



Hoitotyön kirjaaminen sädehoidossa

HUS:n Syöpätautien klinikan sädehoito-osasto

Radiografian ja sädehoidon
koulutusohjelma
Röntgenhoitaja
Opinnäytetyö
22.4.2010

Jukka Hintsala

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Radiografia ja sädehoito			
Tekijä/Tekijät			
Jukka Hintsala			
Työn nimi			
Hoitotyön kirjaaminen sädehoidossa			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö		Kevät 2010	37 + 5 liitettä
TIIVISTELMÄ			
<p>Tämän kehitystyön tavoitteena oli parantaa sädehoidossa olevien potilaiden hoitotyön kirjaamista HUS:n Syöpätautien klinikan Sädehoito-osastolla. Tutkimustehtäviksi muodostuivat: miten Sädehoito-osaston ohjeistus vastaa Sosiaali- ja terveysministeriön asetusta potilasasiakirjojen laatimisesta, miten ulkoista sädehoitoa saavien potilaiden hoitotyötä on kirjattu, millaisia uhkia ja heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja vahvuuksia osaston hoitohenkilökunta näkee hoitotyön kirjaamisessa ja miten kirjaamista voitaisiin kehittää osastolla.</p> <p>Tutkimusote oli kvalitatiivinen. Hoitohenkilökunnan täyttämiä hoitosuunnitelmalomakkeita (N=40) analysoitiin osaston minimikriteerien pohjalta käyttäen sisällön erittelyn menetelmää. Saatuja tuloksia tukemaan sekä kehitysideoita ja -uhkia pohtimaan koottiin asiantuntijaraati (N=3) osaston röntgenhoitajista. Raadin työskentelyssä sovellettiin Delfoi-tekniikkaa ja sen tuotos analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit olivat hyvin linjassa STM:n asetuksen kanssa. Hoitohenkilökunnan tekemä dokumentointi oli yleisesti ottaen puutteellista, eikä vastannut ohjeistusta. Erityisesti puutteita oli hoitosuunnitelmalomakkeiden oikeellisessa täytössä, hoitosuunnitelmien sisällössä sekä hoidon jatkuvuuden ja hoidollisen päätöksenteon näkyvyydessä. Vähiten kirjausta oli tehty simulaattorissa ja hoitajakson lopussa. Asiantuntijaraadin näkemys oli pitkälti linjassa saatujen tulosten kanssa. Kirjaamisen uhat ja heikkoudet liittyivät kirjaustaitojen heikkouteen ja passiivisuuteen — vahvuudet ja mahdollisuudet hankittuun tietotaitoon ja motivoitumiseen.</p> <p>Kehitysehdotuksiksi saatiin kirjaamiskoulutus oppilaitoksessa ja osastolla, sen liittäminen perehdytysohjelmaan sekä siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen ja sen yhteydessä uuden yhteisen kirjaamistavan luominen osastolle. Kehitystyön tuloksia voidaan hyödyntää suoraan osaston hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä ja osa työssä esille tulleista kehitysehdotuksista on jo viety käytäntöön.</p>			
Avainsanat			
hoitotyö, kirjaaminen, dokumentointi, sädehoito, röntgenhoitaja			

Degree Programme in		Degree
Radiography and Radiotherapy		Bachelor of Health Care
Author/Authors		
Jukka Hintsala		
Title		
Nursing Documentation in Radiotherapy		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Spring 2010	37 + 5 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>The aim of this development project was to improve the quality of nursing documentation in the department of Radiotherapy in the Department of Oncology of Hospital District of Helsinki and Uusimaa. The research questions were: how conform the department guidelines are with the statute issued by Ministry of Social Affairs and Health, how nursing of patients in radiotherapy is documented, what threats and weaknesses along with opportunities and strengths are seen in nursing documentation by the nursing staff and how documentation could be developed in the department.</p> <p>The research approach was qualitative. A sample (N=40) of nursing care plans was analysed based on the departmental minimum criteria of nursing documentation using content analysis method. A council of experts (N=3) was assembled of on-site radiotherapists in order to confirm the results and to contemplate the possibilities and threats to development. The Delphoi method was applied in the work of the council and the results were analysed with deductive content analysis.</p> <p>The results showed the departmental minimum criteria to be in conformity with the statute. The nursing documentation performed by the nursing staff was generally lacking and unresponsive to the criteria. The correct usage of care plans and their contents along with coverage of continuity and decision making in nursing were deficient. There was least documentation at the simulator and at the end of treatment. The council of experts agreed largely upon the obtained results. Threats and weaknesses in nursing documentation were associated with poor technical skills and passivity whereas strengths and possibilities were associated with acquired know-how and motivation.</p> <p>The development suggestions included training in nursing documentation to be organised both in education and in the department, and its incorporation to the introductory programme for new employees. A transition to electronic nursing documentation and creating a new consensual documentation model for the department along with it were also suggested. The results of this project can be utilised to develop nursing documentation in the department and some of the given suggestions have already been implemented in practice.</p>		
Keywords		
nursing, documentation, radiotherapy, radiotherapist		

