitelmissa jatkohoito-suunnitelmia tai -paikkaa koskevia tietoja ei ollut kirjattu sanallakaan.

Yhdessä hoitosuunnitelmassa oli kirjattu kuolevan potilaan hoidosta ja kuoleman toteamisesta. Tiedot potilaan kuolemaa edeltävistä tapahtumista, kuoleman toteamisesta ja omaisten tiedottamisesta olivat tarkasti ja kattavasti kirjattuna, ja tapahtumien kulusta sai selvän kuvan.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien lääkehoidon suunnittelua, tarvetta, toteutusta ja arviointia:

“Luvannut selvittää lääkityksen avovaimolta.

“Ei haluaisi ottaa buranaa. Miel. panacodia.”

“Olkapää/käsi särkyä, johon pyysi lääkettä.”

“Saa lääkettä.”

“Saa stesolidia.”

“Pro-Epo- nutin %.”

“Nukkunut hyvin lääkityksen johdosta.”

“Maistuu erilaiselle kuin kotilääke, ei suostu ottamaan.”

Hoitosuunnitelmat joihin olisi merkattu lääkehoidon tarve, kuten ”Olkapää/käsi särkyä, johon pyysi lääkettä” olivat vähässä. Eniten kirjauksia tässäkin ryhmässä oli ehdottomasti lääkehoidon toteutuksesta. Hoitosuunnitelmapaperilla on lääkkeen nimelle, vahvuudelle, antoajalle ja kirjaajan nimikirjaimille oma kohta, johon lähes aina kyseiset tiedot oli kirjattu. Tieto siitä, mihin tarkoitukseen lääkettä annettiin, oli useimmiten kirjaamatta kuten esimerkissä ”Saa stesolidia”. Lääkehoidon suunnittelua ja vaikuttavuuden arviointia oli näkyvissä erittäin vähän.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien ravitsemuksen tarvetta, toteuttamista, seurantaa, ravitsemushoidon vastustamista ja nestehoidon vastustamista:

“Saa päivällisen.”

“Aamalla ravinnotta.”

“Syö/juo hyvin. “

“Janoinen, viedään vickyä.”

“Repinyt nml pois.”

Kirjaukset ravitsemuksesta olivat enimmäkseen sen toteutusta koskevia. Seurantaakin kirjauksista löytyy vähän, kuten esimerkiksi miten potilas oli syönyt tai oliko potilas janoinen. Kirjauksia hoitotyön vaikuttavuuden arvioinnista ei löytynyt tästä kirjausryhmästä.

Esimerkkilauseita alkuperäisistä kirjauksista hoitosuunnitelmissa koskien hoitotyöntekijöiden kirjauksia lääkärin konsultaatioista ohjeista, toiminnoista ja lausunnoista:

“Soitettu etupäivystäjälle ja kysytty pot. matalasta rr arvosta -saadaan ohjeita.

“Lääkäri katsonut ekg:n -ok.

“Saa kotiutua jos lab ok.”

Lääkärin konsultaatioista ja saaduista ohjeista hoitosuunnitelmissa oli yleisesti hyvin kattavat merkinnät. Kirjaukset olivat perustellumpia kuin muissa ryhmissä.

7.2 Yhteenveto päivystysosaston hoitosuunnitelmien kirjauksien sisällöstä

Päivystysosaston hoitosuunnitelma on rakennettu niin, että hoitotyön tiedot kirjataan omiin lokeroihinsa: lääkitys, infuusiot, seuranta, hoitotyön toiminnot omaan lokeroonsa ja niin edelleen. Kokonaisuus on väkisin hajanainen. Seurantalokeroon on saatettu tehdä merkintä, että potilaan kipu VAS-mittarilla mitattuna on 6, mutta muualla kivusta ei sanallisesti ole kirjattu. Hoitajan päättäessä hoitaa potilaan kiputilaa, hän antaa potilaalle esimerkiksi parasetamolia gramman suun kautta, josta hoitaja tekee merkinnän lääkitys-lokeroon. Näin sanallinen viestintä hoitosuunnitelmassa jää tekemättä ja uuden hoitotyöntekijän tullessa seuraavaan vuoroon päättelyn osuus kasvaa. Kyseinen hajanaisuus tekee hoitosuunnitelmien lukemisesta työlästä. Sisällönanalyysillä tulkituissa päivystysosaston hoitosuunnitelmissa korostui kirjaukset hoitotyön toteutuksesta, mutta kiitettävästi oli kirjattu myös

potilaan voinnin seuranta. Vähän kirjauksia puolestaan löytyi hoitotyön arvioinnista ja suunnittelusta.

Lähes jokaisessa hoitosuunnitelmassa oli löydettävissä kirjauksia, joissa ei ollut lauseessa mainittu tekijää, kuten esimerkiksi ”Repinyt nml pois” tai tekemisen kohdetta, kuten esimerkiksi ”Hieman sekava”. Lähes jokaisessa hoitosuunnitelmissa oli käytetty lyhenteitä. Lyhenteet voivat olla lyhenne yhdestä sanasta, kuten esimerkiksi ”tyhj. = tyhjennetty”. Toisinaan lyhenne oli yhdistelmä alkukirjaimista, kuten ”AOT = aukiolotippa”. Kaikesta kirjaamisesta ei myöskään saanut aina selvää, koska jokaisella on oma käsialansa ja kirjoitustyyliensä.

Erittämistä, hygieniaa, liikkumista, lepoa ja aktiviteettia oli kirjattu useimmissa hoitosuunnitelmissa. Kirjaukset edellämäinutuista sisälsivät eniten seuranta ja hoitotyön toimintoja, ja kirjauksista sai hyvän käsityksen näiltä osin. Tiedot potilaan kuolemaa edeltävistä tapahtumista, kuoleman toteamisesta ja omaisten tiedottamisesta olivat tarkasti ja kattavasti kirjattuna, ja tapahtumien kulusta sai selvän kuvan. Lääkärin konsultaatioista ja saaduista ohjeista hoitosuunnitelmissa oli yleisesti hyvin kattavat merkinnät. Kirjaukset olivat perustellumpia kuin muissa ryhmissä. Hoitosuunnitelmista oli hyvä huomata, että potilaan psyykkistä tilaa ja turvallisuutta oli arvioitu useammissakin hoitosuunnitelmissa ja potilaan tarpeita huomioitu. Kirjaukset potilaan yleistilasta olivat lähes kaikki voinnin seuranta, mutta positiivisena puolena voidaan mainita, että yleistilaa oli kuvattu niin hoitajan kuin potilaankin näkökulmasta.

Erittäin vähäisiä ja suppeita hoitosuunnitelmissa kirjaukset olivat kudoseheydestä ja sen hoidosta, hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta, tulevista tutkimuksista ja tutkimusvalmisteluista. Potilaan hengityksestä hoitosuunnitelmissa oli kirjauksia vain sen seuraamisesta hoitajan näkökulmasta. Kirjaukset ravitsemuksesta olivat enimmäkseen sen toteutusta koskevia. Kirjaukset lääkehoidosta sisälsivät pääasiallisesti pelkkää lääkehoidon toteutusta. Tieto siitä, mihin tarkoitukseen lääkettä annettiin, oli useimmiten kirjaamatta. Lääkehoidon suunnittelua ja vaikuttavuuden arviointia oli näkyvissä erittäin vähän. Muutamissa hoitosuunnitelmissa oli kirjattu potilaasta taustatietoja hoitotyön muiden kirjausten joukkoon. Taustatietojen kirjaaminen ei hoitosuunnitelmissa ollut kuitenkaan systemaattista,

koska sitä löytyi kirjattuna vain muutamaan kertaan. Jatkohoidon suunnittelua ja toteutusta hoitosuunnitelmissa oli kirjattu hajanaisesti. Useissa hoitosuunnitelmissa jatkohoitosuunnitelmia tai –paikkaa koskevia tietoja ei ollut kirjattu sanallakaan.

7.3 Kirjaamisen strukturointi päivystysosaston hoitosuunnitelmissa

Toisena tutkimustehtävänä työssä oli kysymys siitä miten kirjaamista voi strukturoida. Rakenteisen kirjaamisen mallina on käytetty kansallista FinCC –luokituskokonaisuutta. Rakenteisen sähköisen kirjaamisen yhdeksäntoista komponentin sisältöön verrattuna hoitosuunnitelmien kirjaukset päivystysosastolla ovat osakseen sisällöltään samanlaisia. Komponenttien sisältö ja käyttö on tarkoin kuvailtu Oppaassa FinCC –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa 2008. Tässä työssä tuloksia on vertailtu kyseisen oppaan ohjeistukseen tarve- ja toimintoluokituksista (SHTaL ja SHToL). Oppaasta on liitteenä esimerkki aktiviteetti –komponentin käytöstä (liite 3). Suomalaisen hoidon tulosluokitusta (SHTuL) ei ole käytetty vertailuissa, koska kyseinen luokitus on suhteellisen uusi ja käyttökokemukset vähäisiä. Rakenteisen kirjaamisen 19 komponenttia FinCC –luokituskokonaisuuden mukaan ovat:

<i>-aktiviteetti</i>	<i>(aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset)</i>
<i>-aineenvaihdunta</i>	<i>(endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät)</i>
<i>-erittäminen</i>	<i>(ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät)</i>
<i>-päivittäiset toiminnot</i>	<i>(omatoimisuuteen liittyvät osatekijät)</i>
<i>-lääkehoito</i>	<i>(lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät)</i>
<i>-kanssakäyminen</i>	<i>(yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät)</i>
<i>-ravitseminen</i>	<i>(ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät)</i>
<i>-nestetasapaino</i>	<i>(elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät)</i>
<i>-hengitys</i>	<i>(keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät)</i>
<i>-psykykinen tasapaino</i>	<i>(psykykinen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät)</i>

-aistitoiminta	(aistien toimintaan liittyvät osatekijät)
-kudoseheys	(lima ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät)
-verenkierto	(eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät)
-jatkohoito	(hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät)
-elämäntapa	(eri vaiheisiin liittyvät osatekijät)
-selviytyminen	(yksilön ja perheen kyvyn käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät)
-terveyskäyttäytyminen	(terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät)
-terveyspalvelujen käyttö	(palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteidenottoon liittyvät osatekijät)
-turvallisuus	(sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit)

(Opas FinCC –Luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa, 2008)

Hoitosuunnitelmien kirjauksia on kokeilu rakenteisen kirjaamisen pohjaan. Seuraavassa komponenttien sisältö on verrattuna päivystysosaston hoitosuunnitelmien sisältöihin muutamia komponentteja tarkastelemalla.

