

Malla Peippo

Nina Turunen

HOITOHENKILÖKUNNAN
KOKEMUKSIA
HOITOKERTOMUKSEN KÄYTÖSTÄ
ETELÄ-SAVON
SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Toukokuu 2015




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 26.5.2015
Tekijä(t) Malla Peippo, Nina Turunen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyö
Nimeke Hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitokertomuksen käytöstä Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä	
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitokertomuksen (HOKE) käytöstä ja rakenteisesta kirjaamisesta Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. Tavoitteena oli löytää kehittämisehdotuksia rakenteiseen kirjaamiseen ja HOKE:n käyttöön. Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä ei ole aikaisemmin kartoitettu kokemuksia HOKE:n käytöstä yhtä laajasti, minkä vuoksi opinnäytetyö oli tarpeellinen.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin ja analysoitiin sähköisen Webropol-ohjelman avulla. Strukturoitujen kysymysten lisäksi kyselyn lopussa oli kaksi avointa kysymystä, jotka analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkimus toteutettiin neljässä eri yksikössä Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. Tutkimus kohdennettiin hoitohenkilökunnalle eli tässä tutkimuksessa sairaanhoitajille, lähihoitajille, perushoitajille ja mielenterveyshoitajille. Kyselyyn osallistui 37 hoitohenkilökunnan jäsentä arvioidusta kohderyhmän 80 hoitajasta. Täten vastausprosentiksi muodostui 46.</p> <p>Tutkimuksen tulosten mukaan HOKE:n käyttöön liittyvään koulutukseen oltiin tyytyväisiä. Yli puolet vastaajista luotti HOKE:n toimivuuteen ja piti sen käytettävyyttä hyvänä. Kirjaamiseen kuluvan ajan on koettu vähenevän ajan kuluessa, mutta kirjaamisen tulisi olla vieläkin nopeampaa. Kirjaamisen koettiin pääosin olevan yhtenäistä. Mallihoitosuunnitelmia käytettiin kirjaamisen apuna, ja ne yhtenäistivät kirjaamista. Osa vastaajista koki hoitotyön yhteenvedon laatimisen vaikeana ja osa helppona. Rakenteinen kirjaaminen koettiin helppona ja toimivana. Yli puolet vastaajista koki, että hoitotyön yhteenvedon laatimiseen kuluu liikaa aikaa. Kaiken kaikkiaan kirjaamisen koettiin kehittyneen monella osa-alueella HOKE:n myötä.</p> <p>Tulevaisuudessa tämä tutkimus olisi mahdollista suorittaa laajemmalle kohderyhmälle tai toteuttaa uudelleen tietyn ajan kuluttua, jolloin tutkimusten tuloksia voitaisiin verrata keskenään.</p>	
Asiasanat (avainsanat) hoitotyö, rakenteinen kirjaaminen, hoitokertomus, suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus	
Sivumäärä 40 sivua + 6 liitettä	Kieli suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä)	
Ohjaavan opettajan nimi Ansa Iivanainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

DESCRIPTION

	Date of the barchelor's thesis 26 May 2015
Author(s) Malla Peippo, Nina Turunen	Degree programme and option Degree programme in Nursing, Public Health Nursing
Name of the barchelor's thesis Nursing staff's experiences of using nursing record in Southern Savonia health care district	
Abstract The purpose of the research was to map the experiences of nursing staff about using nursing record and structured documentation in the Southern Savonia health care district. The aim of this research was to find development suggestions for structured documentation and use of nursing record. This thesis is important because there are no previous researches in Southern Savonia health care district. The thesis was conducted as a quantitative research. The data was collected and analysed using a questionnaire in the internet-based Webropol. At the end of the questionnaire, after the structured questions, there were two open questions which were analysed by content analysis. The research was accomplished in four units. The research was targeted to nurses, practical nurses and mental health nurses. 37 nurses out of 80 participated in the research, which gives a response rate of 46 percent. According to the results nurses were satisfied with the training for using the nursing record. Over half of the respondents trusted the functionality of the nursing record and considered its usability good. The respondents felt that the time needed for the documentation had decreased in the long run but it should still be faster. Documentation was experienced to be uniform. Care plan models were used to help and unify the documentation. Making the nursing summary was considered easy but also difficult by some. Structured documentation was considered easy and functional. Over half of the respondents experienced that writing a nursing summary is too time-consuming. In general the documentation was considered to have developed in many areas along with the launching of nursing records. In the future it would be possible to carry out a similar study with a wider target group or repeat with the same group to allow comparison of results.	
Subject headings, (keywords) nursing, structured documentation, nursing record, Finnish Care Classification	
Pages 40 pages + 6 appendices	Language Finnish
Remarks, notes on appendices	
Tutor Ansa Iivanainen	Bachelor's thesis assigned by The Southern Savonia health care district

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN.....	2
2.1	Kirjaamista koskeva lainsäädäntö.....	2
2.2	Rakenteisen kirjaamisen merkitys ja edut	4
2.3	Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus	5
2.4	Hoitokertomus	7
2.5	Tiedonhaku	9
2.6	Kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta	11
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	13
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	13
4.1	Toimeksiantajan kuvaus	13
4.2	Tutkimusmenetelmä	14
4.3	Kyselylomake	15
4.4	Aineiston keruu ja analysointi	18
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	19
5.1	Taustatiedot.....	19
5.2	Käyttökokemuksia HOKE:sta	20
5.3	Kehittämisehdotukset	25
6	POHDINTA	28
6.1	Tutkimustulosten ja niiden merkitysten tarkastelu	28
6.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	32
6.3	Johtopäätökset.....	34
6.4	Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	35
	LÄHTEET	36

LIITTEET

- 1 Tutkimuslupa
- 2 Saatekirje
- 3 Kyselylomake
- 4 Sisällönanalyysi
- 5 Whoike
- 6 Hoke

1 JOHDANTO

Hoitotyön kirjaamista ohjataan ja valvotaan lakien, asetusten ja yksikkökohtaisten ohjeiden avulla (Haho 2014). Laadukas kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta ja lisää hoitotyöntekijän sekä potilaan oikeusturvaa. Kirjaaminen kuuluu hoitajan päivittäiseen työnkuvaan, ja sen takia laadukkaana kirjaamisen osaaminen on ensiarvoisen tärkeää. Potilastietojärjestelmät ja hoitokertomukset kehittyvät jatkuvasti, minkä vuoksi kirjaamiseen tulee tulevaisuudessa kiinnittää yhä enemmän huomiota. Hoidon suunnittelun huolellinen kirjaaminen helpottaa potilaan hoidon toteutusta, arviointia ja kirjaamista (Ahonen ym. 2014).

Rakenteinen kirjaaminen perustuu Suomalaiseen hoitotyön luokituskokonaisuuteen (FinCC). FinCC muodostuu tarve-, toiminto- ja tulosluokituksista. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.) Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen käynnistyi TtT Anneli Ension väitöskirjasta vuonna 2001. HoiDok- ja HoiData-hankkeissa laadittiin kansalliset määrittelyt sähköisen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen sisällöstä ja rakenteesta. Rakenteisen kirjaamisen avulla hiljainen raportointi on mahdollista, jolloin säästetään aikaa suulliseen raporttiin verrattuna. Rakenteinen kirjaaminen helpottaa tiedon hakua sähköisestä potilaskertomuksesta sekä mahdollistaa tasalaatuisen ja -arvoisen hoitotyön. (Iivanainen ym. 2014, 8.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitokertomuksen (HOKE) käytöstä Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. Tarkoituksena oli lisäksi kuvata hoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta. Tavoitteenamme oli tutkimuksen avulla löytää kehittämissuhteita rakenteiseen kirjaamiseen ja HOKE:n käyttöön. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyö toteutettiin hoitohenkilökunnalle suunnatun sähköisen kyselyn avulla neljässä eri työyksikössä. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä kirjaamisen merkitys on korostunut sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden että potilaiden osalta. Potilaat haluavat saada tietoa omasta hoidostaan entistä enemmän samalla, kun kirjaamisen valvonta ja vaatimukset kiristyvät.

2 HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Suomen terveydenhuollossa on meneillään muutos, jossa hoitotyön sähköinen kirjaaminen on muuttumassa rakenteiseen muotoon. Rakenteisen kirjaamisen avulla toteutuu hoitajan ja potilaan oikeusturva, minkä vuoksi potilasasiakirjamerkintöihin tulee kiinnittää huomiota. (Iivanainen ym. 2014, 6.) Kirjatulla tiedolla on suuri merkitys potilaan päivittäisessä hoidossa. Hoitotietojen täytyy olla välittömästi käytettävissä potilaan hoitoon osallistuvilla. Se edellyttää kirjaamiselta yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta. Hoitotietojen systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilastietojärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. (Saranto ym. 2008, 12, 14.)

2.1 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamista sekä asiakastietojen käsittelyä ja hallintaa määrittelevät lait, asetukset ja ohjeet (Lätti 2012, 24). *Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista* säädetään mm. oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hoitoon pääsystä, hoidon suunnittelusta, itsemääräämisoikeudesta ja tiedonsaantioikeudesta. Laissa säädetään lisäksi potilasasiakirjoista ja salassapidosta. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin tiedot potilaan hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta. Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja ei saa luovuttaa sivulliselle ilman potilaan kirjallista suostumusta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Kyseisestä laista pohjautuu *laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä*, jossa säädetään potilasasiakirjojen laatimisesta, säilyttämisestä ja salassapidosta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa asetuksessa potilasasiakirjoista on säädetty potilaskertomukseen kirjattavista tiedoista ja hoitoon liittyvistä merkinnöistä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Asetus määrittelee vaatimukset potilasasiakirjojen sisällölle. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Merkintöjä tehtäessä tulee käyttää yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilaskertomukseen on merkittävä potilaan perustiedot sekä jokainen tapahtuma. Tiedoista tulee käydä ilmi mm. tulosy, esitiedot, nykytila, tutkimustulokset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta sekä loppuarvio. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 15.)

Henkilötietolain tarkoituksena on suojata yksityiselämää ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia käsiteltäessä henkilötietoja. Laki edistää hyvän tietojenkäsittelytavan noudattamista ja kehittämistä. (Henkilötietolaki 523/1999.) *Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä* tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007). Lain tavoitteena on turvata asiakastietojen käytettävyys, eheys ja säilyminen sekä asiakkaan yksityisyyden suoja. Laki sisältää säädökset asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista. Yleisten vaatimusten avulla luodaan perusta asianmukaiselle sähköiselle tietojenkäsittelylle, jossa edellytetään yhtenäisen tietoturvatason toteutumista. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 16.)

Terveydenhuoltolain tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, yhdenvertaistaa palvelujen saatavuutta, vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Lain tavoitteena on mahdollistaa hoitohenkilökunnalle mahdollisimman ajantasaiset ja kattavat tiedot potilaan terveydentilasta ja tutkimuksista. Tämän edesauttamiseksi laissa on säädetty sairaanhoitopiirin alueen kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä. (Potilastietojen käsittely 2011, 3.)

Suomessa lainsäädännöllä määrätään potilaskertomusmerkintöjen tekemisestä, asiakirjojen säilyttämisestä sekä siitä, kenellä on oikeus lukea niitä. Terveydenhuollon valtakunnalliset sähköiset palvelut pohjautuvat keskitettyyn potilastiedon säilytys- ja välityspalveluun sekä laissa säädettyyn liittymisvelvollisuuteen. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 15, 17.) Potilastiedon arkisto on palvelu, jonne terveydenhuollon yksiköt tallentavat sähköisesti potilastietoja (Kanta 2014). *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista* määrittelee, mitä tietoja potilastiedon arkistoon tallennetaan (Lehtovirta & Vuokko 2014, 17).

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta säädetään saumattoman palveluketjun järjestämisen alueellisesta kokeilusta sekä siihen liittyvistä omanuovojapalveluista, palveluketjusuunnitelmasta ja viitetietokannasta. Saumattoman palveluketjun toimintamallissa asiakkaan palvelutapahtumat yhdistyvät asia-

kaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä yksikkö on palvelun järjestäjä. Viitetietokannasta nähdään, missä sähköisessä rekisterissä on asiakasta koskevaa tietoa. Sieltä nähdään myös asiakkaan suostumukset viitetietojen käyttöön. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 811/2000.)

2.2 Rakenteisen kirjaamisen merkitys ja edut

Rakenteisen kirjaamisen avulla on tarkoitus helpottaa kirjaamista, tiedonhakua ja hoidon seuranta. Kirjaamisen apuna käytetään yhteisesti sovittuja koodistoja, luokituksia ja muita sovittuja rakenteita. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 13.) Hoidon tarpeen, hoitotyön toiminnon, hoidon tuloksen, hoitoisuuden ja hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen rakenteisessa muodossa edellyttävät standardoitujen termistöjen, kuten luokitusten, käyttöä (Liljamo ym. 2012, 14). Sähköisen potilaskertomuksen avulla tieto välittyy eri ammattiryhmien välillä ja toimii päätöksenteon tukena. Kirjattuja tietoja voidaan käyttää toiminnan suunnittelussa, tilastoinnissa ja tutkimuksessa. (Häyrynen & Ensio 2008, 97.)

Organisaatioissa rakenteista potilastietoa voidaan hyödyntää myös toisissa käyttötarkoituksissa kuin potilaan terveyden- tai sairaanhoitoon. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa palvelujen toteutumisen arvioinnin ja oman organisaation toiminnan ohjauksen. Yhdenmukaisesti kirjattaessa tiedon laatu on parempaa, ja tarvittaessa tieto on helpompi löytää. Rakenteisen tiedon käyttö mahdollistaa virhe- tai vaaratilanteista varoittavan päätöksenteon tuen liittämisen sähköiseen potilaskertomukseen. Rakenteisuus helpottaa tiedon hyödyntämistä esimerkiksi laadun arvioinnissa, kustannusten seurannassa ja kliinisessä tutkimuksessa. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 13.)

Rakenteisesta kirjaamisesta hyötyvät potilaat, terveydenhuollon ammattilaiset sekä organisaation johto. Rakenteinen kirjaaminen parantaa potilaan hoidon laatua. Tiedot potilaan hoidosta ovat aiempaa laadukkaampia, paremmin saatavissa ja löydettävissä. Ajantasaisen tiedon saatavuus edistää potilasturvallisuutta, sillä tieto on käytettävissä organisaatiosta riippumatta. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen parantaa potilaan oikeusturvaa, sillä tietojen käyttöä on mahdollista seurata tarkasti. Yhteinen käsitteistö vähentää epäselvyyksiä tulkinassa. Potilas voi katsella omia sähköisen potilaskertomuksen tietoja nykyään valtakunnallisessa sähköisessä potilastietojärjestelmäpalve-

lussa eli Omakanta-palvelussa. Tulevaisuudessa pyritään siihen, että potilas voi itse tuottaa terveystietojaan esimerkiksi ennen vastaanottokäyntiä. Tällöin terveydenhuollon ammattilainen hyväksyy potilaan tuottamat tiedot potilaskertomukseen. Kyseinen toimintamalli voimaannuttaa potilasta, parantaa hoitoprosessin joustavuutta sekä lisää terveydenhuollon tuottavuutta. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 14.)

Terveydenhuollon ammattilainen hyötyy rakenteisesta kirjaamisesta monella tavalla. Rakenteinen kirjaaminen auttaa parantamaan tiedon laatua ja edistää potilasturvallisuutta, sillä kirjattu tieto on käytettävissä myös oman organisaation ulkopuolella. Se tekee kirjaamisesta yhdenmukaisempaa ja helpottaa tiedon löytymistä sekä hyödyntämistä yhteisesti sovittujen tietorakenteiden avulla. Ajantasaista tietoa voidaan hyödyntää eri toimipaikoissa tai terveydenhuollon organisaatioissa. Potilaskertomuksessa käytettävien rakenteiden ja niiden käytön tulee olla valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja, jotta potilaskertomusta voidaan käyttää ja hyödyntää eri organisaatioissa ja terveydenhuollon toimipaikoissa. Useat potilastietojärjestelmät ja potilastietojärjestelmien eri versiot hankaloittavat tietojen hyödynnettävyyttä. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 13.)

Rakenteisesti kirjatusta tiedosta voi olla myös välillistä hyötyä. Rakenteistamisen hyötyinä voidaan pitää jo kertaalleen kirjatun tiedon hyödyntämistä tulevaisuudessa esimerkiksi tutkimus- tai järjestelmäkehittämiseen. Myös rekisteri- ja tilastotiedon keruuta voidaan jatkossa automatisoida kokoamalla yhdenmukaista rakenteista tietoa. Siten rakenteisesta tiedosta saadaan hyötyä myös terveyden seurannan ja edistämisen näkökulmasta. Seuranta- ja tutkimustiedon avulla kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä terveyserojen kaventaminen on mahdollista eri väestö- ja potilasryhmien välillä. (Hyppönen ym. 2014, 28.)

2.3 Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus

Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus eli FinCC perustuu kansainväliseen Virginia K. Saban kehittämään Clinical Care Classification eli CCC-luokitukseen (Liljamo ym. 2012, 10; Iivanainen & Syväoja 2012, 15). CCC-luokitus on Virginia K. Saban johdolla kehitetty mittari, joka julkaistiin vuonna 1991. Luokituksen avulla hoitajat voivat arvioida, dokumentoida ja luokitella potilaalle antamansa hoidon. Luokitus sisältää hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksen. CCC-luokitus kuvaa hoitotyön pro-

sessin vaiheita, joita ovat tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus, hoitotyön tulokset ja niiden arviointi. (Saba 2014.)