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. TARKOITUS JA TAVOITE	3
3. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	4
3.1 Sähköinen kirjaaminen	5
3.2 Kirjaamisen lainsäädäntö ja suositukset	7
4. AIKAISEMPI TUTKIMUS	8
5. AINEISTO	9
6. AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	11
7. TULOKSET	15
7.1 Sädehoito-osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit	15
7.2 Hoitosuunnitelmien analyysi	17
7.2.1 Hoitotyön kirjaamisen minimikriteereiden toteutuminen	19
7.3 Asiantuntijaraati	23
8. TULOSTEN KÄSITTELY JA KEHITYSEHDOTUKSET	28
8.1 Johtopäätökset	28
8.2 Pohdinta	28
8.3 Työn eettisyys ja luotettavuus	31
8.4 Kehitysehdotukset	32
LÄHTEET	34
LIITTEET	37

1. JOHDANTO

Tällä työllä halutaan selvittää sädehoidossa olevien potilaiden hoitotyön kirjaamista HUS:n Syöpätautien klinikan Sädehoito-osastolla ja kehittää sitä eteenpäin. Työ aloitetaan kartoittamalla kirjaamisen nykytila. Osana nykytilan kartoitusta päivitetään osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit ja tarkistetaan, että ne ovat linjassa kirjaamisesta annettun kansallisen ohjeistuksen kanssa. Käytännössä kartoitus tehdään vertaamalla potilaiden päivittäisiä hoitosuunnitelmia osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteereihin. Pohdintaa laajennetaan vertaamalla tuloksia valtakunnallisiin suosituksiin ja säädöksiin sekä aiempiin tutkimuksiin ja kehittämishankkeisiin. Osaston kirjaamisen ongelmakohtien ja kehittämiskeinojen hakemiseksi sekä hoitosuunnitelmien tutkimuksen tulosten varmentamiseksi kootaan yhteen kirjaamisesta kiinnostuneita hoitajia ja käydään asiantuntijaraadin muodossa läpi kirjaamiseen liittyvä ristiriitoja ja ideoidaan ratkaisuja niihin. Lopputuloksena halutaan päästä kehitysehdotuksiin, joilla osaston kirjaamiskäytännöt paranevat.

Tämän työn aihe on noussut työstäni Syöpätautien klinikan Sädehoito-osastolla. Olen työskennellyt osastolla osastonsihteerinä ja röntgenhoitajana. Työssäni olen huomannut, kuinka niin lääkärin, hoitajien kuin osastonsihteerienkin huolellinen työnsä kirjaaminen helpottaa kaikkien ammattiryhmien työtä. Kun potilaspapereista löytyvät lääkärin merkinnät hoidosta, tarvittavista tutkimuksista ja lääkityksestä, hoitajan merkinnät potilaan voinnista ja sädehoidon toteutuksesta sekä sihteerin merkinnät lähetetyistä dokumenteista ja muista juoksevista asioista, voi kuka tahansa yhdellä silmäyksellä saada käsityksen potilaan hoidon etenemisestä. Toisinaan lyhytkin kirjaus pelastaa pitkälliseltä soittelulta tai herättää hoitajan tarkkailemaan potilasta ja reagoimaan potilaan kunnon muutoksiin hänen aikaisempaan vointiinsa verrattuna. Aina tarvittavia merkintöjä ei kuitenkaan löydy ja toisinaan kaikki potilaspaperit ovat kadoksissa tai joitain dokumenteista ei ole koskaan tehtykään.