Aktiviteetin komponentti. Tarveluokitukseen verrattavasti unihäiriöitä ja aktiviteetin muutosta oli kirjattu useaan hoitosuunnitelmaan.

Esimerkki hoitotiedon kirjaamisesta rakenteiseen tarveluokitukseen sovittaen.

<u>komponentti</u>	<u>pää tai alaluokka</u>	<u>vapaa teksti</u>
aktiviteetti	unettomuus	”ei ole nukkunut”
	liikkumisen rajoittuminen	”siirtyy autettuna sänkyyn”

Esimerkiksi unettomuuteen ei kirjauksien mukaan oltu kuitenkaan hoitotyön keinoin vastattu toimintoluokitusta vastaavin kirjauksin.

Kuvitteellinen esimerkki hoitotietojen kirjaamisesta rakenteista toimintoluokitusta käyttäen.

<u>komponentti</u>	<u>pää tai alaluokka</u>	<u>vapaa teksti</u>
aktiviteetti	unta ja valveti- laa edistävä toiminta	”ovi käytävälle suljettu, ettei melu häiritse unta”

Erittämisen komponentti. Tarveluokitukseen verrattavasti oli selvästi kirjattu ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyviä häiriöitä sekä muita erittämiseen mahdollisesti liittyviä häiriöitä, jotka ovat tarveluokituksen pääotsakkeita. Päivystysosaston hoitosuunnitelmissa oli myös erittämisen toimintoluokituksen sisältöön verrattavia kirjauksia. Esimerkiksi suoliston toimintaa oli seurattu muun muassa ulosteen laadun seuraamisella. Myös virtsaamisen seuranta oli toteutettu.

Esimerkki hoitotiedon kirjaamisesta rakenteista tarveluokituksia käyttäen.

<u>komponentti</u>	<u>pää tai alaluokka</u>	<u>vapaa teksti</u>
erittäminen	ulostamiseen liittyvät häiriöt	”potilaalla ripulia”

Ilmausta ”potilaalla ripulia” ei hoitosuunnitelmissa ole kirjattu erityisesti hoitoa vaativaksi tarpeeksi. Tämä kuten moni muukin kirjaus hoitosuunnitelmissa on enemmän toteamus, kuin systemaattinen hoitotyön kirjaus.

Lääkehoidon komponentti. Toimintoluokitukseen verrattavasti lääkehoitoa oli kirjattu lähinnä vain lääkkeen antamisen osalta. Erityisesti lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta ja ohjausta olisi hyvä ollut kirjata toimintoluokituksista.

Esimerkki hoitotiedon kirjaamisesta rakenteiseen toimintoluokitukseen sovittaen.

<u>komponentti</u>	<u>pää tai alaluokka</u>	<u>vapaa teksti</u>
lääkehoito	lääkkeen antaminen	”annettu aamulla oxynormia im:sti 8 mg”

*lääkehoito**lääkehoidon vaikut-
tavuuden seuranta**”lääkkeistä ollut apua”*

7.4 Yhteenveto kirjaamisen strukturoinnista päivystysosaston hoitosuunnitelmissa

Rakenteinen sähköinen kirjaaminen on oiva työkalu, jonka on tarkoitus tuoda hoitotyötä näkyvämmäksi, mutta joka perustuu ennen kaikkea oikeaoppiseen hoitotyön kirjaamiseen. Jokainen komponentti vaikuttaa hyödylliseltä, koska niiden sisältöjä on kirjattu.

Lähes kaikista komponenteista oli kirjattu hoitosuunnitelmiin, jos komponenttien sisältöä verrataan päivystysosaston kirjauksiin. Ainoastaan elämänkaari ja selviytyminen –komponentista ei ollut kirjauksia. Elämänkaari -komponentin pääotsakkeet käsittelevät raskautta ja synnytystä, joista valituissa hoitosuunnitelmissa ei ollut kirjauksia. Myös tätä komponenttia olisi tarvittu, jos potilaana olisi ollut esimerkiksi raskaana oleva naispotilas. Selviytyminen -komponentti sisältää yksilön ja perheen kyvyn käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät. Muihin komponentteihin verrattavia kirjauksia löytyi, mutta ne olivat suppeita ja useimmiten vain tarve- tai toimintoluokitukseen rajoittuvia. Yleisesti tarveluokitusta oli käytetty huomattavan vähän verrattuna toimintoluokitukseen. Komponentin kokonaisvaltainen käyttö ei näkynyt kirjauksiin vertailtaessa.

Toimintoluokituksen käyttö on oletettavaa, kun on käytetty ensin tarveluokitusta. Kun tarve on kirjattu, on luonnollista myös miettiä siihen vaikuttamista. Näin hoitotyö tulisi näkyvämmäksi. Rakenteistettu kirjaaminen olisi tuonut näkyvyyttä moneen kirjausryhmään. Hoitosuunnitelmissa on enemmän toteamuksia, kuin systemaattisia hoitotyön kirjauksia. Syy-seuraus – suhteet puuttuvat usein, jota rakenteisuus voisi korjata. Rakenteinen kirjaaminen saattaisi tuoda näkyvyyttä hoitotyöhön kuten edellä esitetyissä esimerkeissä komponenttien käytöstä. Lääkehoidon esimerkki on siitä hyvä että se osoittaa, että tarveluokitusta olisi saanut olla enemmän näkyvillä. Samoin jatkohoito, jossa sekä tarvetta että toteutusta jatko-

hoidon osalta olisi saanut olla näkyvillä enemmän. Jatkohoito –komponentin otsaketta ”hoidon jatkuvuuden tarve” olisi voitu hyödyntää jatkohoidon suunnitelmallisuuden esilletuomiseen. Muutamissa hoitosuunnitelmissa potilas oli tullut hoitoon intoksikaation vuoksi, jolloin elintapojen arviointi –pääotsikkoa olisi voitu käyttää tuomaan esimerkiksi elintapaohjauksen merkitystä näkyvämmäksi.

Hoitotyön kirjaamista näyttäisi pystyvän toteuttamaan rakenteisesti. Matkaa rakenteisuuteen kuitenkin on paljon. Rakenteisen kirjaamisen pohjana on hoitotyön prosessi, joka on yleisesti hyväksytty kirjaamisen perusta kaikessa hoitotyössä. Tutkimustulokset osoittivat mittavia puutteita hoitotyön prosessin osaamisessa tai toteutumisessa. Hoitosuunnitelmissa hoidon tarve on esimerkiksi määritelty, mutta hoitotyön keinoja tavoitteen saavuttamiseksi ei ole määritelty. Esimerkki toimii myös todistepäin. Hoitosuunnitelmia on mahdollista strukturoida, mutta se vaatisi ensisijaisesti hoitotyön prosessin sisäistämistä, jotta rakenteinen kirjaaminen toteutuisi laadukkaasti ja tarkoituksenmukaisesti.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyölle saatiin tutkimuslupa ensihoidon ja päivystyksen toimialueylihoitaja Riitta Mikkoselta. Aineiston keruusta huolehti päivystyksen osastonhoitaja Sam Fagerlund, joka sattumanvaraisesti valitsi 37 päivystysosaston hoitosuunnitelmaa kahden kuukauden ajalta. Työssä noudatettiin eettisiä periaatteita. Hoitosuunnitelmista on otettu kopiot niin, etteivät potilaan henkilötiedot ole nähtävissä.

Hoitotyön kirjaamisesta on julkaistu laajasti materiaalia eri lähteistä, jonka vuoksi aihe olisi voinut olla rajatumpi. Olennaisen poimiminen aineistosta koitui haasteelliseksi, mutta jonka uskon työssä kuitenkin onnistuneen. Aikaisempiin tutkimustuloksiin viittaamisen käsitän olleen riittävää juuri runsaan materiaalmäärän vuoksi.

Hoitosuunnitelmat olivat sattumanvaraisesti valittuja kahden kuukauden ajalta. Hoitosuunnitelmia oli määrällisesti analysoitavana runsas joukko eli kyseessä oli

siis laaja otos. Kaikista hoitosuunnitelmien kirjauksista ei saanut selvää, joka puolestaan vaikuttaa siihen, että jotain merkittävää on voinut jäädä analysoimatta. Tutkimuksen tekemisestä ei annettu tietoa henkilökunnalle etukäteen. Tällöin henkilökunta on kirjannut kuten aina ennenkin, ja täten kirjauksia voidaan pitää luotettavina.

Validiteetti on käytetyn mittarin pätevyys. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä on luvattu. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 136.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi sopi hoitosuunnitelmien analysointiin hyvin, sillä hoitosuunnitelmissa kirjaukset ovat hajanaisessa muodossa. Sisällönanalyysi loi ehdottomasti selkeyttä päivystysosaston kirjauksiin kokonaisvaltaisesti tiivistäen ydinsanomana. Rajoituksena sisällönanalyysin käytöllä koin olevan liiankin ryhmittelyyn. Hoitosuunnitelmissa oli aina joitakin satunnaisia kirjauksia, jotka eivät tuntuneet sopivan mihinkään pääluokkaan, mutta jotka oli johonkin ryhmään kuitenkin pakotettava sisällönanalyysin luonteen mukaisesti.

Reabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta (Tuomi, Sarajärvi, 2009, 136; Hirsjärvi, 2009, 231). Uskon tutkimustulosten olevan yleistettävissä, koska sisällönanalyysillä tulkittuina hoitosuunnitelmista löytyi kohtalaisen vaivattomasti päivystysosaston olennainen kirjaamissisältö. Hoitotyön kirjaamisesta on paljon ohjeistusta niin laeissa, asetuksissa kuin alueellisissa ohjeissakin. Ohjeistus antaa selvät puitteet hyvälle hoitotyön kirjaamiselle ja rakenteisen kirjaamisen käyttöönotolle ja uskonkin siis samoihin johtopäätöksiin päätyminen, mikäli tutkimus toistettaisiin. On huomattava, että opinnäytetyöntekijän omalla suuntautumisella työtä kohtaa on vaikutusta myös johtopäätösten muodostamisessa.

Laadullisessa tutkimuksessa periaatteessa myönnetään, että puolueettomuus nousee kysymykseksi, koska tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija (Tuomi, Sarajärvi, 2009, 136). Hoitotyön opiskelijana olen ollut harjoittelujaksolla Satakunnan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla. Harjoitteluun kuului myös päivystysosaston toimintaan tutustuminen. Oma taustani on vaikuttanut tutkimukseen ainakin siinä mielessä, että harjoittelujaksolla olen nähnyt erilaisia hoitosuunnitelmia ja kirjaamistapoja. Tähän tutkimukseen valitut 37 hoitosuunnitelmaa antavat kattavan kuvan päivystysosaston kirjaamisesta, mutta henkilökohtaisella ko-

kemuksella on myös vaikutusta luoden ehkä vielä kattavamman mielikuvan kirjaamisesta päivystysosastolla ja joka saattaa heijastua työhän.

9 POHDINTA

Tutkimustuloksissa on kuvattu hoitotyöntekijöiden kirjaamista päivystysosastolla. Hoitoyhteenvetojen kirjaamista on tutkittu, kuten aikaisemmin on mainittu, vastaavanlaista kokonaisvaltaisempaa kirjaamisen tutkimusta ei ole tehty Satakunnan keskussairaalaan päivystysosastolla. Muut tutkimukset hoitotyön kirjaamisesta ovat keskittyneet päivystyspoliklinikan kirjaamiseen. Jo tässäkin mielessä tutkimuksella on uutuusarvoa.

Innovatiivisempänä näkökulmana työssä on ollut pohdinta siitä, miten kirjaamista voidaan rakenteistaa päivystysosastolla. Rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen tulee tapahtua vuoteen 2011 mennessä, jonka vuoksi on aiheellista pohtia uuteen kirjaamistapaan siirtymistä. Opinnäytetyö tarjoaa esimerkkejä siitä, miten rakenteisuus voisi näkyä käytännön hoitotyössä. Vastaavanlaista pohdintaa Satakunnan keskussairaalaan ei myöskään ole esitetty aikaisemmin. Opinnäytetyö kuvaa myös, kuinka kaukana päivystysosaston kirjaaminen on rakenteisesta kirjaamisesta ja paljonko mahdollista työtä on siihen siirtymisessä. Jotta voidaan kehittää hoitotyötä, pitää tietää mihin voimavarat kohdistetaan. Ei voida sattumanvaraisesti valita kehityskohteita. Tämä tutkimus tuotti tutkittua tietoa, joka osoitti hoitotyön kirjaamisessa olevan puutteita tietyissä osa-alueissa.

Haasteeksi jää kuitenkin komponentin sisällön laaja-alaisempi käyttö. Hoitosuunnitelmien hajanaisuus vie turhaa aikaa ja voimavaroja muulta hoitotyöltä, vaikka hoitohenkilökunta osaakin varmasti omalla tavallaan tulkita hoitosuunnitelmia luontevasti. Hoitosuunnitelman olisi kuitenkin mahdollisuus olla kompakti kokonaisuus, joka palvelisi potilasta ja hoitajaa kohti paremman hoitotyön toteuttamisessa.

Yhtenä mahdollisena jatkotutkimusaiheena on hoitotyön prosessin osaamisen tutkiminen päivystysosastolla tai muulla Satakunnan keskussairaalan osastolla. Säh-

köisen kirjaamisen perustana on hyvä hoitotyön prosessin osaaminen. Hoitotyön prosessi pitää omaksua ensin ennen kuin voidaan siirtyä rakenteiseen sähköiseen kirjaamiseen. Ilman tätä osaamista hoitotyön tasokas kirjaaminen on vaarassa myös sähköisessä järjestelmässä. Toinen mahdollinen jatkotutkimuksen aihe voisi olla kuvaus hoitohenkilökunnan mielipiteistä ja asenteista rakenteiseen, sähköiseen kirjaamiseen siirtymisestä ja omista valmiuksista.

LÄHTEET

Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopenan, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoi-
dosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Suo-
men sairaanhoitajaliitto.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hel-
sinki: Tammi.

Hallila, L. (toim.). 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Kirjayhty-
mä.

Henkilötietolaki. 1999. Viitattu 20.10.2009.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search\[type\]=pika&search\[pi
ka\]=henkil%C3%B6tietolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search[type]=pika&search[pi
ka]=henkil%C3%B6tietolaki)

Hietanen, K., Pitkänen, M.-R. & Vilmi, S. 1995. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla.
Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holi, T. 2009. Potilasasiakirjat I. Viitattu 19.11.2009.

<http://www.valvira.fi/tietopankki/luentomateriaalit>

Honkima-Salmi, A. 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuol-
toon hoitohenkilökunnan kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro
gradu.

Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gum-
merus kirjapaino Oy.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Kassara, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Porvoo ; Helsinki : WSOY.

Kratz, C. R. 1984. Hoitotyön prosessi. Porvoo: WSOY.

Kuusisto, A. 2008a. "Kirjaamalla näkyväks" - Hoitotyön kirjaamista koulutettiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Sairaanhoidaja 81 (4), 34-37.

Kuusisto, A. 2007a. Kokemuksia hoitotyön sähköisestä yhteenvedosta Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Pori: Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Kuusisto, A. 2007b. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatavat ja tietotekniikan käyttö. Pori: Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Viitattu 5.8.2009.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista)

Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 2007. Viitattu 4.8.2009.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070159?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20asiakastietojen%20sähköisestä%20käsittelystä](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070159?search[type]=pika&search[pika]=laki%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20asiakastietojen%20sähköisestä%20käsittelystä)

Lauri, S., Murto, S. & Lehti T. 1997. Polikliinisen hoidon elektroninen kirjaaminen: selvitys kehittämiskokeilusta Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja C:16. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.

Lehikoinen S., Laitinen I., Halme A., Mononen S., Raudaskoski M., Sallinen R., Piitulainen M., Karjalainen J., & Sainola-Rodriquez K. 1999. Hoitotyö näkyväksi kirjaamisen avulla. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin Ky.

Murray, M. & Atkinson, L. 1994. Understanding the Nursing Process: The Next Generation. Fifth Edition (5. painos). New York (NY): McGraw-Hill, Inc.

Nenonen, S. & Lauri, S. 1996. Polikliininen hoitotyö ja sen kirjaaminen. Hoitotyön julkaisusarja A:21. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.

Nurminen, T. & Santala, M. 2007. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen ikääntyneiden laitoshoidossa. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Opas FinCC –Luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. 2008. Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 20.11.2009.
<http://www.vsshp.fi>

Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A. 1992. Hoitotyön perusteet. Helsinki: Kirjayhtymä.

Sairaanhoitajaliitto. 2007. Viitattu 4.8.2009.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2007/ajankohtaiskirjoitus/sahkoinen_kirjaaminen_tulee/.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Viitattu 5.8.2009.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sadeharju, M. 2008. Potilaan sähköisen hoitoyhteenvedon kirjaamisen arviointi Satakunnan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

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

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2009. Viitattu 18.12.2009.

http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=108,1&_dad=wportal&_schema=WPORTAL

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2008a. Salpanet; Osastonhoitajien ja tukihenkilöiden koulutus ja infotilaisuus. Viitattu 19.9.2009.

<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3309&GUID={492F978E-A1E1-4BE6-B8B1-BA1EFD632628}>

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2008b. Salpanet; HoiDok –tiedote. Viitattu 6.8.2009.

<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3220&GUID={6F37140A-23B4-410D-9601-FCF1B5EEE330}>

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2008c. Salpanet; Kirjaamisen kriteerit. 2008. Pdf –tiedosto. Viitattu 15.9.2009.

<http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8398&culture=fi-FI&contentlan=1>

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2008d. Salpanet; Ohje hoitotyön kirjaamiseen HOIY ja HOI -lehdille. “Kirjaamalla näkyväks”. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen koulutus. 2007. Viitattu 20.11.2009.

<http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8398&culture=fi-FI&contentlan=1>

STM:n asetus potilasasiakirjoista. 2009. Viitattu 11.10.2009.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sosiaali-%20ja%20terveysministeriön%20asetus%20potilasasiakirjoista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search[type]=pika&search[pika]=sosiaali-%20ja%20terveysministeriön%20asetus%20potilasasiakirjoista)

STM:n asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. 2001. Viitattu 5.6.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>

STM:n tiedote - Sähköinen potilaskertomus käyttöön koko maassa. 21/2004. Viitattu 5.6.2009. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1266821#fi>

STM:n oppaita. 2001:3. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen; Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Viitattu 4.7.2009.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8444.pdf

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

Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Yura, H. & Walsh, M.B. 1988. The Nursing Process: assessing, planning, implementing, evaluating. Fifth Edition (5. painos). USA: Norwalk (CT); Appleton & Lange, A Publishing Division of Prentice Hall.

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
 Sosiaali- ja terveysala, Pori
 Maamiehenkatu 10
 28500 PORI

30.3.2009

Satakunnan sairaanhoitopiiri
 Ylihoitaja Riitta Mikkonen

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olen Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelija. Kohteliaasti pyydän lupaa opinnäytetyölleni, jonka aiheena on Sähköisen kirjaamisen kehittäminen Satakunnan keskussairaalan päivystysosastolla. Tutkimuksen suunnittelussa on ollut mukana Anne Kuusisto.