Finnish Care Classification (Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus) eli FinCC muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL versio 3.0), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL versio 3.0) ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL versio 1.0). Tarve- ja toimintoluokituksella on yhtenevä rakenne, joka muodostuu komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatasoista. Komponentit kuvaavat kaikkein pelkistetyintä tasoa. Tarve- ja toimintoluokituksen komponenttien alle on koottu konkreettisemmat pää- ja alaluokat, joilla kirjaaminen käytännössä tapahtuu. Hoitoprosessin eri vaiheissa valitaan luokituksesta sopiva pää- tai alaluokka, jota täydennetään vapaalla eli narratiivisella tekstillä. Tulosluokituksen avulla arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta: ennallaan, parantunut, heikentynyt. (Liljamo ym. 2012, 3, 14; Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Hoidon tarve on kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä tarpeista. Hoidon tarve selvitetään keräämällä tietoja potilaasta haastattelun, havainnoinnin ja mittaamisen avulla. Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kannalta oleelliset tiedot Suomalaisen hoidon tarveluokituksen mukaisesti. Hoidon tavoitteet laaditaan suhteessa hoidon tarpeisiin ja suhteessa siihen, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan. Tavoitteiden tulee aina olla potilaslähtöisiä. Hoitotyön toiminnot valitaan asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Hoitotyön toimintoja valittaessa ja käytettäessä tulee ottaa huomioon tarkoituksenmukaisuus, hoitotyön periaatteet ja näyttöön perustuva tieto. Toiminnot kirjataan Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitusta apuna käyttäen. Hoitotyön toteutuksella tarkoitetaan suunniteltujen hoitotyön toimintojen toimeenpanoa. Hoidon tuloksia arvioitaessa kuvataan sitä, miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu, mitä muutoksia potilaan tilassa on tapahtunut ja saavutettiin tavoitteet. Hoidon arvioinnissa käytetään Suomalaisen hoidon tulosluokitusta. (Iivanainen & Syväoja 2012, 18.)

Potilaan hoidon kirjaamiseen vuodeosastoilla ja poliklinikoilla käytetään hoidon tarveluokitusta ja hoitotyön toimintoluokitusta. Kumpaakin luokitusta voidaan käyttää erikseen, mutta suurin hyöty saadaan niiden rinnakkaisesta käytöstä. Kun potilaan hoitoa kuvataan tarve- ja toimintoluokitusten avulla, saadaan johdonmukainen kokonaiskuva potilaan voinnista ja siinä tapahtuneista muutoksista. Suomalainen hoidon tarveluoki-

tus ja Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus koostuvat molemmat 17 komponentista, jotka sisältävät vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. (Liljamo ym. 2012, 10.)

2.4 Hoitokertomus

Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja muiden ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin (Saranto ym. 2008, 12–13). Sähköinen hoitokertomus tarkoittaa kansallisen kirjaamismallin toteutusta tietojärjestelmissä. Sähköinen hoitokertomus mahdollistaa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen. Hoitokertomuksen perustana ovat hoitotyön prosessi ja Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC). (Nykänen ym. 2010, 6.) Hoitotyön prosessi muodostuu potilaan hoitotyön tarpeesta, hoitotyön tavoitteista, hoitotyön toiminnoista sekä toteutuksesta ja arvioinnista. Hoitotyössä olennaisimmat potilaan hoitoon liittyvät tiedot ja päätökset kirjataan ylös. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä FinCC-luokituskokonaisuuden käyttö laajeni samalla, kun hoitotyön kirjaamisalusta vaihtui WHOIKE:sta HOKE:en loppuvuodesta 2013 (Sairaanhoitotoiminnan arviointiraportti 2013, 44). Aikaisemmin käytössä ollut WHOIKE ja nykyisin käytössä oleva HOKE ovat hoitokertomuksia, jotka on tarkoitettu potilaan hoitotietojen päivittäiseen kirjaamiseen ja tallentamiseen. Liitteessä 5 on nähtävillä kaksi kuvaa WHOIKE:sta. Liitteessä on nähtävillä hoidon suunnittelu, toteutus sekä arviointi eli hoitotietojen ylläpito -näkyvä sekä hoitotiedot-näkyvä, josta on mahdollista katsoa kirjauksia päivämäärän mukaan. (Taskinen 2012, 3, 10–11.) Liitteessä 6 on kuvia HOKE:sta. Kuvissa on nähtävillä HOKE:n hoitonäkymä, sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitosuunnitelman mallipohja sekä hoitotyön yhteenvedon kirjaamisalusta.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin tavoitteena on ollut, että hoitotyön suunnitelma kuvaa potilaan tarpeita. Hoitotyön toteutuksessa kuvataan niitä toimintoja, joilla potilaan tarpeisiin on vastattu. Hoitotyön arviointi kuuluu osaksi potilaan kokonaishoitoa. Edellä mainitut asiat ovat olleet HOKE:n myötä helpompia toteuttaa. Hoitotyön yhteenvedo laaditaan osasto- ja poliklinikakajaksojen päätyttyä. (Sairaanhoitotoiminnan arviointiraportti 2013, 44.) Hoitotyön yhteenvedo on kattava arviointi potilaan tilasta, jossa tulotilannetta verrataan tilanteeseen hoitajakson päättyessä. Yhteenvedoon kirja-

taan tärkeimmät hoidon tarpeet, tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset. Yhteenvetoon kirjataan myös annettu hoito ja hoidossa tapahtuneet keskeiset asiat. Yhteenvetoa on mahdollista hyödyntää seuraavilla hoitajaksoilla tai jatkohoitopaikkaan lähetettävässä läheteessä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 18.)

Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä hoitokertomuksen käyttöönottohanke sisälsi HOKE:n testauksen, kehittämistyön, oppaiden laatimisen, koulutuksen suunnittelun ja toteutuksen sekä käyttöönoton tuen (Sairaanhoitotoiminnan arviointiraportti 2013, 44). Sairaanhoitopiirin tietohallinto teki käyttäjille Intranetissä kyselyn loppuvuodesta 2013. Toinen vastaavanlainen kysely toteutettiin tietohallinnon toimesta syksyllä 2014. Kyselyissä kartoitettiin HOKE:n käyttöä. Molemmat kyselyt olivat lyhyitä, ja ne sisälsivät noin kymmenen kysymystä. Kyselyihin osallistuminen oli vapaaehtoista, ja koko hoitohenkilökunta pystyi vastaamaan niihin. Kyselyt ovat julkaisemattomia, joten tuloksia ei ole mahdollista saada hyödynnettäväksi. Ennen HOKE:n käyttöönottoa järjestettiin koulutuksia ja saadusta koulutuksesta kerättiin erillinen koulutuspalaute. (Laamanen ym. 2014.) Palaute koulutuksista ja HOKE:sta on ollut kiitettävää (Sairaanhoitotoiminnan arviointiraportti 2013, 44).

Kehittämishankkeen aikana aloitettiin hoitokertomuksen mallipohjien laatiminen erikoisaloittain. Mallipohjia käytettäessä on muistettava jokaisen potilaan hoidon yksilöllisyys. (Sairaanhoitotoiminnan arviointiraportti 2013, 44.) Mallipohjia on olemassa hoitotyön eri ympäristöihin ja käyttötilanteisiin. Mallipohja näyttää hoitoprosessin vaiheet ja siinä tarvittavat komponentit ja luokat. Siihen voidaan tarpeen mukaan lisätä tietoja tilannekohtaisesti. Mallipohjien avulla kirjaaminen on yksinkertaisempaa ja selkeämpää. Ne auttavat soveltamaan FinCC-luokituskokonaisuutta eri ympäristöihin ja tilanteisiin sopiviksi. (Nykänen & Junttila 2012, 26.) Esimerkki sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitosuunnitelman mallipohjasta löytyy liitteestä 6. Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä mallipohjasta käytetään nimitystä mallihoitosuunnitelma (Laamanen ym. 2014).

Lisääntynyttä tietotekniikan käyttöä pidetään merkittävänä tekijänä, jonka avulla kehitetään palveluita vastaamaan tulevaisuuden haasteita. Sähköiset potilasasiakirjat ja tietoverkkojen lisääntynyt käyttö muuttavat hoitotyön käytäntöjä, opetusta, tutkimusta ja johtamista. Muutos näkyy hoitotyön käytännössä siten, että terveydenhuoltopalveluja järjestetään tietoverkkoja hyödyntäen. Tietoverkkojen ja sähköisten palveluiden

kehittyessä kansalaisten mahdollisuudet osallistua omaan hoitoonsa vahvistuvat. (Saranto & Kinnunen 2007, 219.) Kansallinen Terveysarkisto eli Kanta on yhteinen nimitys terveydenhuollon, apteekkien ja kansalaisten valtakunnallisille tietojärjestelmäpalveluille (Kanta 2014). Kansalliseen Terveysarkistoon sisältyvien Kanta-palvelujen tavoitteena on edistää hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta ja siten mahdollistaa kansalaisten ajantasaisen tutkimus- ja hoitotietojen saatavuus kaikissa hoitotilanteissa. Valtakunnallisia Kanta-palveluita ovat sähköinen lääkemääräys (eResepti), potilastiedon arkisto (eArkisto), kansallinen lääketietokanta (Reseptikeskus), Omakanta sekä tiedonhallintapalvelu. (Kanta-palvelut 2014.)

Potilastiedon arkisto on palvelu, jonne terveydenhuollon yksiköt tallentavat potilastietoja turvallisesti omista tietojärjestelmistään. Arkistoa rakennetaan vaiheistetusti, minkä vuoksi myös tiedot kertyvät sinne sen mukaan, miten arkiston käyttö laajenee. Potilastiedon arkisto tarjoaa kansalaisille mahdollisuuden tarkastella omia potilastietojaan helposti Omakanta-palvelussa. Palvelussa voi asettaa myös suostumuksia ja kieltöjä omiin potilastietojen käyttöön liittyen. (Kanta 2014.) Hoitajien kirjaamiskäytännöissä on paljon vaihtelua. Kirjaamiskäytäntöjä tulee yhtenäistää, sillä valtakunnallisen arkiston käyttö edellyttää kansallisten näkymien yhdenmukaista käyttöä. Potilaan hoitajaksolta laadittu hoitotyön yhteenveto näkyy arkistossa, kun taas osastohoidon päivittäismerkinnät eivät vielä siirry arkistoon. Hoitotyön yhteenveto laaditaan HOKE-näkymälle, jossa hoidon vaiheena käytetään Hoidon arviointia ja otsikoinnissa Lopparviota tai Väliarviota tilanteen mukaan (liite 6). (Kärkkäinen 2013, 20.)

2.5 Tiedonhaku

Haimme kirjaamiseen liittyvää tietoa useista eri tietokannoista. Käytimme tiedonhaun portaaleina Melindaa, Julkaria ja Theseusta. Teimme tiedonhakua myös eri yliopistojen, erityisesti Tampereen ja Itä-Suomen yliopistojen, julkaisuarkistoista. Käytimme hakusanoina seuraavia: ”hoitotyön kirjaaminen”, ”hoitokertomus”, ”rakenteinen kirjaaminen” ja ”sähköinen potilaskertomus”. Rajasimme opinnäytetyöhömmme hakutuloiksi, jotka käsittelevät kokemuksia sähköisen hoitokertomuksen käytöstä sekä rakenteista kirjaamisesta. Huomioimme valitsemissamme julkaisuissa erityisesti käyttökokemusten kuvaamisen. Taulukossa 1 on esitelty aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

TAULUKKO 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Aineiston sisäänottokriteerit	Aineiston poissulkukriteerit
Julkaistu 2004–2015	Julkaistu ennen vuotta 2004
Käsittelee rakenteista kirjaamista tai hoitohenkilökunnan kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta	Aiheen ulkopuolelle jäävä aineisto
Suomen- tai englanninkielinen aineisto	Muunkielinen aineisto
Koko aineisto saatavilla	Koko aineisto ei saatavilla
Tieteellinen tutkimus, ammattilehden julkaisu tai AMK-opinnäytetyö	Aikakauslehtien julkaisu tai muu julkaisu

Melinda-tietokannasta haulla ”hoitotyö AND rakenteinen kirjaaminen” löytyi 38 tulosta, joista käytimme yhtä sisäänottokriteerit täyttävää julkaisua (Laine 2008). Julkairista hakusanalla ”hoitokertomus” löytyi 10 osumaa. Niistä käytimme neljää opinnäytetyössämme (Hyppönen ym. 2014; Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012; Nykänen & Junttila 2012). Edellä mainitut julkaisut käsittelevät rakenteista kirjaamista ja sen lisäksi täyttivät muut sisäänottokriteerit.

Theseuksesta hakusanalla ”hoitokertomus AND hoitotyön kirjaaminen AND rakenteinen kirjaaminen” löytyi 104 osumaa, joista käytimme kahta (Ihalainen-Suonio ym. 2010; Lätti 2012). Molemmat julkaisut käsittelevät hoitohenkilökunnan kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta. Lisäksi molemmat täyttivät muut sisäänottokriteerit. Itä-Suomen yliopiston julkaisuarkistosta hakusanalla ”rakenteinen kirjaaminen” löysimme 17 tulosta, joista käytimme kahta (Häyrinen 2011; Kinnunen 2013). Tampereen yliopiston julkaisuarkistosta haulla ”hoitotyö AND rakenteinen kirjaaminen” löytyi 4 osumaa, joista käytimme kahta (Honkimaa-Salmi 2006; Nykänen ym. 2010). Molempien yliopistojen edellä mainitsemamme julkaisut täyttivät kaikki sisäänottokriteerit. Käyttämiemme tietokantojen lisäksi haimme lähdekirjallisuutta muun muassa kirjastojen omista tietokannoista sekä eri tutkimusten ja julkaisujen lähdeluetteloista. Saatavilla oleva kaikki aihetta sivuava tieto ei välttämättä ole luotettavaa, ja sen vuoksi arvioimme tietolähteitä kriittisesti (Heikkilä 2014, 22).

2.6 Kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta

Uusia potilastietojärjestelmiä ja sähköistä kirjaamista on tutkittu ennen potilastietojärjestelmän käyttöönottoa sekä käyttöönoton jälkeen. Tutkimuksissa on selvitetty muun muassa hoitohenkilökunnan kokemuksia siirryttäessä sähköiseen potilastietojärjestelmään (mm. Hartikainen 2008; Honkimaa-Salmi 2006; Ihalainen-Suonio ym. 2010; Laine 2008; Lätti 2012; Virolainen 2006; Välimäki 2011), kirjaamiskäytäntöjä (mm. Kinnunen 2013; Leino 2004; Nykänen ym. 2010) sekä hoitajien valmiuksia käyttää tietotekniikkaa hoitotyön kirjaamiseen (mm. Ikonen 2007). Myös kirjaamisen kehittämistä tutkitaan nykyään yhä enemmän (mm. Arponen & Niemi 2010; Häyrinen 2011; Ylisaukko-oja 2010).

Hyppönen ym. (2014) tarkastelevat julkaisussaan *Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen* ajankohtaista tutkimusnäyttöä sähköisen potilaskertomuksen vaikutuksista rakenteisen tiedon näkökulmasta. Julkaisun mukaan rakenteisen tiedon hyödyistä on jo näyttöä. Rakenteinen kirjaaminen edistää hoitoprosessien noudattamista ja hoidon jatkuvuutta. Vaikutuksia rakenteisen tiedon toisiokäyttöön eli käyttöön muussa kuin potilastyössä on tutkittu, mutta kirjallisuudesta ei ole vielä saatu ristiriidattomia tuloksia vaikutuksista. Suomessa rakenteistamisen vaikutuksia on tutkittu vain vähän. Esimerkiksi systemaattista rakenteisen tiedon laadun seuranta ei ole tehty. (Potilastietojen kirjaaminen... 2015.) Ulla-Mari Kinnunen on tehnyt väitöskirjan (2013) *Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliniseen hoitotyöhön*. Tutkimuksessa kehitettiin haavanhoidon kirjaamismalli ja arvioitiin sen soveltuvuutta kliniseen hoitotyöhön. Tutkimuksessa kävi ilmi, että haavanhoidon kirjaamista on tarve kehittää. Tutkimus osoitti, että haavanhoidon rakenteisella kirjaamisella on monia positiivisia vaikutuksia.

Hoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta on kartoitettu useissa tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan rakenteisella kirjaamisella on todettu olevan monia positiivisia vaikutuksia. Marjaana Lätin tutkimuksessa (2012) *Sähköinen rakenteinen kirjaaminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kokemana* selvitettiin hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kokemuksia sähköisestä kirjaamisesta. Tarkoituksena oli lisäksi selvittää osastojen kirjaamiskäytäntöjä ja verrata niiden kehittymistä ennen ja jälkeen sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton. Henkilökunnan mielestä sähköinen rakenteinen kirjaaminen on parantanut kirjaamisen tasoa ja hoitotyön prosessimallia on opittu

hyödyntämään kirjaamisessa. Johanna Ihalainen-Suonion, Niina Lajusen ja Eija Rantamäki-Varosen tutkimuksen (2010) *Hoitotyön kirjaaminen – Sähköinen hoitokertomus ja sen käyttö vuodeosastolla hoitajien kokemana* tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia uuden sähköisen hoitokertomuksen käytöstä vuodeosastolla. Kirjaamisen laadun koettiin kehittyneen ja hoitotyön näkyvyyden lisääntyneen. Kirjaamiseen saatua koulutusta pidettiin laadukkaana, mutta vähäisenä.