Sädehoidon hoitotyön kirjaamisen kehittäminen on osa valtakunnallista hoitotyön kehittämistä. Erityisesti röntgenhoitajilla jatkuva hoitotyön kirjaaminen ei ole yleensä keskeinen osaamisalue, koska työnkuvaan ei juuri kuulu pitkäjänteinen potilaan kunnon

seuraaminen sädehoito-osastojen lisäksi monessakaan modaliteetissa. Koulutuksessa hoitotyön kirjaamista ei suuresti painoteta, eikä siihen yleensä harjaannuta harjoitteluissakaan.

Vastaavasta aiheesta on aiemmin tehty laajempiakin töitä, kuten Anna-Maria Tuomikosken (2008) pro gradu -työ Oulun yliopistossa, jossa hoitotyön kirjaamista kehitettiin koulutusintervention avulla. Intervention koettiin parantaneen hoitotyön kirjaamisen laatua osastolla. Jotta tämä työ olisi laajuudeltaan opinnäytetyö, on pitäydytty vain kirjaamisen nykytilanteen selvittämisessä ja kehittämisehdotuksien antamisessa. Työ rajoittuu myös ainoastaan hoitohenkilökunnan tekemään hoitotyön kirjaamiseen.

Sädehoito-osastolla röntgenhoitajan työtehtäviin kuuluvat lähete- ja ajanvaraustoiminnassa ajanvarausten teko, potilaan kutsuminen lääkärin vastaanotolle, ja potilaan ensimmäisen hoitoajan ilmoittaminen hoitokoneelle. Hoidon suunnittelussa röntgenhoitaja antaa potilaalle tarvittavat tutkimus- ja hoitoajat, keskustele potilaan kanssa tulevasta hoidosta sekä ohjaa tarvittaessa eteenpäin. Annossuunnittelussa röntgenhoitaja osallistuu annossuunnitelman tekoon. Simulaattorissa röntgenhoitaja kertoo potilaalle simulointikuvauksesta ja suorittaa sen saamiensa ohjeiden mukaisesti, kirjaa tarvittavat tiedot kenttäkuviin ja sädehoitokorttiin, laittaa tarvittavat merkinnät potilaaseen ja tukimuotteihin sekä syöttää ja tarkistaa verifiointijärjestelmän tiedot. Hoitokoneella röntgenhoitaja esittelee potilaalle häntä hoitavan henkilökunnan ja hoitokoneen, ohjaa potilasta sädehoidosta ja sen sivuvaikutuksista ja antaa näistä suullisia ja kirjallisia ohjeita, antaa sädehoidon, sopii hoitoajat, seuraa potilaan tilaa hoitojakson aikana ja ohjaa tarvittaessa lääkärille. (Heinola – Hujanen 2002: 8-12.) Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu pääasiallisesti hoitokoneella ja siitä on päävastuussa kunkin potilaan omahoitaja, mutta kirjaaminen kuuluu osaksi kaikkia röntgenhoitajan työpisteitä, joissa hän on kontaktissa potilaisiin.

Tällä hetkellä uusin radiografian ja sädehoidon koulutusohjelman opetussuunnitelma Metropolia ammattikorkeakoulussa on vuodelta 2009 (Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelman opetussuunnitelma. 2009). Hoitotyön kirjaamista käsitellään opinto-oppaan mukaan Kliininen hoitotoiminta 1 -kurssilla (3 op). Lisäksi sädehoidon kirjaamista sivutaan kurssilla Sädehoito (6 op), vaikkei siitä olekaan mainintaa opetussuunnitelmassa (Kangas: 2009). Vertailun vuoksi hoitotyön koulutusohjelmassa,