Tutkimukseni tarkoituksena on analysoida hoitotyön suunnitelmia, joiden pohjalta tuotan keskussairaalan päivystysosaston henkilökunnalle sähköisen hoitotyön yhteenvedon (HOIY -lehti) täyttämistä käytettäviä fraaseja. Fraasien tarkoituksena on helpottaa hoitoyhteenvedon kirjaamista sähköisesti ja näin ollen mahdollisesti myös innostaa sähköiseen kirjaamiseen. Työni tulisi palvelemaan sähköisen kirjaamisen kehittämistä Satakunnan sairaanhoitopiirissä.

Tutkimukseni aineistoksi tulisin tarvitsemaan noin kuukauden ajalta tarkkailuosaston hoitohenkilökunnan täyttämiä hoitosuunnitelmia. Hoitosuunnitelmiin kirjattu tieto tulisi muodostamaan sähköisen kokeilun pohjan. Tutkimuksessa käytettävät hoitosuunnitelmat olisivat päivystyspoliklinikan ja -osaston osastonhoitaja Sam Fagerlundin sattumanvaraisesti, mutta tietyltä aikaväliltä, valitsema. Hoitosuunnitelmat olisivat kopioita alkuperäisistä ilman asiakkaan henkilöllisyystietoja. Aineisto tulee olemaan vain minun tarkasteltavissani.

Pyydän siis kohteliaimmin lupaa kyseisten potilasasiakirjojen tarkasteluun sekä sähköisen hoitotyön yhteenvedon kehittämiseen päivystysosastolla.

Tutkimustyöni ohjaaja on yliopettaja Andrew Sirkka.

Yhteistyöstä kiittäen,

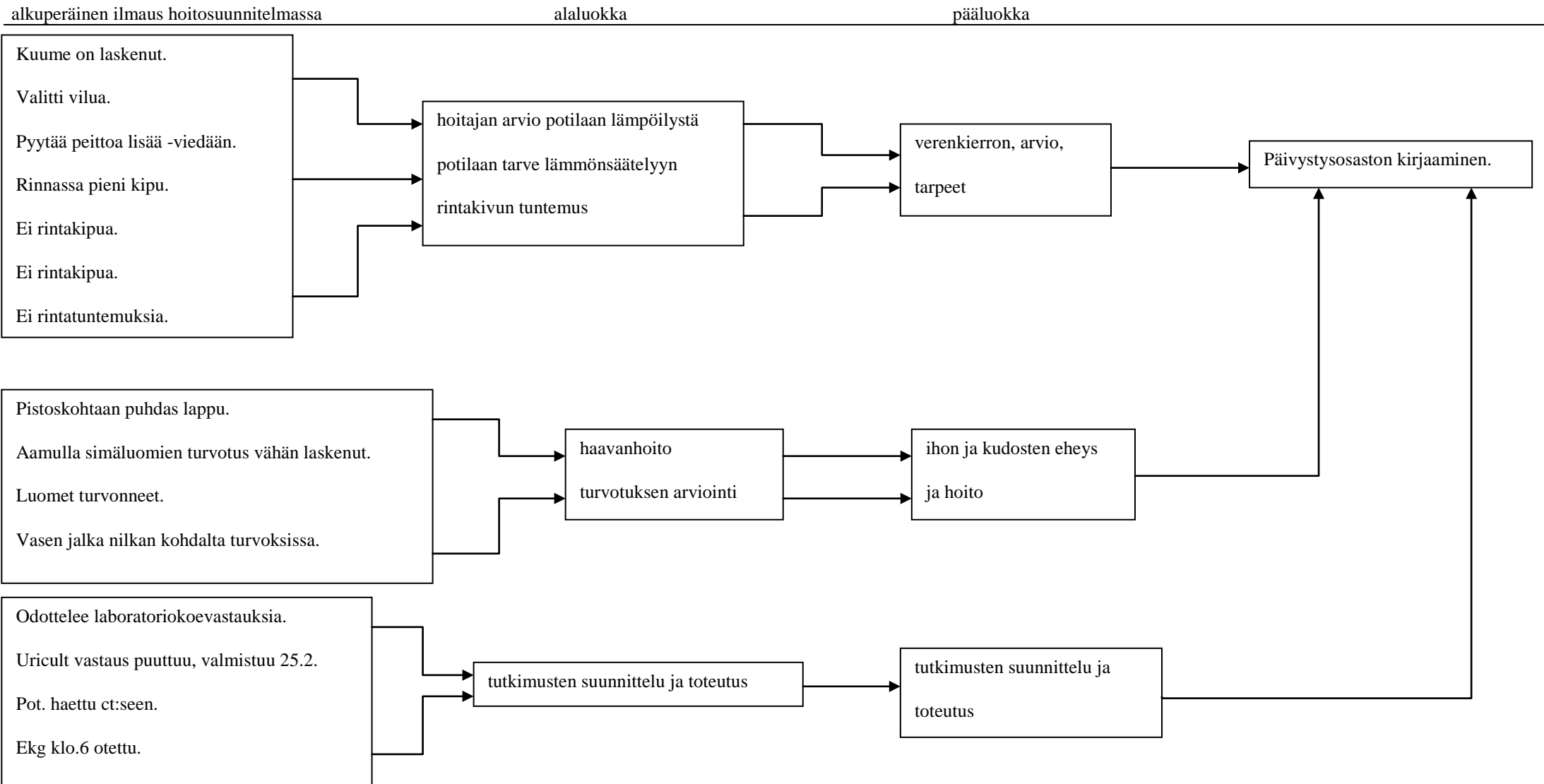
Kaisa Kalliokoski
 Sairaanhoitaja (AMK) -opiskelija
 Maamiehenkatu 10 AS 22
 28500 Pori (puh.050-3589671)

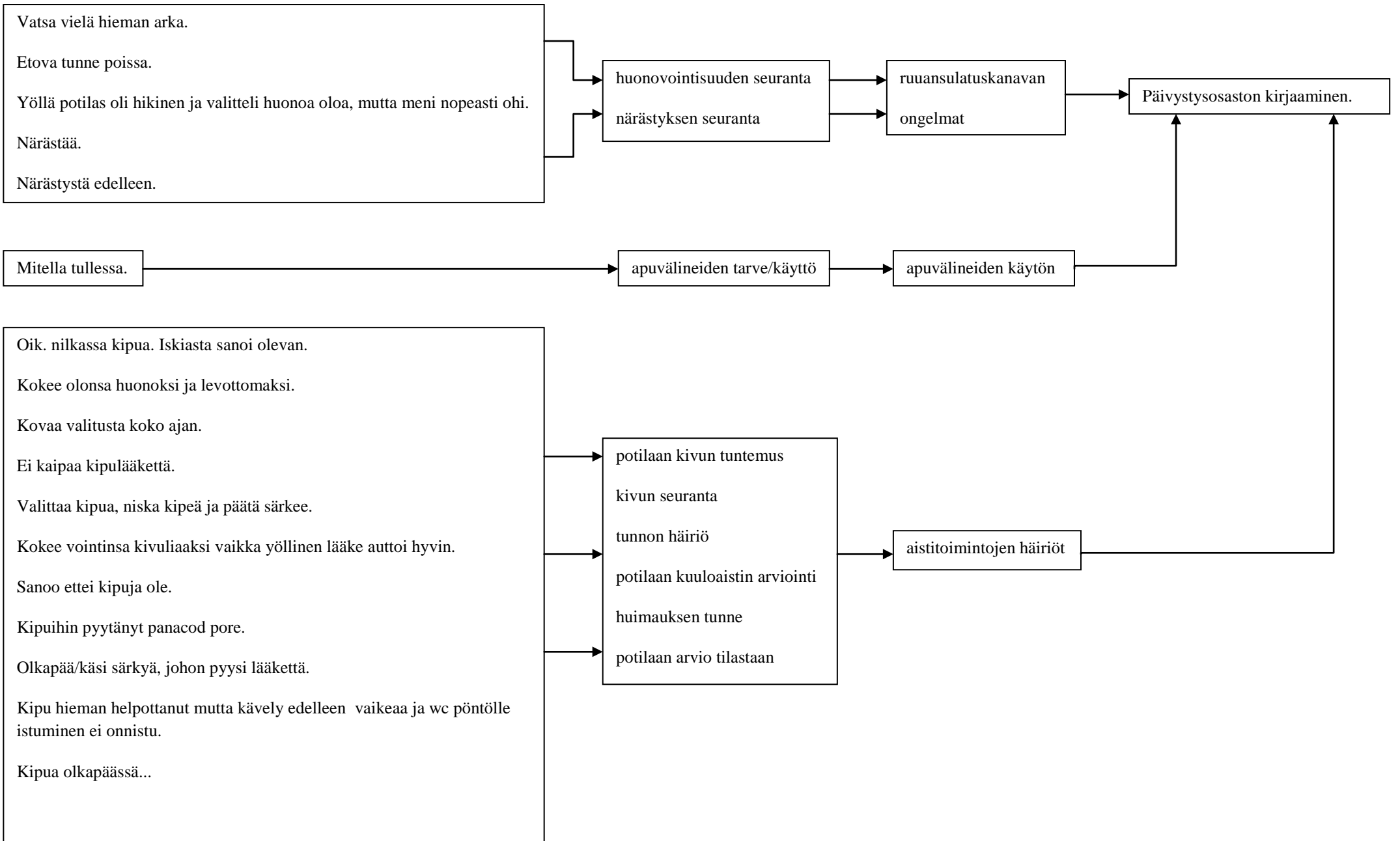
LIITE Tutkimussuunnitelma

15.4.2009
 Annan tutkimuslupan edellyttäen, että saamme
 tutkimusmateriaalit käyttöömmme niiden valmistuksen
 jälkeen.

Kansallisen yliopiston Riitta Mikkonen
 Ennenkirjojen ja päivystysosaston joimallat

Päivystysosaston hoitosuunnitelmien (37 hoitosuunnitelmaa) kirjaukset sisällönanalyysillä analysoituina





Olkapää on kipeä.