Eeva-Kaisa Laineen tutkimuksen (2008) *Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana* tavoitteena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta sekä tuen ja ohjauksen saamisesta kirjaamiseen. Positiivisena koettiin kirjaamisen selkeys ja ammattihenkilön tunnistaminen kirjatusta teksteistä, joilla oli vaikutusta tietoteknisen turvallisuuden paraneamiseen. Anu Honkimaa-Salmi on tehnyt tutkimuksen (2006) *Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana*. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia sähköisen potilastietojärjestelmän tulosta terveydenhuoltoon. Tarkoituksena oli selvittää järjestelmän vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia. Kirjaamisen rakenteisuuden koettiin helpottavan kirjaamista, mutta toisaalta vähentävän kirjaamisen yksilöllisyyttä.

Tutkimuksissa on tullut esille näkökulmia, joiden pohjalta rakenteista kirjaamista on mahdollista kehittää. Rakenteisen kirjaamisen negatiivisina puolina on koettu mm. kirjaamisen aikaa vievyys (Lätti 2012; Laine 2008), yhteisen kirjaamiskäytännön puuttuminen ja hoitokertomuksen monimutkaisuus (Ihalainen-Suonio ym. 2010) sekä hoitajien kuormittuminen (Laine 2008). Kristiina Häyrisen väitöskirjassa (2011) *Klininen tieto hoitoprosessissa – tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen* tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida ja arvioida sähköisen potilaskertomuksen tietoja ja niiden merkitystä hoitoprosessissa. Lisäksi tavoitteena oli määrittellä analyysin perusteella moniammatillisen hoitoprosessin tietomalli. Tulosten mukaan hoitohenkilökunnan kirjaamistavat eivät ole yhtenäisiä. Hoitajat ovat hyödyntäneet Suomalaisia hoitotyön luokituksia dokumentaatioissaan, mutta luokitusten käyttö on epäyhtenäistä.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitokertomuksen (HOKE) käytöstä ja rakenteisesta kirjaamisesta. Tavoitteena on löytää kehittämisehdotuksia rakenteiseen kirjaamiseen ja HOKE:n käyttöön. Tutkimuksen tulosten avulla HOKE:a ja hoitotyön rakenteista kirjaamista on mahdollista kehittää. Tutkimus toteutettiin neljässä eri yksikössä Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. Tutkimus kohdennettiin hoitohenkilökunnalle. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia ja mielenterveyshoitajia.

Opinnäytetyöllä etsitään vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälaiseksi hoitohenkilökunta kokee rakenteisen kirjaamisen ja Effican HOKE:n käytön?
2. Minkälaisia kehittämisehdotuksia hoitohenkilökunnalla on hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen?
3. Minkälaisia kehittämisehdotuksia hoitohenkilökunnalla on HOKE:n käyttöön?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Toimeksiantajan kuvaus

Idean opinnäytetyöhön saimme työelämästä Etelä-Savon sairaanhoitopiiriltä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirillä oli tarve saada kokemuksia Effican HOKE:n käytöstä. Olimme yhteydessä ylihoitaja Sirpa Laamaseen, jolta saimme lisää tietoa aiheesta. Aihe tuntui meistä ajankohtaiselta ja tärkeältä, joten halusimme lähteä toteuttamaan kyseistä opinnäytetyötä. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri muodostuu yhdeksästä eteläsavolaisesta kunnasta. Jäsenkunnat ovat Mikkeli, Juva, Joroinen, Kangasniemi, Pieksämäki, Pertunmaa, Mäntyharju, Hirvensalmi ja Puumala. Yhteenlaskettu väestömäärä jäsenkunnissa on n. 106 000. Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin kuuluu Mikkelin keskussairaala ja Moision sairaala. Vuonna 2014 potilaspaiikkoja oli yhteensä 290, joista somaattisia oli 222 ja psykiatrisia 68. Sairaanhoitopiiri työllistää lähes 1300 henkilöä. Sairaanhoitopiirin visiona on ”Terveempi Etelä-Savo 2020”. (Tervetuloa Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin 2015, 4–5.)

Mikkelin keskussairaala ja Moision sairaala ovat olleet mukana valtakunnallisissa HoiDok- ja HoiData-hankkeissa vuosina 2005–2009. Hankkeissa juurrutettiin rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa sähköisessä hoitotyön kirjaamisessa. Sairaaloissa siirryttiin vaiheittain hoitotyön suunnitelman tekemisessä sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Kirjaamisen alustana oli Effican potilastietojärjestelmässä oleva hoitotyönkertomus eli WHOIKE. Vuoden 2013 syksyllä on siirrytty käyttämään sähköisen hoitotyön kertomuksen seuraavaa versiota eli HOKE:a, joka on tälläkin hetkellä käytössä. (Iivanainen ym. 2014, 6.) Effica-potilastietojärjestelmä on käytössä koko Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella Pieksämäkeä lukuun ottamatta. Pieksämäellä käytössä on Pegasos-potilastietojärjestelmä (Sairaanhoitotoiminnan arviointiraportti 2013, 3).

4.2 Tutkimusmenetelmä

Käytimme opinnäytetyössämme määrällistä tutkimusmenetelmää. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Tutkimus vastaa kysymykseen, kuinka paljon tai miten usein. (Vilka 2007, 13.) Määrällinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Yleensä aineistonkeruussa käytetään standardoituja kyselylomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Asioita kuvataan numeerisesti ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin. Usein myös selvitetään eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Saatuja tuloksia pyritään yleistämään tutkittuja havaintoyksiköitä laajempaan joukkoon. (Heikkilä 2014, 15.)

Tutkimusta määrittävät merkittävimmän tutkittava ilmiö ja se, mitä siitä halutaan tietää. Ne rajaavat sen, millaisin menetelmin tutkija saa parhaiten vastauksia tutkimuskysymyksiin. Esimerkiksi laadulliset eli kvalitatiiviset menetelmät eivät sovi tilanteeseen, jossa halutaan yleistettävää tietoa laajasta kohderyhmästä. Kyseisissä tilanteissa tarvitaan suurella otoksella koottuja aineistoja ja tilastollisen yleistettävyyden arviointia. Määrällisessä tutkimuksessa korostuvat kirjallisuuskatsauksen kattavuus mittausvälineen perustana sekä mittausvälineen rakentaminen ja esitestaaminen. Aineiston keruun jälkeen analysointi on melko nopeaa ja vaivatonta tilastollista ohjelmaa hyödyntäen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54.)

Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla saadaan luotettavaa ja yleistettävää aineistoa. Mitä suurempi otos on, sitä paremmin toteutunut otos edustaa perusjoukossa keskimääräistä mielipidettä tai kokemusta tutkittavasta asiasta. Suureen otokseen tulee enemmän perusjoukon ominaisuuksia kuin pieneen otokseen. (Vilka 2007, 17, 57.) Määrällisen tutkimuksen avulla saadaan usein kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä (Heikkilä 2014, 15). Sen vuoksi käytämme kyselyssämme strukturoitujen eli vakioitujen kysymysten lisäksi avoimia kysymyksiä. Avoimien kysymysten avulla voidaan saada selville uusia näkökulmia tai parannusehdotuksia (Heikkilä 2014, 48). Tutkimuksellamme pyrimme löytämään ehdotuksia hoitokertomuksen parantamiseksi. Tutkimuksessa kartoitamme hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitokertomuksen käytöstä, joten tutkimuksemme on tyypiltään kartoittava tutkimus. Kartoittavan tutkimuksen tarkoituksena on etsiä uusia näkökulmia ja sen avulla voidaan tutkia vähemmän tunnettuja asioita. Tutkimuksella voidaan löytää tarkasteltavasta asiasta malleja, teemoja ja luokkia. (Vilka 2007, 20.)

4.3 Kyselylomake

Kyselylomake on määrällisen tutkimuksen olennainen osatekijä (Heikkilä 2014, 45). Käytimme tutkimuksessamme strukturoitua eli vakioitua kyselylomaketta, jossa vastausvaihtoehdot on laadittu valmiiksi. Tutkimuksessamme oli lisäksi kaksi avointa kysymystä. Kyselylomaketta käytetään, kun halutaan saada tietoa esimerkiksi mielipiteistä, ominaisuuksista, asenteista tai käyttäytymisestä. Kysely on aineiston keräämisen tapa, jossa kysymykset ovat standardoituja eli vakioituja. Vakioinnilla tarkoitetaan sitä, että kaikilta kyselyyn osallistuvilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. (Vilka 2007, 28.) Strukturoitujen kysymysten tarkoituksena on vastauksien käsittelyn yksinkertaistamisen lisäksi myös joidenkin virheiden torjunta. Kaikki vastaajat eivät osaa itse muotoilla vastauksiaan, jotkut puolestaan pyrkivät välttämään esimerkiksi kritiikin antamista. Kun vastaajille tarjotaan vaihtoehtoja, vastaaminen ei esty kielivaikeuksien takia ja on helpompi antaa myös arvostelevia vastauksia. Strukturoidun kyselyn etuna on se, että vastaaminen on nopeaa ja tulosten tilastollinen käsittely on helppoa. Haittoina taas voivat olla vastaamisen harkitsemattomuus sekä ”en osaa sanoa” -vaihtoehdon houkuttelevuus. (Heikkilä 2014, 49.)

Keräsimme aineiston kyselylomakkeella sähköisen Webropol-ohjelman avulla. Uusi teknologia mahdollistaa kyselylomakkeiden tekemisen www-sivuille ja vastausten

saamisen internetistä suoraan tilasto-ohjelmaan käsittelyä varten. Kyselylomakkeen suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelman pohtimista ja täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Suunnittelussa tulee huomioida myös se, miten aineisto käsitellään. Kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja suunniteltaessa on selvitettävä, kuinka tarkkoja vastauksia halutaan ja kuinka tarkkoja on mahdollista saada. On varmistettava, että tutkittava asia saadaan selvitettyä kyselylomakkeen kysymysten avulla. (Heikkilä 2014, 45–46.)

Oikea kohderyhmä ja hyvät kysymykset ovat tutkimuksen onnistumisen perusedellytykset. Lomakkeen alkuun on syytä laittaa helppoja kysymyksiä, joiden avulla pyritään herättämään vastaajan mielenkiinto. Hyvä kyselylomake on selkeä, siisti ja houkuttelevan näköinen. Teksti ja kysymykset on hyvin aseteltu ja vastausohjeet ovat selkeät. Kysymysten on edettävä loogisesti ja samaa aihetta koskevat kysymykset on ryhmitelty kokonaisuuksiksi. Avoimet kysymykset ovat sopivia käytettäväksi silloin, kun vaihtoehtoja ei tiedetä tarkkaan etukäteen. Avoimet kysymykset ovat helppoja laatia, mutta työläitä käsitellä. Avoimilla kysymyksillä voidaan saada vastauksia, joita ei ole ennestään huomattu. (Heikkilä 2014, 46–48.) Avointen kysymysten avulla etsimme tutkimuksessamme ideoita rakenteisen kirjaamisen ja hoitokertomuksen kehittämiseen. Operationalisointi tarkoittaa teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista sellaiseen muotoon, että tutkittava ymmärtää ne. Strukturoinnilla tarkoitetaan tutkittavan asian ja sen ominaisuuksien suunnittelua ja vakiointia. Strukturoinnissa tutkittavat asiat vakioidaan lomakkeeseen kysymyksiksi ja vaihtoehtoiksi siten, että kaikki ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. (Vilkkä 2007, 14–15.)

Keskustelimme palaverissa yhdessä Sirpa Laamasen, Irmeli Taskisen ja Heidi Väisäsen kanssa kyselylomakkeen mahdollisesta sisällöstä. Palaverissa nousi esille aihealueita, joista haluttiin saada lisää tietoa. Laadimme kyselylomakkeen suurimmaksi osaksi palaverissa ilmenneiden teemojen pohjalta. Erityisesti HOKE:a haluttiin verrata edelliseen hoitokertomuksen versioon WHOIKE:en. (Laamanen ym. 2014.) Laadimme kyselyn toimeksiantajan toiveiden pohjalta. Kyselyn alussa vastaajilta kysyttiin taustatietoja (kysymykset 1–4). Taustatietoina kysyimme vastaajan sukupuolen, iän, ammatin sekä työyksikön. Vastaajien ikää ja työyksikköä kysyimme avoimina kysymyksinä. Avoimella kysymyksellä on mahdollista saada tieto iästä vuoden tarkkuudella (Vehkalahti 2014, 24). Kysyimme työyksikön avoimena kysymyksenä, sillä siten tutkimukseen osallistuvat yksiköt eivät tule kyselyssä esille ja anonymiteetti säilyy.

Ryhmittelimme kysymykset aihepiireittäin. Kyselylomaketta laadittaessa tarkoituksena oli luokitella HOKE:n käyttöön liittyvät oleellimmat asiat, jotka vaikuttavat hoitajien käyttökokemuksiin. Aihepiireiksi valitsimme koulutuksen (kysymykset 5–8), käytettävyyden ja ulkoasun (kysymykset 9–10), kirjaamisen yhtenäisyyden (kysymys 11), hoitotyön yhteenvedon (kysymys 12) sekä rakenteisen kirjaamisen (kysymykset 13–14). Käytimme kyselylomakkeessa Likertin asteikkoa 5-portaisena asteikkona. Likertin asteikkoa käytetään usein mielipideväittämissä. Asteikon perusideana on, että asteikon keskikohdasta lähtien toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen vähenee. Vastausvaihtoehdot ovat täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä, täysin samaa mieltä. (Vilkkä 2007, 46.) Kyselyn lopussa oli kaksi avointa kysymystä (kysymykset 15–16) sekä kysymys kyselyn toimivuudesta (kysymys 17). Avointen kysymysten avulla selvitimme hoitajien mielipiteitä rakenteisen kirjaamisen ja HOKE:n kehittämistä. Kyselylomake löytyy kokonaisuudessaan liitteestä 3.

Kyselylomakkeeseen sisältyy kaksi osaa, saatekirje ja varsinainen kysely. Saatteen tarkoituksena on motivoida vastaajaa täyttämään lomake ja selvittää tutkimuksen taustaa ja vastaamista. Saatekirje voi ratkaista, vastaako tutkimukseen osallistuja kyselyyn. Saatekirjeen tulee olla kohtelias, eikä se saa olla liian pitkä. Saatekirjeessä ilmenee tutkimuksen toteuttaja, tavoite, vastausaika, palautusohje, tutkimustietojen käyttötapa ja luottamuksellisuus sekä kiitos vastaamisesta. (Heikkilä 2014, 59.) Tutkimuksemme saatekirje (liite 2) lähetettiin vastaajille sähköpostitse, ja se sisälsi linkin kyselyyn.

Kyselylomake on hyvä esiteltävä ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista. Lomakkeen testaamiseen riittää 5–10 henkilöä. Vastaajat pyrkivät selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden, vastausvaihtoehtojen toimivuuden sekä lomakkeen vastaamiseen kuluvan ajan. Esitestaajat pohtivat sitä, onko jotakin olennaista jäänyt kysymättä tai onko mukana epäoleellisia kysymyksiä. Esitestaamisen jälkeen tarpeelliset muutokset tehdään lomakkeen rakenteeseen, kysymysten järjestykseen, muotoiluun ja vastausvaihtoehtoihin. (Heikkilä 2014, 58.) Esitestasimme kyselylomakkeen kahdessa eri yksikössä Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä yhteensä kuudella hoitajalla. Toisessa yksikössä on kolme hoitajaa, joista jokainen oli mukana esitestauksessa. Toisesta yksiköstä valitsimme mukaan esitestaukseen kolme kirjaamisen vastuuhenkilöä.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin yhteyshenkilö suositteli vastuuhenkilöiden valitsemista esitestaukseen, sillä siten on mahdollista muokata kyselylomake entistäkin toimivammaksi. Esitestauksen perusteella teimme joitakin muutoksia kysymysten aseteluun. Muutokset tekivät kyselystä aiempaa selkeämmän ja toimivamman. Esitestaaminen tapahtui paperisella kyselylomakkeella, ja varsinainen kysely toteutettiin sähköisen Webropol-ohjelman avulla.

4.4 Aineiston keruu ja analysointi

Otanta on menetelmä, jolla otos poimitaan perusjoukosta eli kohderyhmästä. Otos on kohderyhmän osa, jolla on mahdollista saada kokonaiskuva kohderyhmästä ja joka edustaa koko kohderyhmää. (Vilkkä 2007, 276–277.) Käytämme tutkimuksessamme harkinnanvaraista näytettä. Harkinnanvaraisessa näytteessä tutkija valitsee tutkimuskohteet oman harkintansa mukaan, mutta perustellusti (Vilkkä 2007, 58). Tutkimusyksiköt poimitaan siten, että tutkittavat edustavat perusjoukkoa mahdollisimman hyvin tiettyjen ominaisuuksien mukaan. Valitsimme tutkimukseen osallistuvat yksiköt yhdessä toimeksiantajamme kanssa. Keskusteltuamme toimeksiantajamme kanssa päädyimme siihen, että tutkimuksen kohderyhmänä on neljä yksikköä Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueelta. Tutkimus on kohdennettu hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksessamme hoitohenkilökuntaan kuuluvat sairaanhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat sekä mielenterveyshoitajat. Kohderyhmään kuuluu kaiken kaikkiaan noin 80 hoitohenkilökunnan jäsentä.

Keräsimme aineiston Webropol-ohjelman avulla. Webropol on sähköinen kyselytutkimussovellus, jonka avulla voidaan luoda kyselyitä ja analysoida tuloksia (Webropol 2015). Webropol-ohjelman avulla tutkittavat pääsevät vastaamaan linkin kautta helposti ja nopeasti kyselyyn internetissä. Tutkimusluvan (liite 1) saatuamme lähetimme Webropol-kyselyn Etelä-Savon sairaanhoitopiirin hallintoylijohtajan sihteerille, joka lähetti kyselyn edelleen tutkimukseen osallistuvien yksiköiden osastonhoitajille. Osastonhoitajat lähettivät kyselyn oman yksikkönsä hoitohenkilökunnalle sähköpostin välityksellä. Käsittelimme ja analysoimme aineiston Webropol-ohjelmaa apuna käyttäen. Opinnäytetyössä kuvaamme tuloksia numeerisesti, graafisesti ja sanallisesti.