hoitotyön suuntautumisvaihtoehdossa dokumentointi tai hoitotyön kirjaaminen mainitaan yhtenä tavoitteena kurseilla Perioperatiivisen potilaan hoitotyö (3 op): dokumentointi; Hoitotyön päätöksenteko ja raportointi (3 op): hoidon kirjaaminen ja suullinen raportointi; Sisätautipotilaan hoitotyö (3 op): hoitotyön päätöksenteko ja raportointi; Iäkkäiden hoitotyö (3 op): hoito- ja palvelusuunnitelma. (Hoitotyön opetusohjelman opetussuunnitelma. 2009.) Sairaanhoidajat oppivat työssään jatkuvaan hoitotyön kirjaamiseen ja orientoituvat siihen jo opintojensa puitteissa laajemmin kuin röntgenhoitajat. Hoitotyön kirjaamisen vähäisyyttä radiografian ja sädehoidon koulutusohjelmassa voidaan toki perustella sillä, ettei diagnostisessa radiografiassa työskentelevä röntgenhoitaja toimi potilaiden omahoitajana tai laadi heille hoitosuunnitelmia. Merkinnät potilaspapereihin rajoittuvat lähinnä röntgenosastolla tehtyyn tutkimukseen ja mahdollisiin annettuihin lääkkeisiin, voinnin muutoksiin ja jälkihoito-ohjeisiin. Sädehoidossa röntgenhoitajalta vaaditaan kuitenkin hoitosuunnitelman tekemistaitoa ja hoitotyön dokumentointia samalla tasolla kuin sairaanhoitajilta. Röntgenosastoilla tehdään jatkuvasti enemmän ja laajempia toimenpiteitä, joiden oikeellinen raportointi vaatii röntgenhoitajilta hyvää hoitotyön kirjaamisen taitoa. Täten röntgenhoitajilla olisi syytä olla yhtä hyvät valmiudet hoitotyön kirjaamiseen kuin muullakin hoitohenkilökunnalla.

Syöpätautien klinikan uusien röntgenhoitajien perehdytysohjelmassa ei ole mainintaa hoitotyön kirjaamiseen perehdyttämisestä. Sädehoito-osastolle on laadittu hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit vuonna 2007 (Liite 2). Osastolle on nimitetty kaksi hoitotyön kirjaamisen koordinoinnista vastaavaa röntgenhoitajaa.

2. TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän työn tavoite on parantaa sädehoidossa olevien potilaiden hoitotyön kirjaamisen laatua HUS:n Syöpätautien klinikan Sädehoito-osastolla. Työn tarkoitus on kartoittaa Sädehoito-osaston kirjaamisen nykykäytäntö analysoimalla päivittäisiä hoitosuunnitelmia ja vertaamalla niitä osaston suosituksiin, joita puolestaan arvioidaan kansallisten suositusten ja lakien pohjalta. Tämän lisäksi osastolla järjestetään asiantuntijaraati, jossa pyritään varmentamaan saatuja tuloksia ja etsimään ratkaisuja kirjaamisen kehittämiseksi. Kartoituksen ja asiantuntijaraadin pohjalta on tarkoitus

löytää kehitysehdotuksia, joilla hoitotyön kirjaamista voidaan osastolla kehittää sekä tunnistaa kehityksen uhkatekijöitä.

Tutkimus haluaa vastata kysymyksiin: Miten sädehoidossa olevien potilaiden hoitoa on kirjattu? Miten hoitotyön kirjaamista ja röntgenhoitajien kirjaamisvalmiuksia voitaisiin kehittää?

Tämän työn keskeisiä käsitteitä ovat: hoitotyön kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, sädehoito ja röntgenhoitaja.

3. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoitoketjun eri vaiheiden kirjaamista hoitojakson aikana. Hoitotyön kirjaaminen perustuu lakiin ja sitä ohjaavat Sosiaali- ja terveysministeriön suositukset ja osastojen omat hyvän kirjaamisen kriteerit. (Iivanainen – Jauhiainen – Korkiakoski 1995: 53.) *Hoitotyöllä* tarkoitetaan tässä työssä toimintaa, jolla pyritään vaikuttamaan ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Iivanainen et al. 1995: 8). Tässä työssä mielenkiinto kohdistuu erityisesti potilaan voinnin seuraamiseen ja ylläpitämiseen sädehoitojakson aikana. *Hoitohenkilökunnalla* puolestaan tarkoitetaan Sädehoito-osaston röntgenhoitajia, sairaanhoitajia ja perushoitajia, jotka osallistuvat sädehoidossa olevien potilaiden hoitotyöhön.

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan asemasta ja oikeuksista säättävän lain (785/1992) 2 § mukaisesti potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja.

Hoitotyön suunnitelmalla tarkoitetaan pääasiassa hoitajan tekemää potilaan hoidon seurantaa, joka sisältää useimmiten alkutilanteen analyysin, koko hoitojakson suunnitelman, päiväkohtaiset suunnitelmat, arviot ja mahdollisen loppuarvion (Eriksson – Koivukoski – Riukka 1999: 27).