Kivuton.

Kivuton.

Yön ollut kivuton.

Aamulla ei rintakipua.

Tulotilanne: tullessa kipu helpottamaan päin.

Kipua ei ole.

Ei kipuja.

Levossa ei kipua. Palpaatioarkuus vas. rinnalla.

Vas 4-5.

Kipu lievää.

Ei lainkaan enää kipua.

Päänsärkyä valittaa.

Likvorin jälkeen selkäkipua ja päänsärkyä.

Ollut kivuton.

Pystyy nyt istumaan puoli-istuvassa asennossa kivuttomana.

Ei kipuja.

Ei kipuja.

Kipua ei ole.

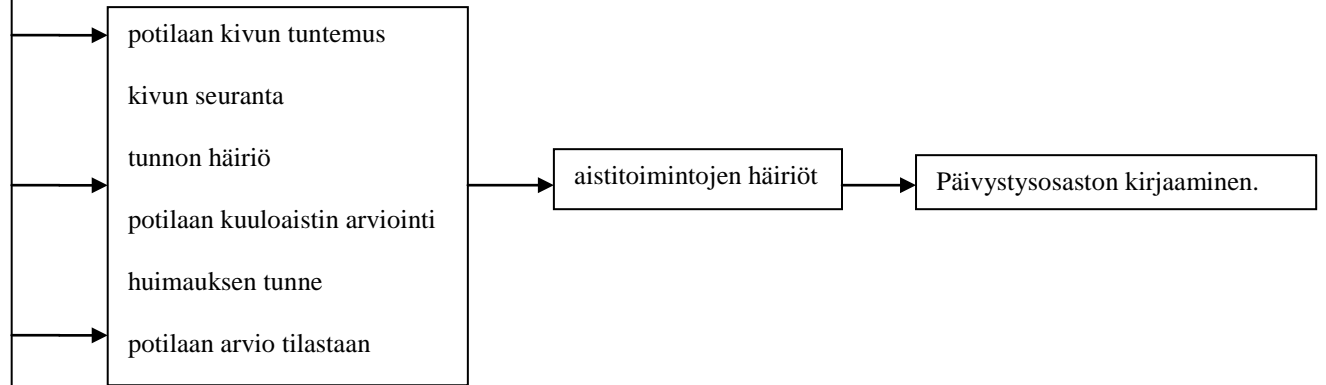
Kipua vatsalla.

Ei mitään kipuja.

Ei mitään kipuja.

Kivuton ollut yönajan.

Pieni tuntemus kyljessä...



Kovaa kipua valittaa ääneen.

Kova kipu vas. jalassa polven kohdassa.

Ei kipua.

Vatsa on kipeä.

Kipua vas. puolella niskassa.

Päänsärky vaivaa nukkunut.

Kipua silmien alueella, jossa hemat.

Kivuton, vas. puolella päätä ajoittaista tuntemusta, yskäinen.

Nyt ei kipuja.

Ei kipuja.

Vatsa ei ole kipeä.

Selässä kipua.

Kova kipu selässä.

Kivuton.

Nyt ei ole kipua.,

Kivuton.

Sellainen tunne että pian alkaa särkemään.

Huulen tunnottomuutta.

Sanoi olevan vähän huimausta, lievempää.

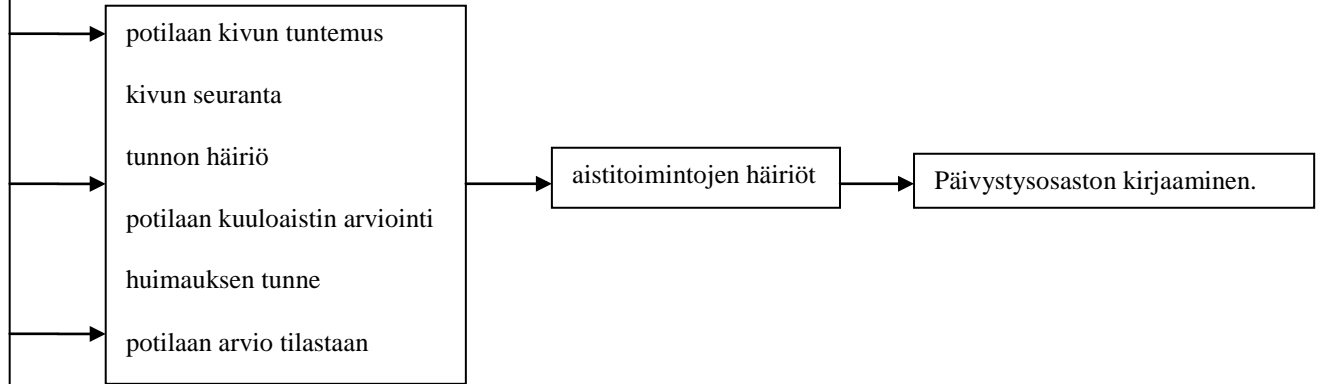
Huimausta on.

Kertoo että yöllä paikallaan olessakin heitti päätä kuin olisi kaatunut.

Kuulee huonosti.

Huono kuulo.

Kuulo hiukan heikko.



Tausta: usein FA, RR, astma, prostatahyperplasia.
Perussair. RR-tauti.

perussairaudet

taustatiedot potilaan
aikaisemmista sairauksista

Päivystysosaston kirjaaminen.

Tytär soittanut -ei pärjää nyt kotona.
Tytär mukana; jää yöksi.
Mies soitti. Kerrottu pot. jäävän huomiseen. Soittelee
iltapäivällä uudelleen.
Miehen saattamana sinuskuville.
Ilmoitetaan tyttärelle kun kotiutuu.
Vieraita kävi.
Vaimo käynyt vierailulla.
Soitteli äidille ja pyysi että koiralle hommataan hoitaja.
Ilmoitettu tyttärelle.
Sisar ja tyttäret katsomassa.
Monet omaiset soitteleet ja heille annettu pot. puh nro.
Jutelleet paljon keskenään.
Tytär soitti. Pot. Ei juurikaan jaksanut keskustella.
Puhuu puhelimesta hyväntuulisena.
Vaihtoi vaimon kanssa vaatteet.
Vieraita katsomassa.

omaisten yhteydenotot puhelimitse
omaisten vierailu sairaalassa
omaisten tiedottaminen
omaisten osallistuminen hoitoon
omaisiin yhteydenpitäminen

yhteistyö omaisten kanssa

Ortopedin laus. paperilla.

BNP koholla -soitettu t. lehtiselle -ohje yön yli päiv.osastolla.

Rocephalin aloituksesta soitettu sis. päiv. Shwerinille ja kysytty annosta.

Soitettu etupäivystäjälle ja kysytty pot. matalasta rr arvosta -saadaan ohjeita.

Soitettu m. seppälälle CRP vastauksesta.

J. Korpelan katsonut ekg:n -ok. Saa kotiutua jos lab ok.

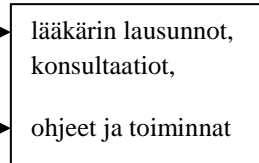
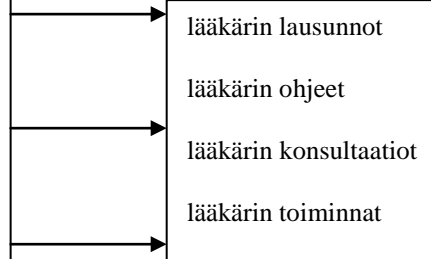
2 grammaa iv nyt ja toinen huomenna 2.3. iltapäivällä sekä v-pen kuuri lopetetaan.

Saa antaa kuumeeseen myös Panadol 1 gramma x4 po.

Soitettu etupäivystäjälle ja kysytty pot. matalasta rr arvosta -saadaan ohjeita.

Neur kons p+.

Päivystäjä toteaa exituksen klo 01.00.



Päivystysosaston kirjaaminen.

Jatko-ohjeet ja ajat annettu (5.3.09).
Saa kotiutua.
Tilataan jatkossa rasiuskoe ja soittoaika tulee kotiin.
Jos vointi sen jälkeen ok (aamupala) -kotiutuu.
Pot. kertoo pärjäävänsä kotona.
Resepti mukaan.
Voi nyt kotiutua.
Kotiutuu hyvävointisena. Hakija.
Prednisolon resepti kotiin. Epikriisi myös.
Paperit sis. polille.
Kotiutuu.
Kotiin haluaisi, ei kipuja.
EXITUS 17.2.09 klo 00.30.

jatkohoidon suunnittelu
jatkohoidon toteutus
potilaan mielipide jat-
kohoidosta
kuoleman toteaminen

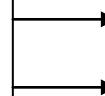
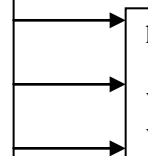
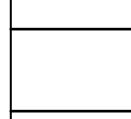
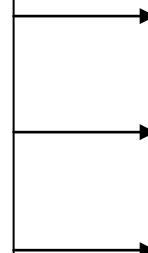
jatkohoidon suunnittelu,
toteutus, kuolema

Päivystysosaston kirjaaminen.

Kova puhumaan.
Kertoo myös muutama pv sitten satuttaneensa keinutuoli-
tapaturmasta mustelman vas. silmän alle.
Vasteilee hiljaisella äänellä.

huomioita vuorovaikutuksesta
vuorovaikutus potilaan ja hoitajan
välillä

vuorovaikutus hoitajan
ja potilaan välillä



Luvannut selvittää lääkityksen avovaimolta.

Ei haluaisi ottaa buranaa. Miel. panacodia.

Annetaan atrodual spiralla ja otta omat iltalääkkeensä mukana olevasta dosetista.

Halusi lääkettä.,

Haluaa diapamia.

Haluaa vielä diapamia yöksi.

Olkapää/käsi särkyä, johon pyysi lääkettä.

Lääkkeistä ollut apua.