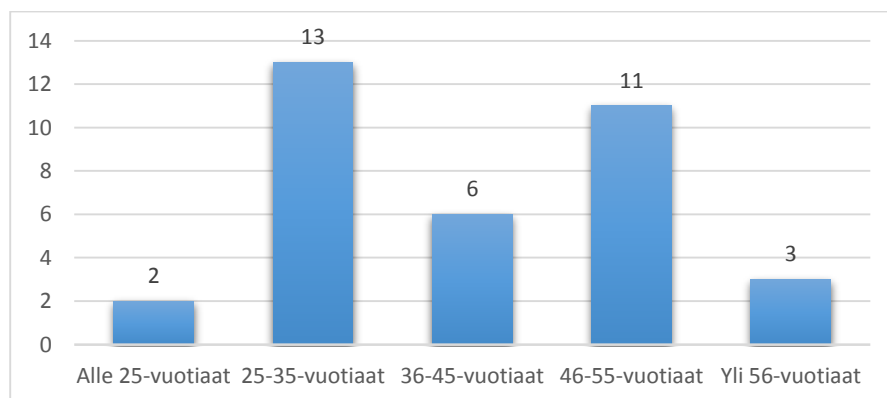
Avoimet kysymykset analysoimme käyttämällä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä

muodossa. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103, 112.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tavoitteena luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät ole siis etukäteen sovittuja. Analyysi lähtee liikkeelle aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Ensin tunnistetaan asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, ja näitä ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Sen jälkeen pelkistetyt ilmaisut jaotellaan yhtäläisten ilmaisujen mukaan ryhmiksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut jaetaan samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sisältöä kuvaava nimi. Analyysi jatkuu yhdistämällä saman sisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja muodostamalla niistä yläkategorioita. Yläkategorioille annetaan niiden sisältöä kuvaavat nimet. Lopuksi kaikki yläkategoriat yhdistetään yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi eli pääkategoriaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 101.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 37 hoitohenkilökunnan jäsentä noin 80 hoitajasta. Vastausprosentti oli siis noin 46. Vastaajista 25 (68 %) oli naisia ja 12 (32 %) miehiä. Kysymme vastaajien iän avoimena kysymyksenä. Luokittelimme vastaajat iän perusteella ryhmiin. Kuvassa 1 esitetään vastaajien ikäjakauma. Enemmistö vastaajista (37 %) oli 25–35-vuotiaita. Kaksi vastaajista jätti vastaamatta ikää koskevaan kysymykseen (n=35).



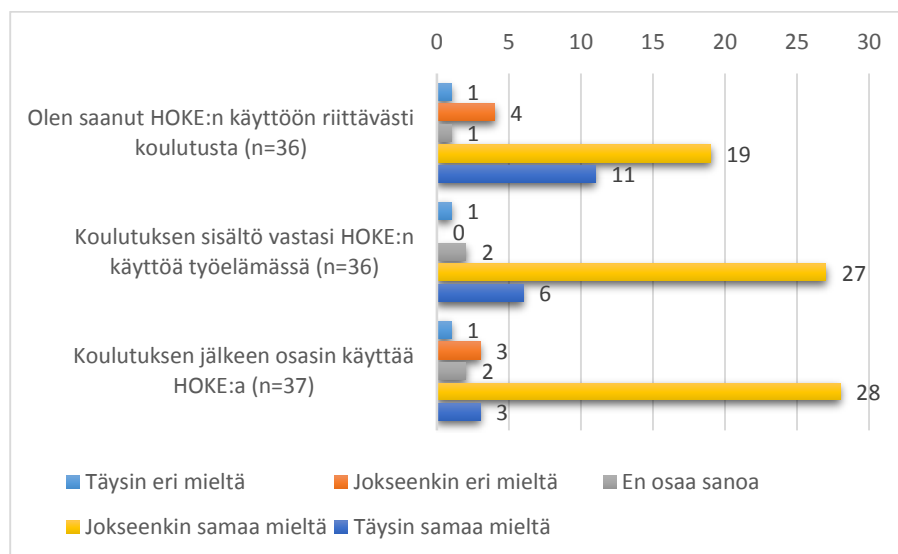
KUVA 1. Vastaajien ikäjakauma (n=35)

Suurin osa (n=29) kyselyyn vastanneista oli sairaanhoitajia (78 %). Lähihoitajia vastaajista oli 6 (16 %) ja mielenterveyshoitajia 2 (5 %). Kyselyssä oli kohta myös perushoitajille, mutta kyselyyn vastanneissa heitä ei ollut. Kaikki vastaajat (n=37) vastasivat ammattinimike-kysymykseen.

5.2 Käyttökokemuksia HOKE:sta

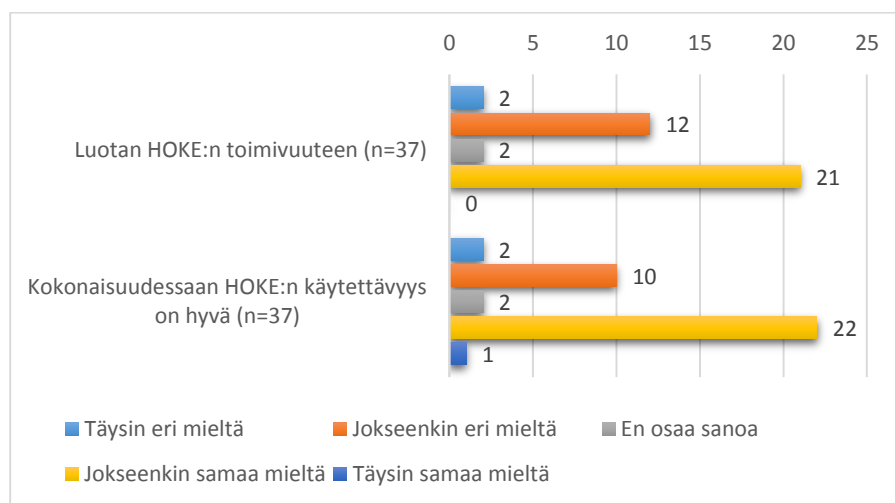
Kyselyn strukturoidut kysymykset oli ryhmitelty aihepiirien mukaan. Aiheita olivat koulutus, käytettävyys ja ulkoasu, kirjaamisen yhtenäisyys, hoitotyön yhteenvedo, rakenteinen kirjaaminen sekä kyselyn toimivuus. Vastaajista 35 hoitajaa (95 %) oli käyttänyt WHOIKE:a ennen HOKE:a. Kaksi vastaajista (5 %) ei ollut käyttänyt WHOIKE:a lainkaan.

Kuvassa 2 on esitelty kolmen koulukseen liittyvän väittämän tulokset. Enemmistö vastanneista (83 %) koki saaneensa riittävästi koulutusta HOKE:n käyttöön. Suurin osa (92 %) koki koulutuksen sisällön vastanneen HOKE:n käyttöä työelämässä. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta kahteen ensimmäiseen väittämään. Kolmannessa väittämässä arvioitiin osaamista koulutuksen jälkeen. Yhteensä 31 vastaajaa (84 %) oli sitä mieltä, että osasi käyttää HOKE:a koulutuksen jälkeen.



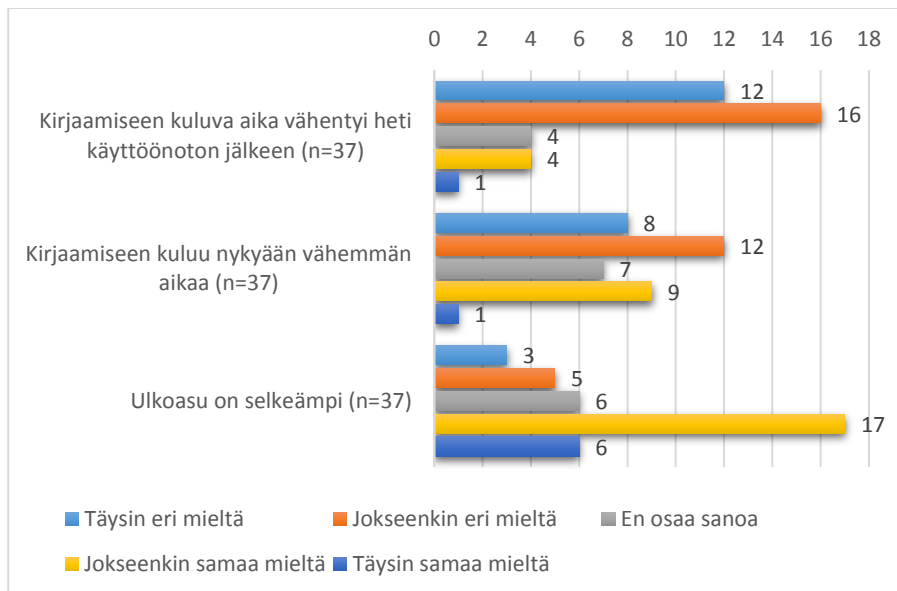
KUVA 2. Koulutuksen arviointi

Kysyimme hoitohenkilökunnalta koulutuksen ajankohdan sopivuutta. Kysymykseen vastaajista (n=36) 28 (78 %) koki koulutuksen ajankohdan olevan sopiva. Kahdeksan vastaajaa (22 %) koki, että ajankohta ei ollut sopiva. Niille, joille koulutuksen ajankohta ei ollut sopiva, esitettiin jatkokysymys toivotusta ajankohdasta. Kahdeksasta vastaajasta kaksi (25 %) olisi toivonut koulutuksen olevan aikaisemmin ja kuusi (75 %) myöhemmin. Kuvassa 3 esitetään tulokset kahdesta HOKE:n käytettävyyteen liittyvästä väittämästä. 21 vastaajaa (57 %) oli samaa mieltä, kun taas 14 vastaajaa (38 %) eri mieltä siitä, että he luottavat HOKE:n toimivuuteen. 23 vastaajaa (62 %) oli samaa mieltä ja 12 (32 %) eri mieltä siitä, että HOKE:n toimivuus on kokonaisuudessaan hyvä.



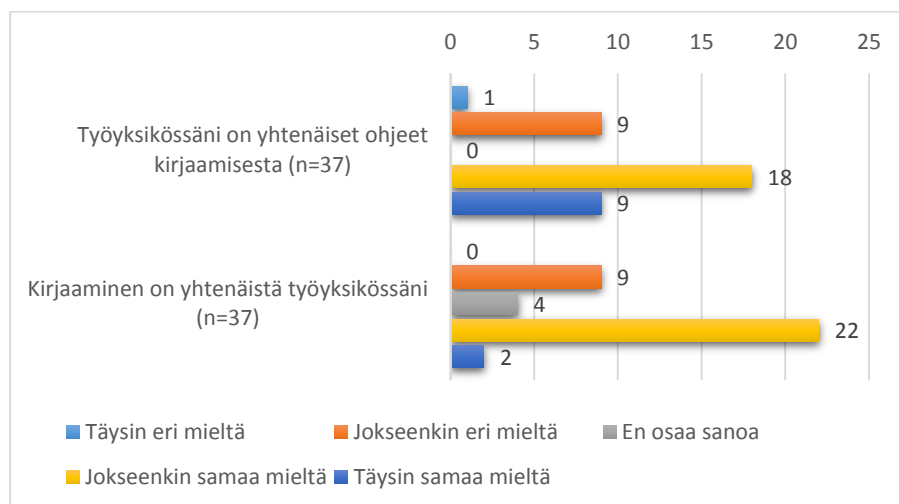
KUVA 3. HOKE:n käytettävyys

Kyselyssä vastaajia pyydettiin vertaamaan HOKE:a WHOIKE:en. Kuvassa 4 on esitetty tulokset HOKE:n käytettävyydestä ja ulkoasusta verrattuna WHOIKE:en. 28 vastaajaa (76 %) koki kirjaamiseen kuluvan ajan lisääntyneen heti HOKE:n käyttöönoton jälkeen. Enemmistö vastaajista (54 %) koki, että kirjaamiseen kuluu nykyäänkin liikaa aikaa. 10 vastaajaa (27 %) taas oli sitä mieltä, että kirjaamiseen kuluu nykyään vähemmän aikaa. Suurin osa (62 %) koki HOKE:n ulkoasun selkeämpänä kuin WHOIKE:n.



KUVA 4. HOKE:n käytettävyys ja ulkoasu verrattuna WHOIKE:en

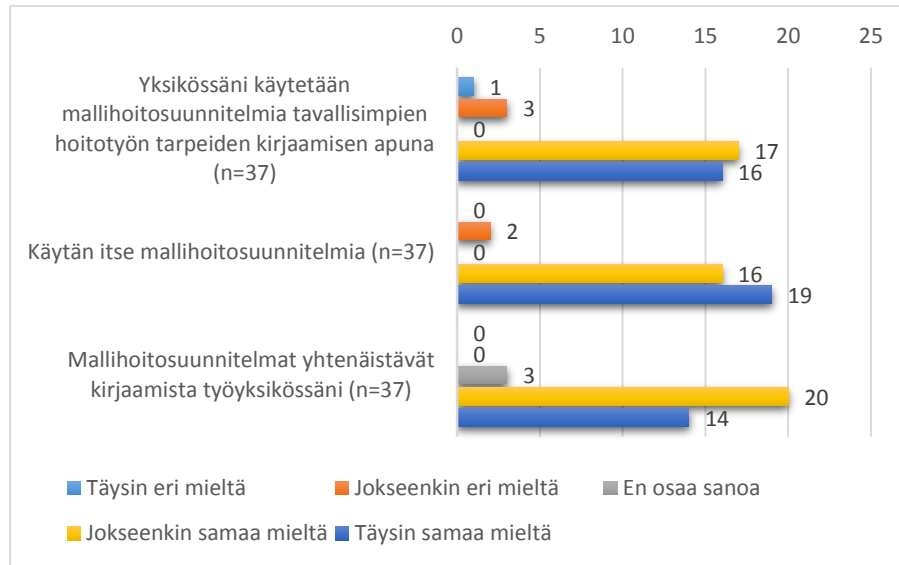
Kuvassa 5 on esitelty kahden kirjaamisen yhtenäisyyteen liittyvän väittämän tulokset. Suurin osa vastaajista (73 %) koki, että heidän työyksikössään on yhtenäiset ohjeet kirjaamisesta. Alle kolmasosa vastaajista (27 %) taas oli sitä mieltä, että heidän työyksikössään ei ole yhtenäisiä ohjeita kirjaamiseen. 24 vastaajaa (65 %) oli samaa mieltä siitä, että heidän työyksikössään kirjaaminen on yhtenäistä.



KUVA 5. Kirjaamisen yhtenäisyys

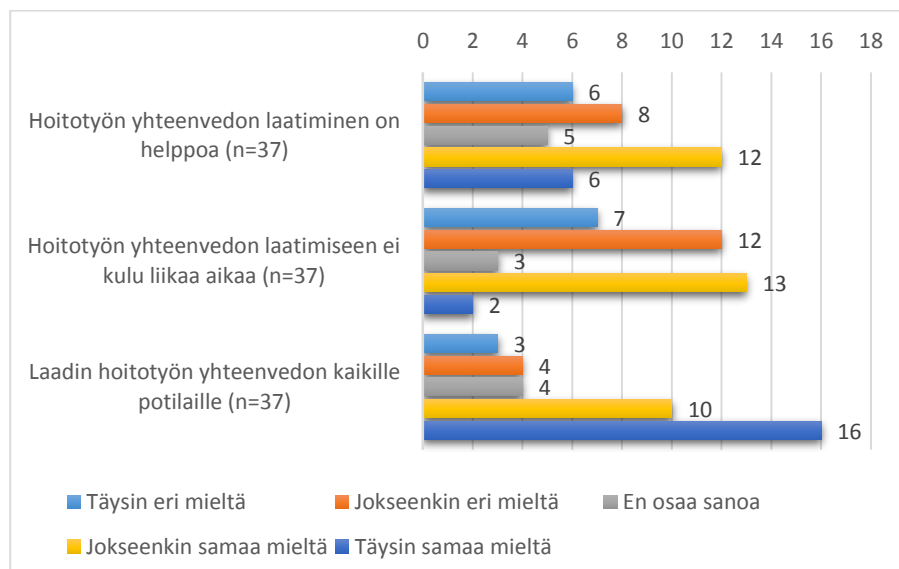
Kartoitimme kyselyssä mallihoitosuunnitelmien käyttöä (kuva 6). Mallihoitosuunnitelmia käytettiin valtaosassa yksiköitä (89 %) hoitotyön tavallisimpien tarpeiden kirjaamisen apuna. Kahta vastaajaa (5 %) lukuun ottamatta kaikki muut vastaajista (95 %) käyttivät itse mallihoitosuunnitelmia. Suurin osa vastaajista (92 %) koki mallihoi-

tosuunnitelmien yhtenäistävän kirjaamista työyksikössään. Kyseisestä väittämästä kukaan ei ollut eri mieltä.