Hoitotyön kirjaamisen tarkoituksena on mahdollistaa hoidon joustava eteneminen, tiedon saanti sekä hoidon toteutus, seuranta ja jatkuvuus. Kirjaamisen lähtökohtana ovat potilaan tilasta nousevat hoidolliset ongelmat. Ongelmaa seuraa hoidon suunnittelu, toteutus ja lopulta hoidon vaikuttavuuden seuranta. Osana kirjaamista potilaalle tehdään usein hoitosuunnitelma. (Lauri – Eriksson – Hupli 1998: 94-96.) Tällainen suunnitelma kuuluu osaksi potilaan kirjaamista esimerkiksi polikliinisisillä hoitajaksoilla kuten fraktioidussa ulkoisessa sädehoidossa.

Kirjaamisen tulisi olla systemaattista ja sen tulisi lähteä potilaan hoidon kestosta sekä hoidon ja ongelmien luonteesta. Lauri et al. (1998: 96-97) jakavat hoidon kirjaamisen neljään alatyypin: 1) Tarkkailua vaativiin ja yllättäviin toimenpiteisiin, 2) polikliiniseen hoitoon ja lyhytaikaiseen vuodeosastohoitoon, 3) kasvun ja kehityksen, terveyden ja sairauden seurantaan ja 4) pitkäaikaishoitoon. Ulkoinen sädehoito kuuluu lähinnä alatyypin 2, koska se toteutetaan useimmiten polikliinisesti (lyhyet vuodeosastojaksot mahdollisia) ja se on ennalta suunniteltua. Se on kuitenkin kestoaltaan usein huomattavasti pidempää kuin moni muutamalla polikliinisellä käynnillä tapahtuva hoito. Hoitajaksojen pituudet vaihtelevat tyypillisesti kuuden viikon molemmin puolin. Erityisesti kun kyseessä on näinkin pitkä hoitajakso, on kirjaamisen oltava potilaan hoidon kannalta relevanttia. Lauri et al. (1998: 99) huomauttavatkin, ettei jokapäiväinen kirjaaminen ole pitkäaikaishoidossa tarpeellista, jos potilaan tila ei muutu.

3.1 Sähköinen kirjaaminen

Sädehoito-osastolla hoitotyön kirjaaminen tehdään nykyisellään manuaalisesti paperilomakkeelle. Sähköisessä kirjaamisessa hoitotyön kirjaaminen tapahtuu konkreettisen lomakkeen sijasta tietokoneelle potilastietojärjestelmään varatulle lehdelle. Sinervo – von Fieandt (2005: 26) käsittelevät hoitotyön sähköistä kirjaamista osana jo käytössä olevaa sähköistä potilaskertomusta. Sähköisten potilaskertomusten käyttöönotto helpottaa tiedonsiirtoa organisaatioiden ja yksiköiden välillä. Sähköinen kirjaaminen vaatii kuitenkin muutakin osaamista, kuin tarvittavat tietotekniset taidot. Se edellyttää usein hoitajalta ajattelutavan muuttamista ja jos kirjaamisessa käytetään luokituksia, myös niiden hallintaa. Hoitajan motivaatiota siirtymävaiheessa saattaa vähentää se, että hänen taitotasonsa ja kykynsä tehdä omaa työtään laskee hetkellisesti,

kunnes hän on oppinut tarvittavat taidot. On myös luotava uusia toimintatapoja ja käytäntöjä, koska hoitotietojen sähköiselle kirjaamiselle niitä ei ennestään ole.

Tutkimuksessaan Sinervo – von Fieandt (2005: 30) toteavat, ettei kolmanneksella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista ole edes riittäviä tietoteknisen osaamisen perusvalmiuksia. Ongelmana sähköiseen kirjaamiseen siirtymisessä he tuovat esille myös laitteistojen ja ohjelmistojen saatavuuden. Tämän ei pitäisi olla ongelma Sätehoito-osastolla, koska jokaisella hoitokoneella on käytössä tietokone potilasasiakirjaohjelmien käyttöön ja tuleva mahdollinen kirjaaminen tapahtuisi jo käytössä oleviin järjestelmiin.