Saa aamuinsuliinin.

Saa lääkettä.

Aamulääkkeet saanut.

Saa stesolidia.

Annetaan asa 100mg po klo. 22.

Saa atrodualin.

Pro-Epo- nutin %.

Saa lääk.

Annettu aamulla oxynormia imsti 8mg.

Kovaa valitusta koko ajan, saa oxanestin.

Läkitään.

Saa vti profylaksian...

lääkehoidon arviointi
lääkehoidon suunnittelu
potilaan toive lääkehoidosta
lääkehoidon toteutus
potilaan lääkehoidon tarve
lääkehoidosta kieltäytyminen

lääkehoidon suunnittelu,
tarve, toteutus ja arviointi

Päivystysosaston kirjaaminen.



Annettu neuramin lihakseen.

Opamox 15mg p.o. yöksi (käyttää kotona).

Jaettu burana silti aamuun.

Jätetty panacod, jotta voi tarvittaessa ottaa selkäkipuun.

Panacod pore, jonka saa.

Annetaan atrodual spiralla ja otta omat iltalääkkeensä mukana olevasta dosetista.

Ei halua kipulääkettä.

Nukkunut hyvin lääkityksen johdosta.

Maistuu erilaiselle kuin kotilääke, ei suostu ottamaan.

Juo hiilet.

Hengittelee atrodualia.

Atrodualin hengitellyt spiralla.

lääkehoidon arviointi
lääkehoidon suunnittelu
potilaan toive lääkehoidosta
lääkehoidon toteutus
potilaan lääkehoidon tarve
lääkehoidosta kieltäytyminen

lääkehoidon suunnittelu,
tarve, toteutus ja arviointi

Päivystysosaston kirjaaminen.

Käytetty wc:ssä, pesut tehty, vaippa vaihdettu.

Kerran tullut ulostetta -virtsanäyte.

Vaippa vaihdettu mikä oli hyvin märkä.

Kävellen kävi wc:ssä hoitajan käsikynkässä.

Laitettu huuhtelukatetri.

Laitettu alusastialle.

Ulosteet alla -siistitty.

Käy wc:ssä...

erittämisen avustaminen
erittämisen seuranta

erittämisen avustaminen
ja seuranta

Ulosteet alla -siistitty.

Käy wc:ssä kävellen autettuna.

Vaippa laitettu.

Wc:ssä käyty -ripulia.

Vaippa vaihdettu.

Tyhj. katetripussi, sameaa virtsaa.

Kestokatetri poistettu.

Kestokatetripussi tyhjenetty.

Wc:ssä käynyt usein, virtsa pakottaa.

Kävi yöllä wc:ssä, mutta kulkeminen oli hyvin heikko.

Käy itse wc:ssä.

Vessassa kävi.

Kävellen wc:ssä käynyt.

Potilaalla ripulia. Istuu vessassa ripuloimassa.

Norm uloste (löysä).

Nyt ei ole ripuloinut eikä oksentanut.

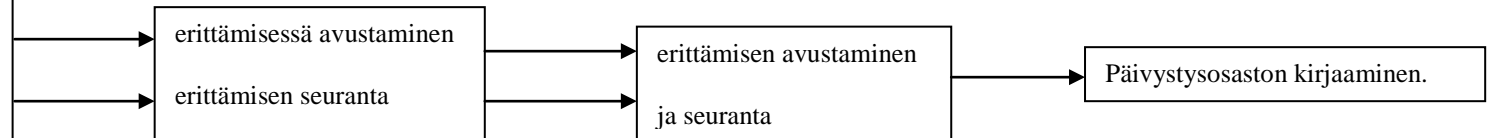
Virtsaa oli tullut laiskasti.

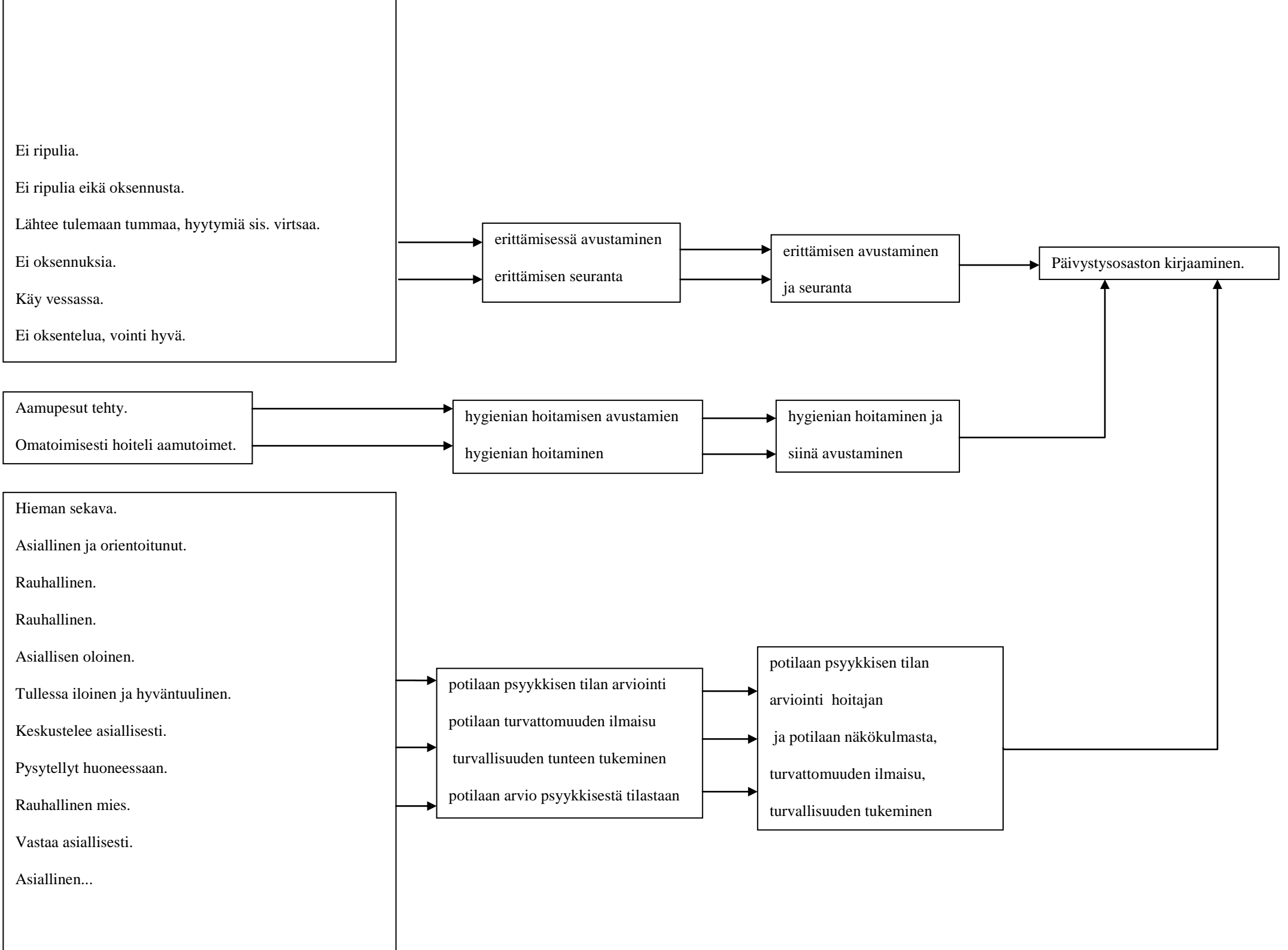
Käy rollaattorilla vessassa pissalla.

Ei oksentelua, ei vatsakipua.

Käy wc:ssä kävellen.

Liikkeellä wc reissut, kipeä on selästään...





Paikaksi kertoo noormarkun sairaalan.

Tietää kuukauden ja vuoden.

Puhelee sekavia.

Kovin levoton.

Huutelee.

Ei näkyvää ahdistusta.

Olo on pelottava.

Ei halua olla pimeässä. Pieni valo on päällä.

Kertoo taas olevan rauhattoman oloinen.

potilaan psyykkisen tilan arviointi
potilaan turvattomuuden ilmaisu
turvallisuuden tunteen tukeminen
potilaan arvio psyykkisestä tilastaan

potilaan psyykkisen tilan
arviointi hoitajan
ja potilaan näkökulmasta,
turvattomuuden ilmaisu,
turvallisuuden tukeminen

Päivystysosaston kirjaaminen.

Saa päivällisen.

Aamupalan saanut, aamulääkkeet saanut.

Saa päivällisen.

Sai syötävää.

Saa ruokaa ja kipulääkettä selkäkipuun.

Saa syötävää.

Viedään mehua.

Saa iltapalaa.

Rtta pidetty.

Saa ruokaa.

Nyt sai iltapalan.

ravitsemuksen toteuttaminen
ravitsemuksen seuranta
ravitsemuksen tarve
ravitsemushoidon vastustaminen
nestehoidon vastustaminen

ravitsemuksen tarve,
toteuttaminen, seuranta,
ravitsemushoidon ja
nestehoidon vastustaminen

Päivystysosaston kirjaaminen.

Aamulla ravinnotta.

Aamupalaa ja insuliinin ja tablettilääkkeet saanut.

Tiputus poistettu.

Annettu syötävää.

Saa voileipää ja mehua.

Viedään vickyä.

Saa aamupalaa.

Iltapalaa tarjottu.

Saa iltapalaa ja lääkkeet.

Saa ruokaa.

Juomista.

Viety mehua.

Syö/juo hyvin.

Mehua ainoastaan halusi juotavaksi.

Saa iltapalaa.