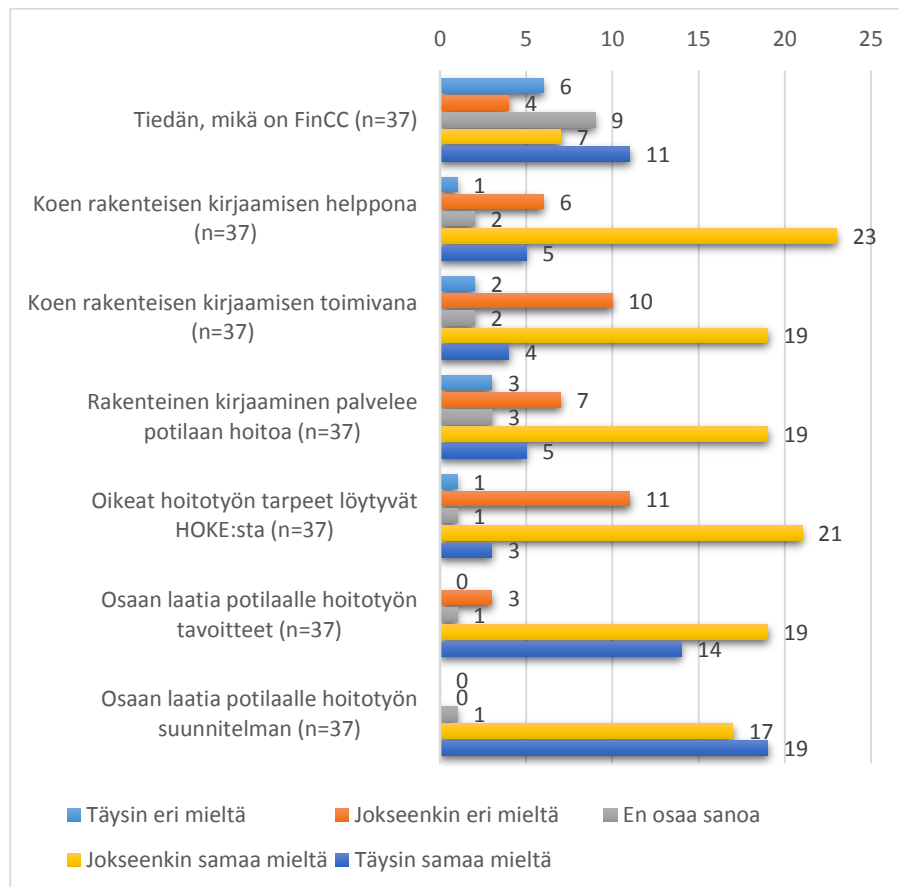
KUVA 6. Mallihoitosuunnitelmien käyttö

Hoitotyön yhteenvedon laatimiseen liittyvien väittämien tuloksia on esitelty kuvassa 7. 18 vastaajaa (49 %) oli samaa mieltä siitä, että hoitotyön yhteenvedon laatiminen on helppoa, kun taas 14 vastaajaa (38 %) koki hoitotyön yhteenvedon laatimisen vaikeana. Yhteensä 19 vastaajaa (51 %) oli sitä mieltä, että hoitotyön yhteenvedon laatimiseen kuluu liikaa aikaa. 15 vastaajan (41 %) mielestä yhteenvedon laatimiseen taas ei kulu liikaa aikaa. Suurin osa (70 %) vastanneista laatii yhteenvedon kaikille potilaille.



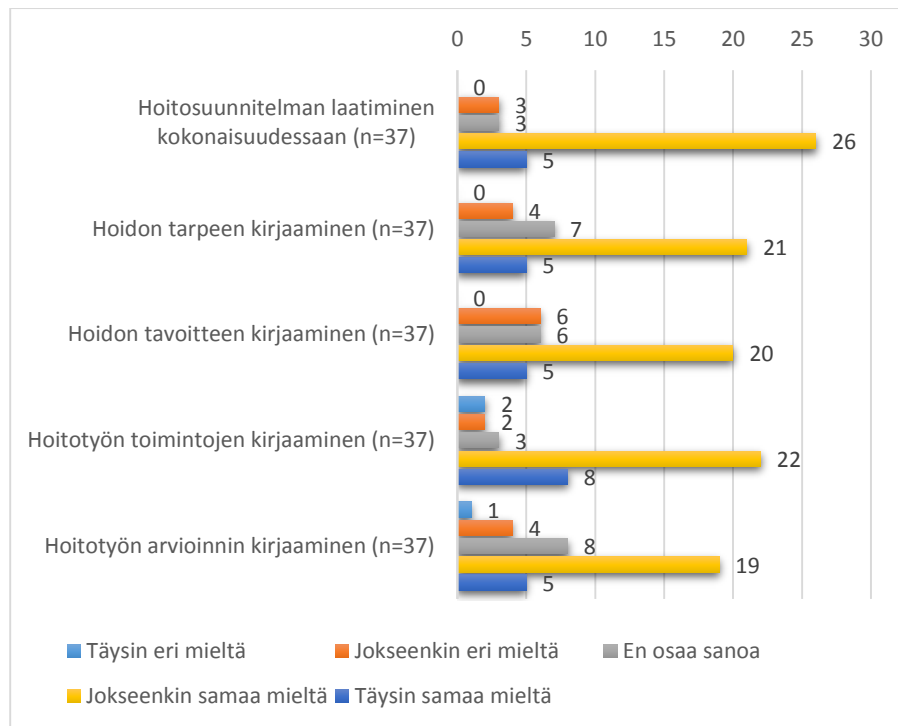
KUVA 7. Hoitotyön yhteenvedon laatiminen

Rakenteiseen kirjaamiseen liittyvien väittämien tulokset on nähtävillä kuvassa 8. Noin puolet vastaajista (49 %) tiesi, mikä on FinCC. 10 vastaajaa (27 %) ei tiennyt, mikä on FinCC ja ”en osaa sanoa”-vastauksia oli 9 (24 %). Enemmistö vastaajista (76 %) koki rakenteisen kirjaamisen helppona. Noin kaksi kolmesta (62 %) koki rakenteisen kirjaamisen toimivana ja noin joka kolmas (32 %) taas oli päinvastaista mieltä. 24 vastaajaa (65 %) oli samaa mieltä siitä, että rakenteinen kirjaaminen palvelee potilaan hoitoa. Enemmistö vastaajista (65 %) koki, että oikeat hoitotyön tarpeet löytyvät HOKE:sta. Lähes kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että osaavat laatia potilaalle sekä hoitotyön tavoitteet (89 %) että suunnitelman (97 %).



KUVA 8. Rakenteinen kirjaaminen

Kuvassa 9 on kuvattu kirjaamisen kehittymistä eri osa-alueilla. Kirjaamisen kehittymistä on arvioitu vertaamalla HOKE:a WHOIKE:en. Suurin osa vastaajista koki kirjaamisen kehittyneen hoidon tarpeen (70 %), tavoitteen (68 %), toimintojen (81 %) ja arvioinnin (65 %) kirjaamisen osalta. 31 vastaajaa (84 %) koki, että hoitosuunnitelman laatiminen kokonaisuudessaan on kehittynyt HOKE:n myötä.



KUVA 9. Kirjaamisen kehittyminen HOKE:n myötä (vrt. WHOIKE)

5.3 Kehittämisehdotukset

Esittelemme seuraavaksi opinnäytetyömme tuloksia, jotka pyrkivät vastaamaan tutkimuskysymyksiimme 2 ja 3. Kyselyssä oli kaksi avointa kysymystä, joissa kysyimme kehittämisehdotuksia rakenteiseen kirjaamiseen ja HOKE:n käyttöön liittyen. Ensimmäinen avoin kysymys käsitteli rakenteisen kirjaamisen kehittämistä ja toinen kysymys HOKE:n kehittämistä. Sisällönanalyysi vastauksista löytyy kokonaisuudessaan liitteestä 4.

Ensimmäinen avoin kysymys oli: ”Miten kehittäisit rakenteista kirjaamista?” Tähän kysymykseen vastasi 17 hoitajaa, mutta mukana oli kolme ”en osaa sanoa” -vastausta ja kolme tyhjää vastausta. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että komponentteja tulisi kehittää. Osa haluaisi vähentää komponenttien määrää, kun taas osa haluaisi lisää komponentteja eri erikoisaloille. Komponenttien löytäminen koettiin aikaa vieväksi.

”Komponentteja ei tarvitsisi olla niin pikkutarkasti.”

”Komponentteja aivan liikaa, mutta toisaalta omissa hoitotyössä tarvittavia ei ole olemassakaan...”

”Menee turhaan aikaa kun etsii ”oikeaa” komponenttia kymmenien joukosta eikä silti löydä niin tarkkaa komponenttia.”

Osa vastaajista koki rakenteisen kirjaamisen monimutkaisena. Vastaajat toivoivat, että rakenteinen kirjaaminen olisi yksinkertaisempaa. Kirjaamisen kehittämiseksi ehdotettiin työntekijöiden motivoimista kirjaamisen kehittämiseen ja rakenteisen kirjaamisen säännöllistä kertaamista työyksikössä. Osa koki, että rakenteisessa kirjaamisessa ei ole kehitettävää, ja yksi vastaaja poistaisi rakenteisen kirjaamisen kokonaan.

”Jos kirjaamisesta saisi vielä vähän yksinkertaisempaa?”

”Kirjaamisen kehittäminen vaatii jokaiselta motivaatiota.”

”Työyksikössä on käytävä kirjaamisasioita säännöllisesti läpi.”

Toisessa avoimessa kysymyksessä kysyimme seuraavaa: ”Miten kehittäisit HOKE:a tämänhetkisen käyttökokemuksesi perusteella?” Kysymykseen vastasi 20 hoitohenkilökunnan jäsentä, mutta mukana oli neljä tyhjää vastausta. Suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että hoitotyön yhteenvedoa tulisi kehittää. Hoitajat ehdottivat, että käyttöön otettaisiin yksikkökohtaiset yhteenvedot. Hoitotyön yhteenvedosta haluttiin selkeämpi. Potilaan tietojen koettiin olevan vaikeasti saatavilla yhteenvedoa laadittaessa ja siihen haluttiin kehitystä. Yhteenvedon laatimisen koettiin myös vievän paljon aikaa ja sen tekeminen koettiin työlääksi. Vastaajat halusivat, että yhteenvedon laatiminen olisi nopeampaa ja helpompaa.

”Yhteenvedo enemmän jokaisen yksikön tarpeen mukaan eikä niin, että jokainen yksikkö noudattaa yhtä tiettyä mallia.”

”Hoitotyön yhteenvedo voisi olla selkeämpi käyttää...”

”Hoitotyön yhteenvedo erittäin hankala tehdä.”

”Loppu yhteenvedossa käytettävien potilaan tietojen saatavuus voisi olla paremmin saatavilla ja apuna yhteenvedon tekemiseksi. Nyt vaikeasti saatavilla monien toimintojen kautta.”

”Yhteenvedon laatiminen vie paljon hoitajalta aikaa.”

”...Hoitotyön arviota ja yhteenvedoa tehdään joka ikinen päivä jokaisessa työvuorossa! Ketä hyödyttää yhteenvedo, joka on tehty leikkaa/liimaa-menetelmällä...”

Hoitajat esittivät, että HOKE:a tulisi kehittää nopeammaksi. Suuri osa vastaajista koki HOKE:n avautumisen ja käytön hitaaksi. HOKE:n toivottiin toimivan luotettavammin. Hoitajien mielestä HOKE:a tulisi selkeyttää. Osa vastaajista oli verrannut HOKE:a WHOIKE:en ja kokenut WHOIKE:n selkeämmäksi.

”Koneet nopeemmiksi, Hoke:lle pääsy edelleen hidasta.”

”Hoke on ajoittain todella hidas. Aukeaminen kestää joskus todella pitkään.”

”Ohjelman pitäisi toimia huomattavasti nopeammin ja luotettavammin.”

”Kehittäisin sitä enemmän WHOIKE:n suuntaan, ulkoasu ja käytettävyys oli siinä selkeämpi...”

Hoitajat ehdottivat, että HOKE:n komponentteja tulisi kehittää. He kokivat, että sopivia komponentteja ei löydy kaikille erikoisaloille. Erityisesti toimintoluokituksia toivottiin lisää. Osa vastaajista koki, että asioita kirjataan turhaan ja moneen kertaan. Toistokirjaamisen vähentäminen HOKE:ssa koettiin tarpeelliseksi. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että HOKE:ssa ei ole kehitettävää. Taulukossa 2 on esitelty hoitohenkilökunnan kehittämisehdotuksia HOKE:n käyttöön ja rakenteiseen kirjaamiseen.

”Sopivia komponentteja psykiatriaan kirjaamiseen.”

”Komponentit eivät vastaa kirurgisen potilaan tarpeita, niitä pitää muuttaa.”

”Myös hyvin vähän toimintoja, mihin voi kirjoittaa asioita...”

”Liikaa tarvitsee samoja asioita kirjoittaa moneen kohtaan erikseen.”

”Ja paljon kirjoitetaan tekstiä turhaan, kun kaikki pitää olla ylhäällä...”

TAULUKKO 2. Kehittämisehdotuksia rakenteiseen kirjaamiseen ja HOKE:n käyttöön

Kehitettävää rakenteisessa kirjaamisessa	Kehitettävää HOKE:ssa
Komponenttien kehittäminen	HOKE:n yhteenvedon kehittäminen
Rakenteisen kirjaamisen yksinkertaistaminen	HOKE:n kehittäminen nopeammaksi
Rakenteisen kirjaamisen kehittämiseen motivoiminen	HOKE:n kehittäminen luotettavammaksi
Rakenteisen kirjaamisen säännöllinen kertaaminen	HOKE:n komponenttien kehittäminen
	HOKE:n käytön selkeyttäminen
	Toistokirjaamisen vähentäminen HOKE:ssa

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten ja niiden merkitysten tarkastelu

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia HOKE:n käytöstä ja rakenteisesta kirjaamisesta. Tarkoituksena oli lisäksi löytää kehittämissuhteita HOKE:n käyttöön ja rakenteiseen kirjaamiseen. Kyselyyn oli vastannut 37 hoitohenkilökunnan jäsentä arvioidusta kohderyhmän 80 hoitajasta. Vastaajien vähäisen määrän vuoksi tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtui työaikana, mikä on voinut vaikuttaa vastaajamäärään. Vastaajamäärään on voinut vaikuttaa myös kiire työpaikalla, vastaajan haluttomuus osallistua tutkimukseen tai unohtaminen. Tieto kyselystä kulki osastonhoitajien kautta hoitohenkilökunnalle. Lähetimme muistutusviestin kyselyyn vastaamisesta viikkoa ennen kyselyn päättymistä. Sen avulla saimme vielä muutamia vastauksia lisää. Olemme kuitenkin tyytyväisiä vastaajamäärään, sillä se on lähes puolet (46 %) koko kohderyhmästä ja saimme riittävästi tietoa HOKE:n käytöstä.

Olemme laatineet opinnäytetyössä käytetyn kyselyn alusta asti itse. Kirjaamisen asiantuntijoiden tapaaminen osoittautui tärkeimmäksi pohjaksi kyselylomakkeen laatimiselle. Palaverissa Sirpa Laamasen, Irmeli Taskisen ja Heidi Väisäsen kanssa keskustelimme teemoista, joista olisi hyvä saada lisää tutkimustietoa. Keskeisiksi teemoiksi nousivat koulutus, käytettävyys ja ulkoasu, kirjaamisen yhtenäisyys, hoitotyön yhteenveto sekä rakenteinen kirjaaminen. Suunnittelimme kyselylomakkeen sisällön näiden teemojen pohjalta.

Taustatiedoissa kysyimme vastaajan sukupuolta, ikää, ammattia ja työyksikköä. Vastaajista naisia oli yli puolet enemmän kuin miehiä. Ikää kysyimme avoimena kysymyksenä, koska ajattelimme toimeksiantajan kanssa sen olevan merkityksellistä. Jälkikäteen tarkasteltuna iän kysyminen ikäryhmittäin olisi ollut sekä vastaajaystävällisempää että käytännöllisempää. Ikäryhmien avulla olisimme voineet vertailla vastauksia iän perusteella. Vastauksia käsitellessä luokittelimme vastaajat manuaalisesti iän mukaan ryhmiin. Suurin osa (78 %) kyselyyn vastanneista oli ammatiltaan sairaanhoitajia. Sairaanhoitajien lisäksi kyselyyn vastasi kuusi lähihoitajaa ja kaksi mielenterveyshoitajaa. Osasimme ennustaa sairaanhoitajien suuren määrän, sillä valtaosa erikoissairanhoidossa työskentelevästä hoitohenkilökunnasta on sairaanhoitajia. Kyse-

lyssä oli mukana yhteensä neljä työyksikköä Etelä-Savon sairaanhoitopiiristä. Kyselyyn osallistui hoitohenkilökuntaa sekä psykiatrian että somatiikan työyksiköistä. Emme maininneet kyselyssä mukana olleita yksiköitä, sillä halusimme turvata vastaajien anonymiteetin. Emme myöskään käsitelleet tuloksia yksikkökohtaisesti.

Valtaosa vastaajista (95 %) oli käyttänyt WHOIKE:a ennen HOKE:a. Näin ollen kyseiset vastaajat pystyivät vertaamaan HOKE:a WHOIKE:en. Kaksi vastaajaa ei ollut käyttänyt WHOIKE:a aikaisemmin, joten he eivät pystyneet tekemään edellä mainittua vertailua luotettavasti. Toinen vastaajista oli kuitenkin verrannut hoitokertomuksia toisiinsa, mikä vaikuttaa hieman tulosten luotettavuuteen. Enemmistö (83 %) hoitohenkilökunnasta koki saaneensa riittävästi koulutusta HOKE:n käyttöön, ja koulutuksen ajankohta koettiin sopivaksi. Kahdeksan vastaajan mielestä ajankohta koulutukselle ei ollut sopiva, ja kolme neljäsosa heistä koki koulutuksen olleen liian aikaisin. Koulutuksen sisällön koettiin vastaavan HOKE:n käyttöä työelämässä. Tutkimustulosten perusteella HOKE:n käyttöön saadut koulutukset olivat onnistuneita ja hyödyllisiä. Ihalainen-Suonio ym. (2010) tutkimuksessa kävi ilmi, että kirjaamiseen saatua koulutusta on pidetty laadukkaana, mutta toisaalta vähäisenä.