Sähköinen kirjaaminen antaa uusia mahdollisuuksia toiminnan tutkimiselle ja seuraamiselle. Tämä kuitenkin edellyttää sitä, että kansalliset suositukset otetaan kaikkialla käyttöön ja niitä noudatetaan. (Hallila 2005: 51.) Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiossa (2004: 18) todetaan sähköisen kertomuksen parantavan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä mahdollistavan toiminnan seuraamisen ja tilastoinnin. Osana kirjaamista käsitellään hoitotyön kirjaaminen nimikkeellä *hoitotyön ydintieto* ja sille asetetaan minimikriteerit. Haukan (2001) mukaan sähköinen kirjaaminen edistää asiakaskeskeisyyttä, terveystalvelujen saatavuutta, tavoitteellisuutta ja taloudellisuutta sekä moniammatillista tiimityöskentelyä ja hoitoketjujen saumattomuutta.

Vuosina 2007-2009 toteutettiin valtakunnallinen HoiData-hanke, jonka projektipäällikkö Taina Jokinen arvioi sitä artikkelissaan *HoiData käynnisti systemaattisen kirjaamisen* (Jokinen 2009). Hankkeen keskeisimpiin tavoitteisiin kuului hoitajien tukeminen ja koulutus uuden hoitotyön systemaattisen kirjaamismallin käyttöönotossa. Uudella kirjaamismallilla on pyritty asiakaslähtöisyyteen, parempaan jäsentelyyn ja eri kirjaamisvaiheisiin on kehitetty luokituksia. Potilaan hoidon ydintiedot on määritelty kansallisesti osa-alueiksi: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus sekä yhteenveto. Hoitotyön tiedot kirjataan jatkossa sähköiseen potilaskertomukseen sekä hoitotyön yhteenvetoon. Sinne siirtyvät siis hoitajien aiemmin tekemät hoitosuunnitelmat ja päivittäiset merkinnät. Uuden kirjaamisen käyttöönotto sujui Jokisen (2009) mukaan hyvin terveysasemia lukuun ottamatta. Ongelmaksi koettiin vanhasta poisoppiminen, eduksi taas hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin parempi jäsentely sekä päällekkäisyyksien

vähentäminen kirjaamisessa. Tulevaisuuden haasteena on oppimisen ja kirjaamiskäytäntöjen jatkuvuuden varmistaminen.

Osastolla käytettävässä potilasasiakirjaohjelma Mirandassa on HOI-välilehti, johon osastonsihteerit merkitsevät tälläkin hetkellä tiedot potilaalle lähetetyistä/annetuista epikriiseistä, lausunnoista ja muista asiakirjoista. Tätä välilehteä käytetään joillain muilla osastoilla hoitotyön kirjaamiseen. Myös hoitokoneilla käytettävässä Aria-järjestelmässä on mahdollisuus päivittäiseen hoidon kirjaamiseen.

3.2 Kirjaamisen lainsäädäntö ja suositukset

Hoitotyön kirjaaminen perustuu lakiin. Keskeisimpiä lakeja ovat Potilasvahinkolaki (585/1986), Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), Henkilötietolaki (523/1999), Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) sekä Hallintolaki (434/2003).

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaan 2001:3 (Sosiaali- ja terveysministeriö: 2001) mukaan potilasasiakirjoissa olevien merkintöjen tulee olla oikein ja riittävän laajoja potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi. Asiakirjojen laatimisessa on noudatettava huolellisuutta potilassuhteen luottamuksellisuuden ja potilaan yksityisyydensuojan takaamiseksi. Samassa oppaassa potilasasiakirjojen tietoja kuvaillaan arkaluonteisiksi ja salassapidettäviksi ja niiden laatimisessa käsketään noudattamaan huolellisuutta ja hyvää tietojenkäsittelytapaa. Merkinnöiltä vaaditaan ymmärrettävyyttä ja virheettömyyttä. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin niiltä osin kuin hän osallistuu potilaan hoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298). Merkinnästä on käytävä ilmi tekijän nimi ja asema. Terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilasasiakirjoihin havaintonsa, arvionsa ja johtopäätöksensä. Merkintöjen pitää olla potilasasiakirjojen käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia, selkeästi ymmärrettäviä ja laajuudeltaan riittäviä valittujen toimintatapojen perustelemiseen.