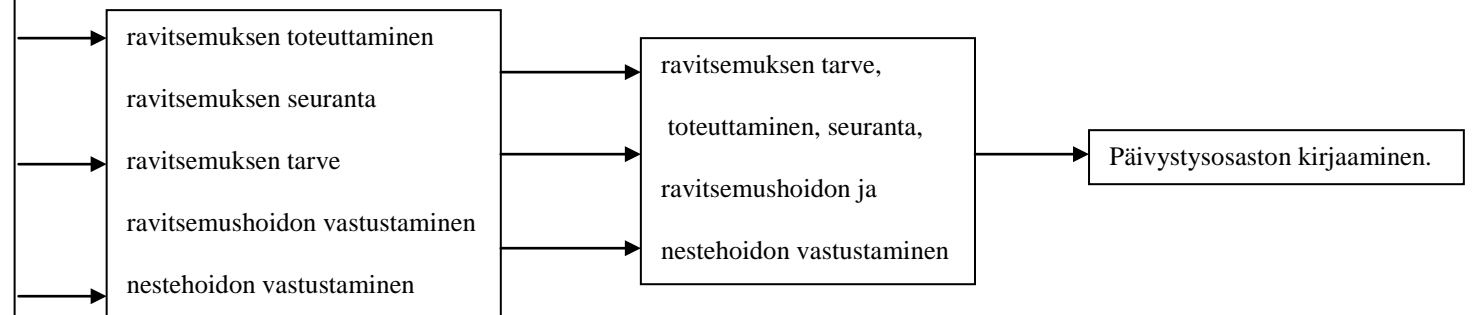
Syö aamupalaa.

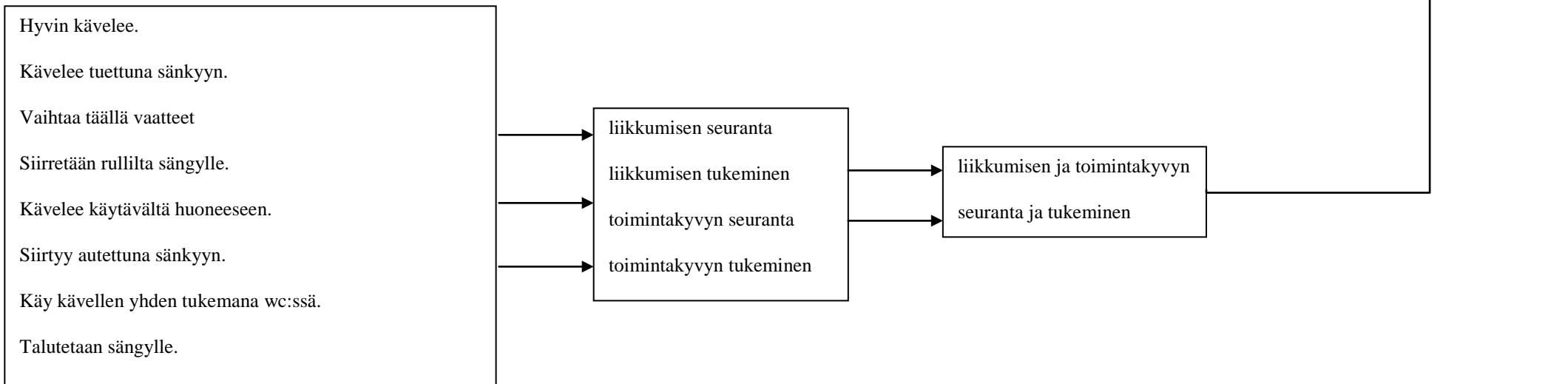
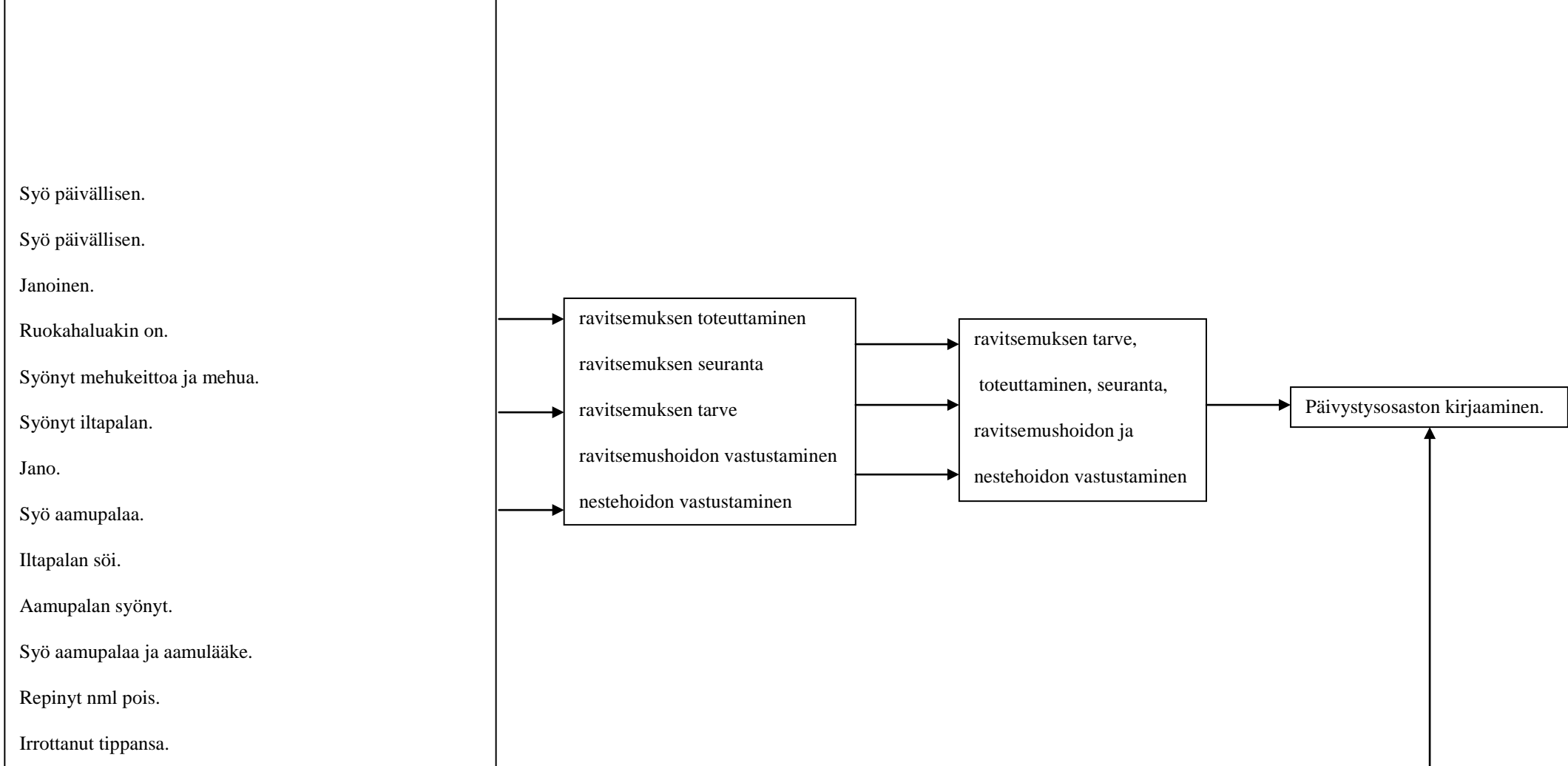
Syönyt/juonut normaalisti.

Yritti juoda vettä, pahoinvointia lähes heti, 2dl meni.

Aamupalan syönyt.

Ei halua syötävää...





Autetaan sängylle talutettuna.

Tullessa ei jaksaa siirtyä lattian kautta sänkyyn. Nostettu siirtolakanan avulla.

Nostetaan sänkyyn.

Kävelytetty sänkyyn.

P-tuolilla tuotiin os:lle.

Istuu sängyllä.

Kävelee käytävältä huoneeseen.

Siirtyy keppien kanssa sänkyyn.

Liikkuu hyvin.

Siirtyy itse tuolilta sänkyyn.

Siirtyy autettuna sänkyyn.

Kävelee, siirtyy sänkyyn, saa ruokaa.

Kävelee huoneeseen.

Vaihtaa vaatteet.

Pääsee itse jotenkuten siirtymään paareilta vuoteeseen.

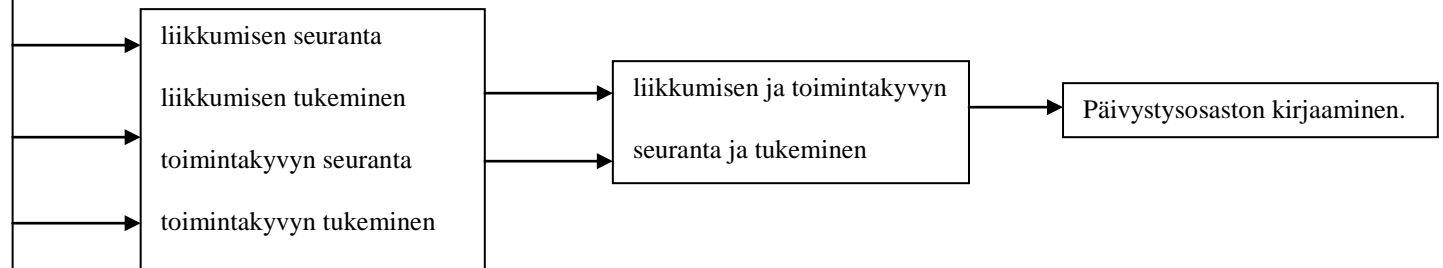
Kääntyy pyydettäessä vatsaltaan selälleen.

Tipan talutuksessa tarvitsee apua.

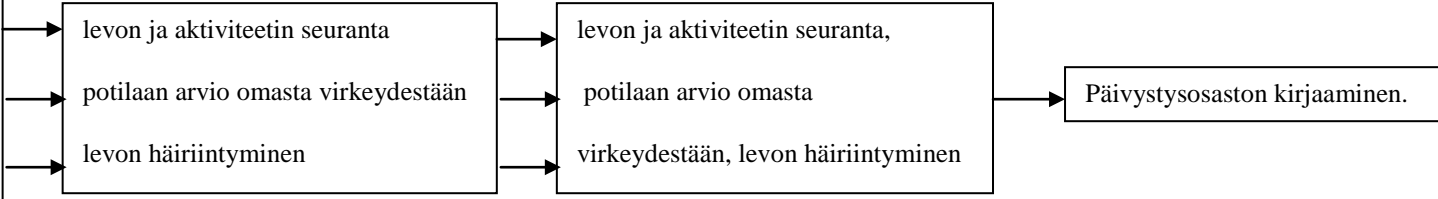
Kävelee huoneeseen.