Yli puolet vastaajista luotti HOKE:n toimivuuteen (57 %) ja piti HOKE:n käytettävyyttä hyvänä (62 %). Noin kolmasosa vastaajista oli molemmista väittämistä päinvastaista mieltä. Syitä, miksi HOKE:n toimivuus koetaan epäluotettavana, voivat olla esimerkiksi ohjelman hitaus ja toimimattomuus. HOKE:n toimivuutta ja käytettävyyttä tulisi siis tulevaisuudessa kehittää. Enemmistö (76 %) koki kirjaamiseen kuluvan ajan lisääntyneen heti WHOIKE:sta HOKE:en siirtymisen jälkeen. Reilu puolet vastaajista (54 %) koki, että kirjaamiseen kuluu nykyäänkin enemmän aikaa. Kirjaamiseen kuluvan ajan on siis koettu vähenevän ajan kuluessa. Tähän voi olla syynä se, että HOKE:a on opittu käyttämään paremmin ja se on tullut tutummaksi hoitohenkilökunnalle. Aiempien tutkimusten mukaan rakenteinen kirjaaminen on koettu aikaa vieväksi (Laine 2008; Lätti 2012). Jälkikäteen pohdittuna kirjaamiseen kuluvaan aikaan liittyvien väittämien rakenne ja muotoilu kyselylomakkeessa olisi voinut olla yhtenäisempi. HOKE:n ulkoasu koettiin selkeämmäksi kuin WHOIKE:n. Tämän suhteen kehitys on mennyt siis oikeaan suuntaan.

Kirjaamisen koettiin pääosin (65 %) olevan yhtenäistä tutkimukseen osallistuvissa työyksiköissä. Esimerkiksi mallihoitosuunnitelmien ja yhteisten kirjaamisohjeiden

avulla kirjaamisesta saadaan yhtenäisempää. Myös hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän raportin mukaan mallihoitosuunnitelmat yksinkertaistavat ja yhdenmukaistavat kirjaamista (Nykänen & Junttila 2012, 26). Enemmistö hoitohenkilökunnasta (73 %) koki, että heidän työyksiköissään on yhtenäiset ohjeet kirjaamisesta. Aiempien tutkimusten mukaan hoitajat hyödyntävät FinCC:tä kirjaamisessa, mutta luokitusten käyttö on epäyhtenäistä (Häyrinen 2011; Ihalainen-Suonio 2008). Lähes kaikki (95 %) kyselyyn vastanneet käyttivät itse mallihoitosuunnitelmia työssään. Mallihoitosuunnitelmat ovat tulosten mukaan käytössä työyksiköissä kirjaamisen apuna. Ne nopeuttavat ja yhdenmukaistavat hoitotyön kirjaamista. Mielipiteet hoitotyön yhteenvedon laatimisesta ja siihen kuluva ajasta vaihtelivat paljon. Suurin osa vastaajista (70 %) laatii hoitotyön yhteenvedon kaikille potilaille. Noin puolet (49 %) hoitajista koki hoitotyön yhteenvedon laatimisen helppona. Yli puolet vastaajista (51 %) oli sitä mieltä, että hoitotyön yhteenvedon laatimiseen kuluu liikaa aikaa. Kiire työyksikössä ja potilaiden vaihtuvuus voivat vaikuttaa siihen, miten hoitajat kokevat hoitotyön yhteenvedon laatimisen. Esimerkiksi psykiatrisella osastolla potilaiden vaihtuvuus voi olla vähäisempää kuin somaattisella osastolla.

FinCC-termi oli tuttu noin puolelle hoitohenkilökunnasta (49 %). Termi voi olla monelle tuntematon, sillä käytetympiä termejä ovat esimerkiksi tarve- ja toimintoluokitukset sekä rakenteinen kirjaaminen. Suurin osa koki rakenteisen kirjaamisen helppona (76 %) ja toimivana (62 %). Honkimaa-Salmen (2006) tutkimuksen mukaan rakenteisen kirjaamisen koetaan helpottavan kirjaamista samalla kuitenkin vähentäen kirjaamisen yksilöllisyyttä. Rakenteinen kirjaaminen on ollut käytössä jo vuosia, joten sitä osataan hyödyntää tehokkaasti. Rakenteista kirjaamista kehitetään jatkuvasti, minkä vuoksi se voidaan kokea toimivana. Myös aiempien tutkimusten perusteella kirjaamisen laatu on parantunut rakenteisen kirjaamisen myötä ja hoitotyön prosessimallia on opittu hyödyntämään (Lätti 2012; Ihalainen-Suonio ym. 2010). Hoitohenkilökunnan mielestä rakenteinen kirjaaminen palvelee potilaan hoitoa. Suurin osa (65 %) koki myös, että oikeat hoitotyön tarpeet löytyvät HOKE:sta. Lähes kaikki vastaajat kokivat osaavansa laatia potilaalle hoitotyön tavoitteet (89 %) ja suunnitelman (97 %). Kirjaamisen koettiin kehittyneen monella osa-alueella HOKE:n myötä. Hoidon tarpeen, tavoitteen, toimintojen ja arvioinnin kirjaamisen eli hoitosuunnitelman laatimisen kokonaisuudessaan koettiin kehittyneen. WHOIKE:en verrattuna HOKE on siis vienyt rakenteista kirjaamista eteenpäin.

Avoimien kysymysten avulla pyrimme löytämään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: ”Minkälaisia kehittämissuhteita hoitohenkilökunnalla on hoitotyön rakenteeseen kirjaamiseen?” ja ”Minkälaisia kehittämissuhteita hoitohenkilökunnalla on HOKE:n käyttöön?”. Rakenteista kirjaamista koskevaan kysymykseen saimme vastauksia, jotka liittyivät HOKE:n käyttöön. Sen vuoksi käsitelimme HOKE:a koskevat vastaukset toisen avoimen eli HOKE:en liittyvän kysymyksen yhteydessä. Vastaukset avoimiin kysymyksiin saattoivat sisältää useita eri kehittämissuhteita, minkä vuoksi pilkoimme vastauksia pienempiin osiin. Tutkimuksen tulosten perusteella kävi ilmi, että rakenteista kirjaamista sekä HOKE:a tulisi kehittää. Rakenteisen kirjaamisen kehittämissuhteiksi nousi seuraavia asioita: komponenttien kehittäminen, rakenteisen kirjaamisen yksinkertaistaminen, rakenteisen kirjaamisen kehittämiseen motivoiminen ja sen säännöllinen kertaaminen. HOKE:n kehittämissuhteita olivat hoitotyön yhteenvedo, HOKE:n nopeus, luotettavuus, komponentit, selkeys ja toistokirjaaminen.

Rakenteisessa kirjaamisessa keskeisimmäksi kehittämissuhteeksi osoittautui komponenttien kehittäminen. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että rakenteisen kirjaamisen komponentteja on liikaa ja osan mielestä niitä on liian vähän. Komponentteja haluttaisiin lisää eri erikoisaloille. Komponenttien löytämisen koettiin vievän liikaa aikaa. Rakenteinen kirjaaminen koettiin monimutkaisena ja siitä haluttaisiin yksinkertaisempaa. Rakenteinen kirjaaminen kehittyy jatkuvasti, minkä vuoksi hoitajalla täytyy olla motivaatiota kehityksen perässä pysymiseen. Myös organisaation tulisi huolehtia hoitohenkilökunnan säännöllisestä kouluttamisesta. Rakenteisen kirjaamisen kehittämiseksi ehdotettiin kirjaamisen kehittämiseen motivoimista ja kirjaamisasioiden säännöllistä kertaamista. Näissä asioissa työnantajalla on suuri vastuu.

HOKE:n suurimmiksi kehittämissuhteiksi ilmenivät ohjelman hitaus sekä hoitotyön yhteenvedo. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitotyön yhteenvedon laatimista tulisi helpottaa ja yksinkertaistaa. Hoitotyön yhteenvedoja saatetaan joutua tekemään työvuoron aikana useita, minkä vuoksi laatimisen yksinkertaistaminen olisi tärkeää. Hoitotyön yhteenvedon laatimiseen kaivattiin enemmän selkeyttä ja nopeutta. Hoitotyön yhteenvedoa laadittaessa potilaan tiedot tulisi olla paremmin saatavilla. Tutkimus osoitti, että HOKE koetaan hitaaksi käyttää. Erityisesti HOKE:n aukeamiseen kului vastaajien mielestä liikaa aikaa. Esimerkiksi kiireessä HOKE:n hitaus voi häiritä työntekoa merkittävästi. HOKE:en haluttaisiin myös lisää luotettavuutta, mikä voi johtua esimerkik-

si HOKE:n pätkimisestä tai kaatumisesta. HOKE:n komponentteihin haluttaisiin lisää toimintoluokituksia. Vastaajista osan mielestä WHOIKE oli selkeämpi käyttää kuin HOKE. HOKE:sta toivotaankin entistä selkeämpikäyttöisempää. HOKE:ssa samoja asioita voidaan joutua kirjaamaan moneen eri paikkaan, mikä koettiin turhaksi ja työllistäväksi.

Kyselyn lopussa kysyimme vastaajien mielipidettä kyselyn toimivuudesta. Suurin osa vastaajista (78 %) piti kyselyä toimivana. Vain kaksi vastaajaa (5 %) oli jokseenkin eri mieltä ja kuusi (16 %) ei osannut sanoa mielipidettään kyselyn toimivuudesta. Olemme näin ollen tyytyväisiä kyselymme toimivuuteen. Pyrimme tekemään kyselystä mahdollisimman vastaajaystävällisen ja selkeän. Mielestämme onnistuimme siinä. Strukturoiduissa kysymyksissä väittämät oli muotoiltu myönteisesti. Esimerkiksi väite ”Koen rakenteisen kirjaamisen helppona” on myönteinen verrattuna väittämään ”Koen rakenteisen kirjaamisen vaikeana”. Muotoilemalla väittämistä sekä myönteisiä että kielteisiä olisimme saaneet kyselyyn vaihtelevuutta ja elävyyttä. Tämä olisi tehnyt kyselystä entistäkin vastaajaystävällisemmän. WHOIKE:a ja HOKE:a verrattaessa toisiinsa käytimme komparatiivia, minkä avulla saimme selvitettyä hoitokertomusten välisiä eroja.

Avoimissa kysymyksissä rakenteista kirjaamista ja HOKE:a koskevat kehittämissuhteet saattoivat sekoittua keskenään, sillä aiheet liittyvät hyvin paljon toisiinsa. Kyselylomakkeessa kysyimme ensin kehittämissuhteita rakenteiseen kirjaamiseen ja sen jälkeen HOKE:n käyttöön. Rakenteista kirjaamista koskevaan kysymykseen saimme muutamia vastauksia, jotka liittyivät ennemminkin HOKE:n käyttöön. Näiden kahden avoimen kysymyksen järjestyksellä on saattanut olla vaikutusta vastausten sisältöön ja laatuun. On mahdollista, että ensimmäiseen kysymykseen vastaamiseen on panostettu enemmän. Voi olla, että tämän vuoksi kyselymme ensimmäiseen avoimeen kysymykseen saimme aihetta sivuavia vastauksia, jotka liittyivät HOKE:n käyttöön.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Ulkoinen validiteetti viittaa siihen, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen pe-

rusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Mielestämme saimme tutkimuksemme avulla melko hyvin mitattua sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Tutkimuksemme tavoitti 37 vastaajaa, joten tutkimuksemme ei ole yleistettävissä ulkopuoliseen perusjoukkoon. Mittaamisen reliabiliteetti on mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Effican uuden hoitokertomuksen käyttökokemuksia ei ole aikaisemmin kartoitettu yhtä laajasti. Siispä emme voineet verrata tuloksia suoraan vastaavanlaiseen tutkimukseen. Jos aihetta tutkittaisiin myös muualla ja tulokset olisivat samankaltaisia, voitaisiin tutkimusta pitää yleistettävänä.

Mittarin sisältövaliditeettia arvioitaessa tarkastellaan seuraavia asioita: mittaako mittari tutkittavaa ilmiötä, onko mittari valittu oikein, ja sitä, onko käsitteet operationalisoitu luotettavasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Tavoitteenamme oli selvittää, minkälaiseksi hoitohenkilökunta kokee rakenteisen kirjaamisen ja HOKE:n käytön. Kyselylomakkeeseemme olimme valinneet tietyt aihealueet, joista halusimme saada hoitohenkilökunnan kokemuksia. Vastaajilla saattoi olla muitakin rakenteiseen kirjaamiseen ja HOKE:n käyttöön liittyviä kokemuksia, jotka tutkimuksessa jäi kartoittamatta. Alusta alkaen on ollut selvää, että laadimme mittarin itse, sillä tarkoituksenmukaista mittaria ei ollut olemassa. Teoreettisten käsitteiden operationalisointi mitattaviksi muuttujiksi edellyttää riittävän kattavaa perehtymistä kirjallisuuteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Perehdyimme rakenteista kirjaamista ja hoitokertomuksia koskevaan kirjallisuuteen. Muutimme teoreettiset asiat sellaisiksi, että tutkittavat ymmärtävät ne oikein. Suunnittelimme kyselylomakkeen kysymykset siten, että kaikki vastaajat ymmärtävät ne samalla tavalla.

Esitestasimme kyselylomakkeen varsinaista tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla. Esitestauksella arvioimme kyselylomakkeen toimivuutta ja luotettavuutta. Esitestaaminen on erityisen tärkeää, koska käytimme uutta kyseistä tutkimusta varten kehitettyä mittaria (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Esitestauksessa liitimme kyselylomakkeen yhteyteen esitestauskirjeen, jossa kartoitimme kyselyn toimivuutta kolmen kysymyksen avulla. Esitestauskirjeen avulla selvitimme, onko kyselylomakkeen pituus sopiva ja ovatko kysymykset ymmärrettäviä. Lisäksi esitestauskirjeessä oli avoin kysymys, johon vastaaja sai vapaasti kertoa mielipiteensä kyselylomakkeesta. Varsinaisen kyselylomakkeen lopussa oli strukturoitu kysymys, jossa vastaaja pystyi arvioimaan kyselyn onnistuneisuutta.

Tutkimusetiikka on hyvä tieteellinen tapa, jota jokaisen tutkijan tulee noudattaa tutkimusta toteuttaessaan. Käytimme hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksessamme. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksemme kysymysten asettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely sekä tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimukseen osallistuvia, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. Pyrimme minimoimaan tutkimuksen haitat ja maksimoimaan tutkimuksen hyödyt. Tutkimusetiikan lisäksi huomioimme tutkimuksessamme voimassa olevan lainsäädännön. (Vilka 2007, 89–91.)

Tutkittavien itsemääräämisoikeus on yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja mahdollisuuteen kieltäytyä tutkimuksesta. Huomioimme anonymiteetin tutkimuksessamme. Emme luovuta tutkimustietoja tutkimusprosessin ulkopuolisille ja säilytämme aineiston turvassa asianmukaisella tavalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219, 221.) Kyselyymme osallistuminen oli vapaaehtoista, ja vastaaja pystyi keskeyttämään Webropol-kyselyn missä vaiheessa tahansa. Vastaaja pystyi myös jättämään vastaamatta yksittäisiin kysymyksiin niin halutessaan. Tutkimusaineisto on tallessa sähköisesti Webropol-ohjelmassa, jonne vain meillä tutkijoilla on pääsy tunnusten avulla.

6.3 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää, että rakenteista kirjaamista sekä HOKE:a tulisi kehittää. Kirjaamisen on koettu kuitenkin kehittyvän HOKE:n myötä eri osa-alueilla, kuten tavoitteen, toimintojen ja arvioinnin kirjaamisessa. HOKE:n käyttöön liittyvään koulutukseen on oltu tyytyväisiä. HOKE:n toimivuuteen luotetaan ja sen käytettävyyttä pidetään hyvänä. HOKE:n mallihoitosuunnitelmia käytetään päivittäisessä hoitotyön kirjaamisessa, ja ne yhtenäistävät kirjaamista. Rakenteinen kirjaaminen koetaan helppona ja toimivana. Tutkimuksen avointen kysymysten tulosten mukaan rakenteisen kirjaamisen komponentteja tulisi kehittää ja kirjaamisen tulisi olla yksinkertaisempaa. Kehittämisehdotuksiksi nousi HOKE:n hoitotyön yhteenvedon kehittäminen, toistokirjaamisen vähentäminen sekä ohjelman kehittäminen nopeammaksi.

6.4 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia jatkossa HOKE:n kehittämisessä. Tämän tutkimuksen avulla löysimme kehittämissuhteita, joihin tulisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota. Tutkimus olisi mahdollista suorittaa laajemmalle kohderyhmälle Efficaa käyttävissä sairaanhoitopiireissä, jolloin saataisiin kattavampaa ja luotettavampaa tutkimustietoa. Tutkimuksen voisi toteuttaa myös siten, että tutkimuksen tuloksia käsiteltäisiin yksikkökohtaisesti. Siten HOKE:a ja rakenteista kirjaamista voitaisiin kehittää kohdennetusti kunkin yksikön tarpeiden mukaan. Tutkimus olisi mahdollista toteuttaa uudelleen tietyn ajan, esimerkiksi vuoden, kuluttua, jolloin tutkimusten tuloksia voitaisiin verrata keskenään. Tällöin tulisi käyttää alkuperäistä kyselylomaketta. Kyselylomaketta on myös mahdollista muokata eri tarpeiden mukaan. Kyselylomakkeesta voidaan poistaa tarpeettomia kysymyksiä ja aihealueita tai vastaavasti niitä voidaan kyselyyn lisätä.

LÄHTEET

- Ahonen, Outi, Ikonen, Helena & Koivukoski, Sirpa 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. WWW-dokumentti. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>. Päivitetty 27.10.2014. Luettu 6.11.2014.
- Arponen, Sannamari & Niemi, Niina 2010. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen terveyskeskussairaalan vuodeosastolla. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12363/oppari.pdf?sequence=1>. Päivitetty 2/2010. Luettu 19.2.2015.
- Haho, Annu 2014. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. WWW-dokumentti. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2009/etiikka/hoitotietojen_kirjaamisen_etiikka/. Ei päivitystietoa. Luettu 19.9.2014.
- Hallila, Liisa (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Hartikainen, Tuija 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090023/urn_nbn_fi_uef-20090023.pdf. Päivitetty 5/2008. Luettu 17.2.2015.
- Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Henkilötietolaki 523/1999. WWW-dokumentti. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search\[type\]=pika&search\[pika\]=henkil%C3%B6tietolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search[type]=pika&search[pika]=henkil%C3%B6tietolaki). Päivitetty 13.5.2011. Luettu 19.11.2014.
- Honkimaa-Salmi, Anu 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93389/gradu01036.pdf?sequence=1>. Päivitetty 4/2006. Luettu 17.2.2015.
- Hyppönen, Hannele, Vuokko, Riikka, Doupi, Persephone & Mäkelä-Bengs, Päivi (toim.) 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen – Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1. Päivitetty 2014. Luettu 20.2.2015.
- Häyrinen, Kristiina 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa – Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf. Päivitetty syyskuu 2011. Luettu 20.2.2015.

Häyrynen, Kristiina & Ensio, Anneli 2008. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna Liisa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ihalainen-Suonio, Johanna, Rantamäki-Varonen, Eija & Lajunen, Niina 2010. Hoitotyön kirjaaminen: Sähköinen hoitokertomus ja sen käyttö vuodeosastolla hoitajien kokemana. Saimaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23674/hoitotyön%20kirjaaminen%20202_12_2010.pdf?sequence=1. Päivitetty 2010. Luettu 17.2.2015.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Iivanainen, Ansa, Taivalantti-Ripatti, Tuula, Laamanen, Sirpa, Taskinen Irmeli & Väisänen, Heidi 2014. Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen. Laastari 1/2014, 6.

Ikonen, Helena 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu -tutkielma.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanta. 2014. WWW-dokumentti. <http://www.kanta.fi/fi/kanta>. Päivitetty 2014. Luettu 7.11.2014.

Kanta-palvelut. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <http://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmapalvelut/terveydenhuollon-tiedonhallinta/kanta-palvelut>. Päivitetty 21.10.2014. Luettu 20.2.2015.

Kinnunen, Ulla-Mari 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf. Päivitetty 2013. Luettu 17.2.2015.

Kärkkäinen, Anna 2013. Valtakunnallinen potilastiedon arkisto – Arkiston käyttöön liittyvät yleiset toimintamallit terveydenhuollon ammattihenkilöille. Kanta & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. <http://www.kanta.fi/documents/12105/3494314/Toiminamallit+th-ammattihenkil%C3%B6ille/a6e956d6-ba7a-42d5-aa9e-e64ae89b41c2>. Päivitetty 8.4.2013. Luettu 26.3.2015.

Laamanen, Sirpa, Taskinen, Irmeli & Väisänen, Heidi 2014. Palaveri 14.11.2014. Mikkelin keskussairaala.

Laine, Eeva-Kaisa 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=)

laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista. Päivitetty 12.12.2014. Luettu 8.1.2015.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 811/2000. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811>. Päivitetty 21.12.2010. Luettu 18.12.2014.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. WWW-dokumentti. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20asiakastietojen](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search[type]=pika&search[pika]=sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20asiakastietojen). Päivitetty 28.3.2014. Luettu 19.11.2014.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. WWW-dokumentti. [https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6). Päivitetty 30.12.2014. Luettu 5.3.2015.

Lehtovirta, Jukka & Vuokko, Riikka (toim.) 2014. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas – Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1. Päivitetty 2014. Luettu 21.10.2014.

Leino, Kaija 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Liljamo, Pia, Kinnunen, Ulla-Mari & Ensio, Anneli 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas – SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1. Päivitetty 2012. Luettu 21.10.2014.

Lätti, Marjaana 2012. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kokemana. Tampereen ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/46185/Latti_Marjaana.pdf?sequence=2. Päivitetty 6/2012. Luettu 19.11.2014.

Nykänen, Pirkko (toim.) & Juntila, Kristiina (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti – Suositukset ja toimenpideehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1. Päivitetty 26.8.2013. Luettu 10.4.2015.

Nykänen, Pirkko, Viitanen, Johanna & Kuusisto, Anne 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. PDF-dokumentti. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65782/D-2010-7.pdf?sequence=1>. Päivitetty 6/2010. Luettu 21.10.2014.

Potilastietojen kirjaaminen yhdenmukaisella tavalla parantaa tietojen käyttökelpoisuutta. 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti.
<http://www.thl.fi/fi/-/potilastietojen-kirjaaminen-yhdenmukaisella-tavalla-parantaa-tietojen-kayttokelpoisuutta>. Päivitetty 8.1.2015. Luettu 6.3.2015.

Potilastietojen käsittely – ohje terveydenhuoltolain 9 §:n ja asiakastietolain muutosten toteuttamiseksi. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti.
<http://www.kanta.fi/documents/10180/3439393/Potilastietojen-kasittely-sosiaali-ja-terveysministerio.pdf>. Päivitetty 28.3.2011. Luettu 19.11.2014.

Saba, Virginia 2014. Clinical Care Classification System. WWW-dokumentti.
<http://www.sabacare.com>. Päivitetty 2014. Luettu 19.2.2015.

Sairaanhoitotoiminnan arviointiraportti. 2013. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. PDF-dokumentti. Päivitetty 6.6.2014. Luettu 22.1.2015.

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

Saranto, Kaija & Kinnunen Juha 2007. Sähköiset tietojärjestelmät muuttavat hoito- ja organisaatiokulttuuria. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön – Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. WWW-dokumentti.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search\[type\]=pika&search\[pika\]=asetus%20potilasasiakirjoista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search[type]=pika&search[pika]=asetus%20potilasasiakirjoista). Päivitetty 30.3.2009. Luettu 19.11.2014.

Taskinen, Irmeli 2012. Effic hoitokertomus WHOIKE-käyttöohje. Word-dokumentti.

Tervetuloa Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin – uudelle työntekijälle. 2015. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. WWW-dokumentti.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki). Päivitetty 19.12.1014. Luettu 8.1.2015.

Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena – Sote-tieto hyötykäyttöön - strategia 2020. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-33103.pdf. Päivitetty 13.1.2015. Luettu 20.2.2015.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Vehkalahti, Kimmo 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Survo: Finn Lectura.

Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Virolainen, Marja 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Välimäki, Merja 2011. Sähköisen rakenteisen hoitokertomuksen käyttökokemuksia Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kotihoidossa. Saimaan ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33172/Valimaki_Merja.pdf?sequence=1. Päivitetty 2011. Luettu 17.2.2015.

Webropol. 2015. WWW-dokumentti. <http://www.webropol.fi/>. Ei päivitystietoa. Luettu 17.2.2015.


Ylisaukko-oja, Tuula 2010. Hoitotyön sähköisen rakenteisen kirjaamisen kehittäminen. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21961/Rakenteinen%20kirjaaminen.pdf?sequence=1>. Päivitetty 2010. Luettu 17.2.2015.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky. Yhtymähallinto Hallintoylihoitaja	Viranhaltijapäätös 26.01.2015	Pykälä Mu 1	Sivu 1
---	---	-------------------	-----------

1. Asia **Tutkimusluvan myöntäminen**
Peippo Malla Turunen Nina
2. Asiaselostus **Effican uuden hoitokertomuksen (HOKE) käyttöönotto - Hoitohenkilökunnan kokemuksia Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä**
Tutkijat: Malla Peippo ja Nina Turunen, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia uuden hoitokertomuksen (HOKE) käyttöönotosta. Tutkimuksen tulosten avulla on tarkoitus kehittää hoitotyön kirjaamista.

Tutkimus on kohdennettu

Tutkimus suoritetaan Webropol-kyselylomakkeella yllä mainittujen osastojen hoitohenkilökunnalle (sairaanhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat ja mielenterveyslaitokset).
3. Päätös Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen
4. Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kirjaamo
2.2.2015 klo 9.00-15.00.
5. Allekirjoitus, paikka ja pvm Mikkelissä 26.01.2015

Senja Kuiri
Hallintoylihoitaja
6. Lisätiedot Lisätietoja päätöksestä antaa hallintoylihoitaja Senja Kuiri, puh. 044 351 2650 ja sähköposti senja.kuiri@esshp.fi.
7. Jakelu Malla Peippo
Nina Turunen
osastonhoitaja
osastonhoitaja
osastonhoitaja
osastonhoitaja
ylihoitaja
ylihoitaja
ylihoitaja

LIITE 1 (2).
Tutkimuslupa

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky.	Viranhaltijapäätös	Pykälä	Sivu
Yhtymähallinto		Mu	
Hallintoylihoitaja	26.01.2015	1	2

8.
Muutoksenhaku

Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallituksesta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. 015 351 2502.

9.
Tiedoksiantajan
allekirjoitus

Pvm 26.1.2015 Tiedoksiantaja Mika Tikkanen

Arvoisa vastaaja

Olemme hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoita Mikkelin ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia uuden hoitokertomuksen (HOKE) käytöstä. Kysely on kohdennettu neljän eri yksikön hoitohenkilökunnalle Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä.

Kysely toteutetaan sähköisenä Webropol- kyselynä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi. Käsittelemme ja analysoimme vastaukset luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 10 minuuttia.

Vastaamalla kyselyyn voit vaikuttaa hoitokertomuksen käytettävyyden ja kirjaamisen kehittämiseen. Vastausaikaa on 8.3.2015 saakka.

Kiitos jo etukäteen, vastauksenne on meille tärkeä!

Alla olevasta Internet-osoitteesta pääsette kyselyyn:

<https://www.webropolsurveys.com/S/815A9446A8CAEE5E.par>

Ystävällisin terveisin,

Malla Peippo

ja

Nina Turunen

terveydenhoitajaopiskelija

terveydenhoitajaopiskelija

Mikkelin ammattikorkeakoulu

Mikkelin ammattikorkeakoulu

malla.peippo@edu.mamk.fi

nina.turunen@edu.mamk.fi



MAMK

University of Applied Sciences

Kysely hoitokertomuksen (HOKE) käytöstä

TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli:

- Nainen
 Mies

2. Ikä:

3. Ammatti:

- Sairaanhoitaja
 Lähihoitaja
 Perushoitaja
 Mielisairaanhoitaja

4. Työyksikkö:

KOULUTUS

5. Oletko käyttänyt WHOIKE:a ennen HOKE:a?

- Kyllä
 En

6. Arvioi seuraavia väittämiä:

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Olen saanut HOKE:n käyttöön riittävästi koulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulutuksen sisältö vastasi HOKE:n käyttöä työelämässä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koulutuksen jälkeen osasin käyttää HOKE:a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Oliko koulutuksen ajankohta mielestäsi sopiva?

- Kyllä
 Ei

8. Jos vastasit ei, milloin olisit toivonut koulutuksen olevan?

- Aikaisemmin
 Myöhemmin

LIITE 3 (2). Kyselylomake

KÄYTETTÄVYYS JA ULKOASU

9. Arvioi seuraavia väittämiä:

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Luotan HOKE:n toimivuuteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokonaisuudessaan HOKE:n käytettävyys on hyvä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Vertaa HOKE:n käyttöä WHOIKE:n käyttöön:

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Kirjaamiseen kuluva aika vähentyi heti käyttöönoton jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaamiseen kuluu nykyään vähemmän aikaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulkoasu on selkeämpi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KIRJAAMISEN YHTENÄISYYS

11. Arvioi seuraavia väittämiä:

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Työyksikössäni on yhtenäiset ohjeet kirjaamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaaminen on yhtenäistä työyksikössäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössäni käytetään mallihoitosuunnitelmia tavallisimpien hoitotyön tarpeiden kirjaamisen apuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytän itse mallihoitosuunnitelmia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mallihoitosuunnitelmat yhtenäistävät kirjaamista työyksikössäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HOITOTYÖN YHTEENVETO

12. Arvioi seuraavia väittämiä:

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Hoitotyön yhteenvedon laatiminen on helppoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitotyön yhteenvedon laatimiseen ei kulu liikaa aikaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laadin hoitotyön yhteenvedon kaikille potilaille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LIITE 3 (3). Kyselylomake

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

13. Arvioi seuraavia väittämiä:

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Tiedän, mikä on FinCC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen rakenteisen kirjaamisen helppona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen rakenteisen kirjaamisen toimivana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rakenteinen kirjaaminen palvelee potilaan hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oikeat hoitotyön tarpeet löytyvät HOKE:sta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan laatia potilaalle hoitotyön tavoitteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan laatia potilaalle hoitotyön suunnitelman	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Vertaa HOKE:n käyttöä WHOIKE:n käyttöön:

Kirjaaminen on kehittynyt HOKE:n myötä seuraavilla osa-alueilla:

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Hoitosuunnitelman laatiminen kokonaisuudessaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoidon tarpeen kirjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoidon tavoitteen kirjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitotyön toimintojen kirjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitotyön arvioinnin kirjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AVOIMET KYSYMYKSET

15. Miten kehittäisit rakenteista kirjaamista?

16. Miten kehittäisit HOKE:a tämänhetkisen käyttökokemuksesi perusteella?

KYSELYN TOIMIVUUS

17. Arvioi seuraavaa väittämää:

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Kysely oli toimiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Miten kehittäisit rakenteista kirjaamista?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
"Komponentteja ei tarvitsisi olla niin pikkutarkasti."	Komponentit liian pikkutarkkoja	Liikaa komponentteja	Komponenttien vähentäminen	Komponenttien kehittäminen
"Liikaa eri komponentteja, ei erikoissairaanhoidossa tarvitse olla niin paljon eri vaihtoehtoja."	Liian paljon komponentteja			
"Komponentteja aivan liikaa, mutta toisaalta omassa hoitotyössä tarvittavia ei ole olemassakaan. Kirjaaminen vain "tilastoja varten" on turhauttavaa."	Liian paljon komponentteja Ei omassa hoitotyössä tarvittavia komponentteja			
"Toivoisin psykiatria vielä muutamia komponentteja lisää."	Komponentteja lisää psykiatriseen hoitotyöhön	Omaan työhön sopivia komponentteja ei löydy	Komponenttien lisääminen eri erikoisaloille	
"Menee turhaan aikaa kun etsii "oikeaa" komponenttia kymmenien joukosta eikä silti löydä niin tarkkaa komponenttia."	Ei löydy tarpeeksi tarkkoja komponentteja			
	Komponenttien löytäminen vie liikaa aikaa			
"Hokeen siirtymisen myötä tarveluokitusta muutettiin -> hyviä tarpeita poistettiin."	Tarveluokitus muuttunut, hyviä tarpeita poistettu	Tarveluokituksesta poistunut hyviä tarpeita	Tarveluokitukseen lisää komponentteja	
"Jos kirjaamisesta saisi vielä vähän yksinkertaisempaa?"	Kirjaaminen voisi olla yksinkertaisempaa	Kirjaaminen monimutkaista	Kirjaamisen yksinkertaistaminen	
"Kokonaisuuden hahmottaminen joskus vaikeaa, kun on paljon tavoitteita ja sitä kautta toteutettu-	Kokonaisuuden hahmottaminen vaikeaa			

Sisällönanalyysi

ja toimintoja.”				
”Kirjaamisen kehittäminen vaatii jokaiselta motivaatiota.”	Kehittäminen vaatii motivaatiota jokaiselta	Vaatii jokaisen motivoitumista	Kirjaamisen kehittämiseen motivoiminen	Rakenteisen kirjaamisen kehittämiseen motivoiminen
”Työyksikössä on käytävä kirjaamisasioita säännöllisesti läpi.”	Kirjaamisasioita käytävä säännöllisesti läpi	Kirjaamisasioita kerrattava säännöllisesti	Kirjaamisasioiden säännöllinen kertaaminen	Rakenteisen kirjaamisen säännöllinen kertaaminen
”Komponentit ovat ihan hyviä.”	Komponentit hyviä	-	Komponenteissa ei kehitettävää	Ei kehitettävää
”Mielestäni se on nyt jo suht toimiva.”	Kirjaaminen melko toimivaa	-	Rakenteinen kirjaaminen melko toimivaa	
”Poistaisin sen.”	Poistaisin rakenteisen kirjaamisen	-	-	Rakenteisen kirjaamisen poistaminen

Miten kehittäisit HOKE:a tämänhetkisen käyttökokemuksesi perusteella?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
”Yhteenveto enemmän jokaisen yksikön tarpeen mukaan eikä niin, että jokainen yksikkö noudattaa yhtä tiettyä mallia.”	Yhteenveto jokaisen yksikön tarpeiden mukaisesti	Yhteenvedon laatiminen yksikkökohtaisten ohjeiden mukaan	Yksikkökohtaiset yhteenvedot käyttöön	HOKE:n yhteenvedon kehittäminen
”Hoitotyön yhteenveto voisi olla selkeämpi käyttää, nyt se näyttää kankealta ja pilkotulta.”	Yhteenveto voisi olla selkeämpi käyttää	Yhteenvedon tekeminen monimutkaista	Yhteenvedon selkiyttäminen	
”Hoitotyön yhteenveto erittäin hankala tehdä. Kentät joihin tekstiä kirjoitetaan sekavat, mihin pitää kirjoittaa mitään. Erittäin paljon vie aikaa tehdä "täydellinen" arvio, jos potilaita lähtee pois 5 päivän aikana yhdeltä hoitajalta, kirjaamiseen kuluu turhan paljon aikaa	Yhteenveto hankala tehdä Yhteenvedon kentät sekavat			