Itse yrittää hieman siirtyä.

Liikkeessä vielä huimauksen tunnetta.



Nukkunut yön.
Ei ole nukkunut.
Nukkunut.
On saanut nukuttua.
Nukkunut aamuyön.
Nukkunut huonosti.
Nukkunut yön aika hyvin.
Nukkunut yön.
Hyvin nukkunut.
Nukkunut huonosti.
Nukkuu rauhallisesti.
Nukkunut hyvin.
Nukkunut.
Nukkunut välissä.
Nukkunut yön.
Nukkunut.
Nukkunut.
Nukkunut yön.
Nukkunut huonosti.
Nukkunut.
Osittain nukkunut.
Nukkunut hyvin, vointi parempi kuin eilen.
Nukkunut hieman.



Nukkunut huonosti.
Hetken aikaa nukkunut.
Uninen.
Pirstynyt vähän.
Aamulla jo virkeämpi.
Hiukan tokkuraisen oloinen herättyään.
Pot. virkeä, siirtyy itse sänkyyn rullilta.
Kovin väsynyt sanoo olevansa.
Pirteämpi mitä yöllä oli.
Jaksaa puhua lauseita.
Aamulla valittaa kun herätetään niin usein.

levon ja aktiviteetin seuranta
potilaan arvio omasta virkeydestään
levon häiriintyminen

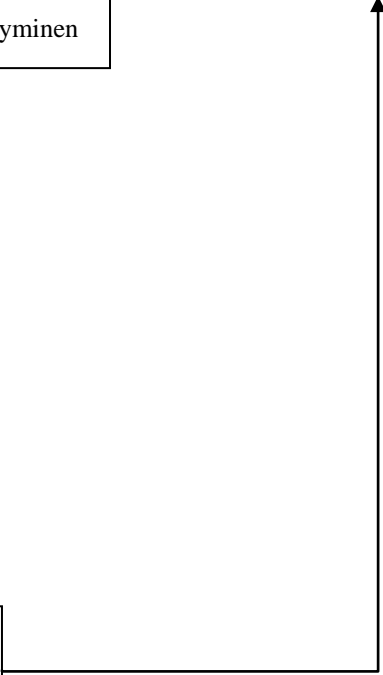
levon ja aktiviteetin seuranta,
potilaan arvio omasta
virkeydestään, levon häiriintyminen

Päivystysosaston kirjaaminen.

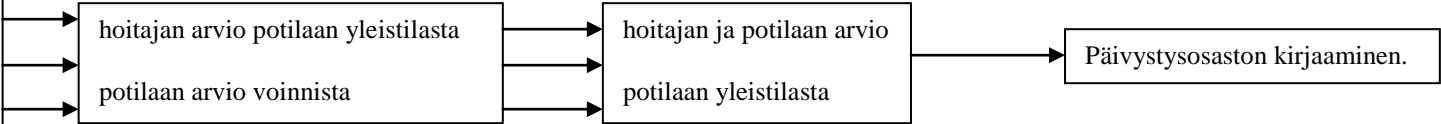
Potilaalla ei hengenahd.
Ei kipua eikä maatessa hengenahd.
Hengitys rohisee kovasti.
Hengitys rohisevaa.
Yskii kovasti.
Hyvin rohisevainen.
Hengitys rohisee.
Hengitys rohisevaa.
Hengitys helpomman oloista.
Tullessa hengitys rohisee kovasti.
Ei hengenahdistusta.

hoitajan arvio potilaan hengityksestä

hoitajan arvio potilaan
hengityksestä



Vointi hyvä.
Tajuissaan, rauhallinen, asiallinen, väsyneen oloinen.
Vointi hyvä.
Vointi on aika hyvä.
Ei muuta vaivaa.
Voi hyvin.
Tullessa vointi suht. ok, lievää vilutusta.
Vointi ennallaan.
Ei tunne oloa hyväksi.
Ei valita mitään.
Vointi hyvä.
Vointi ennallaan.
Vointi hyvä.
Nyt vointi on hyvä.
Vointi hyvä.
Ei ole ollut pystyssä.
Parempi olo.
Kohtalaisen hyvä vointi.
Vointi ei ole oikein hyvä.
Voin nyt jo paremmin.
Yleistila hyvä.
Voinnissa ei poikkeavaa...



Voinut hyvin.

Vointi edelleen parempi.

Vointi yön aikana helpottanut.

Tullessa yt hyvä.

Vointi potilaan mielestä tavallinen.

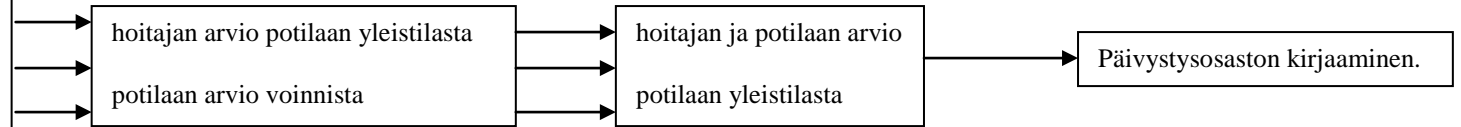
Potilas tulee tark. aika hyväkuntoisena.

Vointinsa kokee hyväksi.

Vointi hyvä.

Vointi hyvä.

Vointinsa kokee jo hyvin kohentuneen tulotilanteesta.



FinCC -luokituksen käyttöopas

Aktiviteetti (tarveluokitus, SHTaL)*- aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset***Komponentin sisällön kuvaus:**

Potilaalla on yksi tai useampi hoitotyön tarve aktiviteetin, unen laadun ja määrän osaluokilla. **Aktiviteetin muutoksella** tarkoitetaan potilaan terveydentilan, sairauden tai vamman aiheuttamaa muutosta hänen fyysisessä ja toiminnallisessa aktiivisuudessaan. Hoidon tarvetta aiheuttava muutos voi ilmetä potilaan yleisenä aktiviteetin heikkenemisenä, väsymyksenä, rasituksen huonona sietokykyinä tai lihaskunnan heikkoutena. Joskus yliaktiivisuudesta voi aiheutua hoidon tarvetta, jos potilas ei esim. ymmärrä levon merkitystä sairautensa hoidossa.

Potilaan mahdollinen **univaikeus eli unihäiriö** on kartoitettava, analysoitava ja kirjattava, jotta tiedetään kärsiikö potilas unettomuudesta ja minkä tyyppisestä vaikeudesta tai häiriöstä on kysymys. Hoitaja kerää haastatteleamalla ja havainnoimalla mm. seuraavia tietoja: millaiset ovat potilaan nukkumistottumukset, unen määrä ja laatu, onko potilaalla nukah-tamisvaikeus vai herääkö hän liian aikaisin, onko uni katkonaista vai onko potilaalla unettomuusoireita tai onko hänen vuorokausirytmensä muuttunut?

Potilaan sairaus itsessään voi aiheuttaa univaikeuksia (kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, kutina, kuume, huolet, pelot tai muuten epä mukava olo). Sairaala- tai laitospäristö voi myös häiritä normaalia unta (melu, kuumuus, kylmyys, hälytyslaitteet, hoitajien toiminta ja muut potilaat).

Aktiviteetin muutos

- Aktiviteetin heikkeneminen
- Ajanvietteen vähäisyys
- Yliaktiivisuus
- Liikunnan vähäisyys
- Väsymys
- Rasituksen huono sietokyky
- Liikkumisen rajoittuminen
- Lihaskunnan heikkous

Unihäiriöt - unen laadun ja määrän muutos

- Liiallinen uni
- Vähäunisuus
- Unettomuus
- Vuorokausirytmien muutos
- Nukahtamisvaikeudet
- Uniapnea
- Katkonainen uni

Esimerkkejä käytöstä: Pää- tai alaluokka

- Aktiviteetin heikkeneminen
- Vähäunisuus
- Unettomuus

Vapaa teksti

Syntymän jälkeen havaittu lihasten jänteveyden alentuma.
Nukkuu yöllä noin kolme tuntia.
Ei saa nukuttua, saattaa valvoa kaksi vuorokautta yhteen menoon.

Aktiviteetti (toimintoluokitus, SHToL)

- aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset

Komponentin sisällön kuvaus:

Sisältää toimintoja, joilla tuetaan ja autetaan potilaan aktiviteetin, toiminnan ja unen ja levon osa-alueilla esiintyviin hoidon tarpeisiin. Tällaisia toimintoja ovat esimerkiksi potilaan aktiviteettia edistävät toiminnot kuten leikki ja toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito, aktiviteettiin tai uni- ja valvetilaan liittyvä ohjaus. Joskus voi olla myös tarvetta rajoittaa potilaan aktiviteettia.

Aktiviteetin seuranta

Aktiviteettia edistävä toiminta

- Leikki
- Virikkeiden järjestäminen
- Toiminnallinen kuntoutus
- Liikeharjoitusten toteuttaminen
- Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito

Aktiviteettiin liittyvä ohjaus

Toiminnan rajoittaminen

- Liikunnan rajoittaminen
- Rasituksen välttäminen

Uni- tai valvetilan seuranta

Unta tai valvetilaa edistävä toiminta

- Unta edistävän ympäristön järjestäminen
- Vuorokausirytmien muuttaminen

Uni- tai valvetilaan liittyvä ohjaus

Esimerkkejä käytöstä:

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
Aktiviteetti	Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito	Molempiin jalkoihin lastat yöksi.
	Uni- tai valvetilan seuranta	Potilas nukkunut päivällä kaksi kertaa n. kahden tunnin unet.