Sisällönanalyysi

yhdeksi sairaanhoitajalta työvuoron aikana.”	Yhteenvedon tekemiseen kuluu liikaa aikaa			
”Yhteenvedon tekemiseen menee paljon aikaa.”	Yhteenvedon tekemiseen menee liikaa aikaa	Yhteenvedon tekeminen vie aikaa	Yhteenvedon laatimisen nopeuttaminen	
”Yhteenvedon laatiminen vie paljon hoitajalta aikaa.”	Yhteenvedon laatiminen vie liikaa aikaa			
”Loppu yhteenvedossa käytettävien potilaan tietojen saatavuus voisi olla paremmin saatavilla ja apuna yhteenvedon tekemiseksi. Nyt vaikeasti saatavilla monien toimintojen kautta.”	Yhteenvedon laadittaessa potilaan tiedot saatavilla useiden toimintojen kautta	Yhteenvedon laadittaessa potilaan tiedot vaikeasti saatavilla	Yhteenvedon laadittaessa potilaan tiedot paremmin saataville	
”Hoitotyön loppuyhteenvedon kirjaamisesta en ymmärrä, enkä tule ymmärtämään lainkaan hoitotyön arviota ja yhteenvedon tekemistä joka ikinen päivä jokaisessa työvuorossa! Ketä hyödyttää yhteenvedon tekeminen, joka on tehty leikkaa/liimaa-menetelmällä, jotta homman saa pois alta, vain siksi, että se ”pitää” tehdä?”	Yhteenvedon tekemistä tehdään liian paljon			
	Yhteenvedon tekemistä tehdään vain siksi, että se on pakko tehdä	Yhteenvedon tekeminen työlästä	Yhteenvedon laatimisen helpottaminen	
”Kirjaaminen vie turhaa aikaa. Potilaan hoitoon jää vähemmän aikaa, kun yritetään kirjata ”täydellisesti” kaikki,	Kirjaaminen vie aikaa potilailta	Kirjaaminen vie aikaa		

Sisällönanalyysi

tekemiset ja arviot kaikista.”				
”Koneet nopeemmiksi, Hoke:lle pääsy edelleen hidasta.”	Koneet nopeammiksi, HOKE:n avautuminen hidasta			
”Potilastietojen avautuminen ohjelmassa on hidasta, sitä olisi syytä kehittää.”	Potilastietojen avautuminen ohjelmassa hidasta			
”HOKE:n aukeamiseen menee liian kauan! Jos kiireessä tarvitsisi katsoa jotain, se ei tulisi onnistumaan.”	HOKE:n aukeamiseen menee liikaa aikaa	HOKE:n avautuminen hidasta	HOKE:n nopeuttaminen	HOKE:n kehittäminen nopeammaksi
”Liian raskas ohjelma, välillä hyvin hidas avata hoitokertomus.”	Ohjelma raskas, HOKE avautuu hitaasti			
”Hoke on ajoittain todella hidas. Aukeaminen kestää joskus todella pitkään.”	HOKE hidas ja aukeaminen kestää pitkään			
”Järjestelmän toimivuuteen että olisi nopeampi käyttää.”	Järjestelmän tulisi toimia nopeammin			
”Nopeutta paljon lisää ja mielellään melko pian. Kiinnostus hiipuu, kun ”pätäkintää” ja hitautta on.”	Nopeutta tarvitaan lisää	HOKE:n käyttö hidasta		
”Ohjelman pitäisi toimia huomattavasti nopeammin ja luotettavammin.”	Ohjelman pitäisi toimia nopeammin			
	Ohjelman pitäisi toimia luotettavammin	HOKE:n käyttöön ei luoteta	HOKE luotettavamaksi	HOKE:n kehittäminen luotettavamaksi
”Sopivia komponentteja psykiatriaan kirjaamiseen.”	Sopivia komponentteja psykiatriaan			
”Komponentit eivät vastaa kirurgisen potilaan tarpeita, niitä pitää muuttaa.”	Komponentit eivät vastaa kirurgisen potilaan tarpeita	Sopivia komponentteja ei löydy kaikille erikoisaloille	Komponenttien kehittäminen eri erikoisaloille	HOKE:n komponenttien kehittäminen
”Myös hyvin vähän	Toimintoja			

Sisällönanalyysi

toimintoja, mihin voi kirjoittaa asioita. Esim. ei enää löydy "Lääkäriin käynti", täytyy laittaa "Asiantuntijapalveluiden koordinointi".	liian vähän	Toimintoluokituksia liian vähän	Toimintoluokitusten lisääminen	
"Hokessa tällä hetkellä on hyvin vähän suunniteltu toiminnot. Whoikessa olivat selkeämpi ja parempi organisoitunut."	Suunniteltuja toimintoja vähän			
	WHOIKE selkeämpi			
"Kehittäisin sitä enemmän WHOIKE:n suuntaan, ulkoasu ja käytettävyys oli siinä selkeämpi. Myös vapaata tekstiä hoitotyön suunnitelmaan oli helpompi laatia."	WHOIKE:ssa ulkoasu, käytettävyys ja vapaan tekstin laatiminen selkeämpää	WHOIKE selkeämpi kuin HOKE	HOKE selkeämmäksi	HOKE:n käytön selkeyttäminen
"Liikaa tarvitsee samoja asioita kirjoittaa moneen kohtaan erikseen."	Samoja asioita kirjataan moneen kohtaan	Liikaa toistokirjaamista		
"Ja paljon kirjoitetaan tekstiä turhaan, kun kaikki pitää olla ylhäällä. Tulee tunne että kirjataan vain sen takia että voidaan todistaa että kaikki on tehty."	Tekstiä kirjoitetaan turhaan, kaiken tulee olla ylhäällä	Tekstiä kirjataan turhaan	Toistokirjaamisen vähentäminen	Toistokirjaamisen vähentäminen HOKE:ssa
"Aika toimiva, en osaa sanoa."	Melko toimiva			
"En ole ajatellut asiaa, HOKE tuntunut ihan ok:lta."	HOKE tuntunut ok:lta	HOKE toimiva	HOKE:ssa ei kehitettävää	Ei kehitettävää

WHOIKE:n hoitotietojen ylläpito -näkömä:

WHOIKE
Hoitotietojen ylläpito

Nuori Komponentti 120493-9000; 14 v, 11 kk
Osasto 10S05 (H02 / 1) - 74 Nuorispsykiatria 17.12.2007 - (95. hoitopäivä)

Määräykset:
Uusi 18.3.2008 9:54 koulu1 MÄÄRÄYKSET NÄKYVÄT TÄSSÄ /koulu1 18.03.2008 9:55:42

Muistettavaa:
TÄTÄ KENTTÄÄ VOIT KÄYTTÄÄ MUISTILAPPUNA. ÄLÄ KIRJAA MITÄÄN TALLENNETTAVAA TIETOA.

Pvm: 20.3.2008 **Klo:** 8:50 **Vuoro:** **Yksikkö:** Osasto 5 **Moduuli:** **Hoitaja:** koulu1 Koulutus Esh/ESH1

HOIDON SUUNNITTELU
Komponentti: A Aktiiviset **Pääluokka:** A.2 Unihäiriöt **Alaluokka:** A.2.2 Vähenyisyys **Pikavalinta:**

Hoidon tarve:
Potilas kertoo nukkuvansa vain neljä tuntia yössä.

Tavoitteet ja keinot:
TAVOITE: Potilas nukkuu siten, että on itse tyytyväinen yöninsä.
KEINOT: Eliminoidaan unta häiritsevät tekijät, ohjataan nukkumaan viimeistään klo 22.00 ja tarvittaessa annetaan unilääkettä.

Pöytä Päiväkirja Hoitotyön yhteenveto

HOIDON TOTEUTUS
Komponentti: A Aktiiviset **Pääluokka:** A.3 Uni- tai valvettilan seuranta **Alaluokka:** A.3.2 Nukkumisen määrän tai laadun seuranta **Pikavalinta:**

Hoidon toteutus:
TÄMÄN KENTTÄÄN KIRJATAAN VAPAAALLA TEKSTILLÄ HOIDON TOTEUTUSTA VALITTUJEN KOMPONENTTIEN ALLE. VOIT POIMIA KOMPONENTIT YKSITELLEN TAI MONIVALINNAN KAUTTA.

Huomioitava Hoitotyön yhteenveto

HOIDON ARVIOINTI
Hoidon tulos: Potilas voimitt ennallaan **Arvioinnin kohde:** Hoitotyön toteutus

Arviointi:
TÄMÄN KENTTÄÄN KIRJATAAN HOIDON ARVIOINTI VAPAAALLA TEKSTILLÄ. HOIDON TULOKSEEN OTETTAVAA KANTAA VALITSEMALLA ANNETUISTA VAIHTOEHDOSTA KUVAAVIN (Potilaan voimitt huonontunut, ennallaan tai parempi). ARVIOINNIN KOHTEENA VOI OLLA Hoitotyön toteutus TAI kokonaisarvio. HOITOTYÖN TOTEUTUKSEN ARVIO LIITTYY HOIDON SUUNNITTELUUN TARVE - KOMPONENTTIIN. KOKONAISARVIO SIIRTYY MYÖS HOITOTYÖN TOTEUTUKSEN - SIIVULLE, JOLLOIN SITÄ EI VOI ENÄÄ KORJATA.

Keskenäinen

WHOIKE:n hoitotiedot-näkömä:

493-9000 Nuori Komponentti ** EFFICA Käytös ** koulu1 Esh 10S05 20.3.08
Tiedonhaku Leikopöytä Pöytäkirja Merkitse Käyttäjät Tilastot Viesti Lomakkeet Lomakelausko Info

WHOIKE
Hoitotiedot

Nuori Komponentti 120493-9000; 14 v, 11 kk
Osasto 10S05 (H02 / 1) - 74 Nuorispsykiatria 17.12.2007 - (95. hoitopäivä)

Määräykset:
Uusi 20.3.2008 10:16 koulu1 Tarv. Imovane 7,5 mg x 1 päiv.lääkän Hanna Piikin puhelin määräys / sairaanhoidaja Peppi

Muistettavaa:
TÄTÄ KENTTÄÄ VOIT KÄYTTÄÄ MUISTILAPPUNA. ÄLÄ KIRJAA MITÄÄN TALLENNETTAVAA TIETOA.

Hakuehdot:
Päivämäärä: 20.3.2008 Yön **Työvuoro:** **Komponentti:** **Tapahtuma:** **Hoitoyksikkö:**

Hoitotiedot:

Korjaa Uusi	Pvm	Työvuoro	Komponentti	Tapahtuma	Hoitoyksikkö
Korjaa Uusi	20.3.2008 8:32	Koulutus Käyttäjät	10S05		
Korjaa Uusi	20.3.2008 9:20	Toteutus			
Korjaa Uusi	20.3.2008 9:23	Toteutus			

Korjaa Uusi 20.3.2008 8:32 10S05 Suunnittelu **AKTIVITEETTI, Vähenyisyys.**
Potilas kertoo nukkuvansa vain neljä tuntia yössä. ->
TAVOITE: Potilas nukkuu siten, että on itse tyytyväinen yöninsä.
KEINOT: Eliminoidaan unta häiritsevät tekijät, ohjataan nukkumaan viimeistään klo 22.00 ja tarvittaessa annetaan unilääkettä.
Määräys: Tarv. Imovane 7,5 mg x 1 päiv.lääkän Hanna Piikin puhelin määräys / sairaanhoidaja Peppi Tossu 20.03.2008 10:19:54

Korjaa Uusi 20.3.2008 9:20 Toteutus
• AKTIVITEETTI, Nukkumisen määrän tai laadun seuranta, Muistutettu soitusta nukkumaanmenoaajasta.

Korjaa Uusi 20.3.2008 9:23 10S05 Toteutus
• POTILAAN VOIMITT PAREMPI, Hoitotyön toteutus. Yökertojen aikana ei ilmaissut olevansa hereillä. Aamulla kertoi nukkuneensa hyvin

Korjaa Uusi 20.3.2008 8:32 10S01 Suunnittelu **TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ, Moniammainen hoito.**
Nuori pääsee osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja saa tarvitsemansa tiedon. ->
TAVOITE: Tutkimusjakson aikana nuorelle, hänen vanhemmilleen ja hoitohenkilöstölle muodostuu yhteinen käsitys hoidon tarpeesta.
KEINOT: Moniammaattisen tiimin tutkimukset ja seurannat, nuori otetaan mukaan hoidon suunnitteluun.

Korjaa Uusi 20.3.2008 9:23 10S05 Toteutus
• TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ, Toimintaterapeutti, Sovituu Nuorelle aika toimintaterapeutin tutkimuksiin 22.3. klo 13.00, asiasta informoitu Nuorta.

HOKE:n hoitonäkymä:

The screenshot displays the HOKE system interface. At the top, it shows the time 08:30 and navigation icons. The main header is 'HOITOKERTOMUS' (Care Report) for patient 'syömishäiriö testi 31.3.2015 Paino kehittyä positiivisesti'. Below this, there are two main sections: 'SUUNNITELMAT' (Care Plans) and 'TOTEUTUKSET' (Actions).

SUUNNITELMAT (31.03.2015 -):
PSYKKINEN TASAPAINO, SYÖMISHÄIRIÖ (M)
Vaikeus oman itsensä hyväksymisessä ja hahmottamisessa.
 - yksipuolinen ruokavalio, syö lähinnä hedelmiä
 Hoidon tavoite: Riittävä ravinnonsaanti ja painon kehitys ja siten fyysisen riskin väheneminen.
 Itsetuntemus ja hyväksyntä lisäänty.
 - noudattaa täsmäruokahjetta
 - ei osenna ruokailun jälkeen
 Suunnitellut toiminnot:
Mielialan seuranta: BDJ...
Ravitsemukseen liittyvä ohjaus:
Painon kontrollointi: etukäteen ilmoittamatta kolme kertaa viikossa, alusvaatteissa, aamupaino
Ruokailun seuranta: Hoitaja valvoo ja tekee annoksen
Asiantuntijapalveluiden koordinointi: ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti (12.5.15)
Omahoitajakeskustelu: kaksi kertaa viikossa maanantaisin ja perjantaisin 45 minuuttia
Perhehoitotyön menetelmien toteuttaminen (M): perheyöntekijän tapaamiset, kotihoitajakojejen palaute kysytään lomalta palauttavilta vanhemmilta
Hoitosopimuksen tekeminen: Koulunkäynti osastolla, omassa huoneessa
 Kotihoitajaksot mahdollisia, kun paino...
Ravitsemuskartoituksen tekeminen:
Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta: keskiarvoisin aamulla

TOTEUTUKSET (07.05.2015):
 08:29 Ruokailun seuranta. Aamupalalle saapui, kun haettiin huoneestaan. (M).
 08:26 Omahoitajakeskustelu.
 Arviointi: 7.5.2015 8:26 Psykkinen tasapaino. Kokee itsensä lihavaksi. Osastolla ei ole pystynyt toisten seurassa olemaan, koska kokee toisten ajattelevan itsestään negatiivisesti ja tujottavan. Kertoo koti-ikävästä. Oma motivaatio hoitosopimuksen noudattamiseen on vielä heräämättä. Hoidon tulos: Ennallaan.
 08:25 Ravitsemukseen liittyvä ohjaus.

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitosuunnitelman mallipohja

HOKE:ssa:

SUUNNITELMAT Kaikki »

HENGITYS, HENGENAHDISTUS

07.05.2015 -

Sydämen vajaatoiminta

Suunnitellut toiminnot

Omatoimisuuden tukeminen :

Asiantuntijapalveluiden koordinointi :

Hengityksen ja keuhkojen toiminnan ylläpito : Hapen antaminen: viikset, maski, hengitystä tukevat apuvälineet, asentohoito

Hengityksen seuranta : Saturaatioseuranta

Uni- tai valvetilan seuranta :

Verenkierron seuranta : RR-, pulssi- ja rytmin seuranta, ihon värin ja lämmön seuranta

Lääkkeen antaminen : Tarvittaessa

Nestetasapainon seuranta : KNM, VM, painon seuranta, turvotukset

HENGITYS, HENGITYKSEEN LIITTYVÄ TIEDON TARVE

07.05.2015 -

Suunnitellut toiminnot

Hoitoon sitoutumisen edistäminen :

Hoidon ja seurannan ohjaus
 Potilasoppaat

HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI, JATKOHOITO-OHJEIDEN TARVE

07.05.2015 -

Suunnitellut toiminnot

Jatkohoitoon liittyvä ohjaus : Jatkoseuranta TK/MKS/kotish

Lääkehoidon ohjaus : Kirjallinen ja suullinen ohjaus, kotish:n tarve

Hoitotyön yhteenvedon kirjaamisalustasta HOKE:ssa:

UUSI YHTIENVETO

Tyyppi: Loppuarvio Väliarvio

Hoitokertomus:

Näkymä: HOIYHT

Arvio(Hoitotyö):

Tarve:

Hoitotyön toiminnot:

Hoidon tulokset:

Hoitaisuus:

Jatkohoito:

Lääkehoito:

Keskenrääinen

OK Peruuta