Potilaalla on oikeus tarkastaa hänestä tehdyt merkinnät ja terveydenhuollon ammattihenkilöllä on Henkilötietolain 28 § 3 momentin mukaisesti velvollisuus hankkia ja antaa potilaalle tiedot asiakirjoissa olevista merkinnöistä. Tämän tulisi tapahtua

mieluiten henkilökohtaisella käynnillä, jolla potilas saa tutustua potilasasiakirjoihinsa ja pyytäessään hänelle annetaan niiden tiedot kirjallisena.

4. AIKAISEMPI TUTKIMUS

Aikaisemmin hoitotyön kirjaaminen on ollut usean ammattikorkeakouluopiskelijan opinnäytetyön aiheena ja ainakin Oulun yliopiston Terveystieteiden laitokselle on kirjoitettu aiheesta pro gradu –työ. Tässä pro gradu –työssä Anna-Maria Tuomikoski (2008) tarkastelee hoitotyön kirjaamisen kehittämistä koulutusintervention avulla. Tutkimuksessa selvitettiin hoitotyön kirjaamisen tasoa ennen ja jälkeen koulutuksen. Tutkimustuloksena Tuomikoski (2008) toteaa sisätautien vuodeosastolle tehdyssä työssä koulutusintervention parantaneen kirjaamisen laatua. Hoitoprosessin mukainen kirjaaminen ei kuitenkaan näkynyt ja kirjaaminen oli laadultaan vaihtelevaa.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on tehty laajaa tutkimusta sädehoidon kehittämiseksi. Jussila et al. (2007) tekivät kehittämissprojektissään hoitoisuusluokitusmittarin sädehoitotyöhön. Kehittämissprojektin aikana kuusi röntgenhoitajista koostuvaa ryhmää tuotti kukin arviointiryhmän kanssa hoitoisuusluokitusmittarin tietyltä alalta induktiivisella sisällönanalyysillä. Osa-alueet olivat: sädehoitojakson suunnitelma ja hoidon osuvuus; sädehoitofraktio ja terveydentila; ravitsemustila ja lääkehoito; ihon ja limakalvojen kunto ja eritystoiminta; toiminnallisuus, vireystila, viestintä ja hoitoasento sekä selviytyminen ja emotionaalinen tuki. Jussila et al. (2007) toteavat kirjaamisen ja luokittelun toimivan näiden osa-alueiden pohjalta ja helpottavan tiedonkulkua röntgenhoitajien ja muiden potilaan hoitoon osallistuvien välillä.

Aiheesta on tehty useampia opinnäytetöitä. Tekijänä on kaikissa käyttöön saaduissa töissä sairaanhoitajaopiskelija. Vaikka nämä tutkimukset voivatkin inspiroida kehitystyön toteuttamisessa, ne eivät yleensä vuodeosastoille mittatilaustöinä tehtyinä sovellu suoraan vertailuun hoitotyön kirjaamiseen sädehoito-osastolla. Loikkanen (2003) on tehnyt oppaan *Kirjaaminen hoitotyössä – Ohjeita hoitotyöntekijöille*, jossa on luotu prosessimalli Joroisten kotihoidon hoitotyön kirjaamista varten. Kotihoidossa ei ollut työn tekohetkellä kirjaamisen minimivaatimuksia. Opas oli tutkimuksen mukaan koettu hyödylliseksi. Vaarala (2005) on työssään *Hoitotyön päivittäinen kirjaaminen*

Raahan terveyskeskuksen vuodeosastolla – Hoitosuunnitelmien arviointi kuvannut ko. osaston hoitotyön kirjaamisen vahvuuksia ja kehittämisalueita. Työssä on deduktiivisella sisällönanalyysillä käyty läpi 50 hoitosuunnitelmaa. Kirjaamisen ongelmiksi todettiin hoitotyön tarpeiden ja tavoitteiden kirjaamisen vähyys sekä kirjaamisen vähäsanaisuus. Tiedon kulkua pelkän kirjallisen tiedon pohjalta pidettiin puutteellisena.

Olisi hyvä, jos Tuomikosken (2008) pro gradu -työn kaltainen kehittämistyö voitaisiin kokonaisuudessaan toteuttaa sädehoidon hoitotyön kirjaamisessa koulutuksineen ja jälkiarvioineineen. Tämä kuitenkin vaatisi laajemman työn kuin opinnäytetyön puitteissa on mahdollista tehdä ja rahoituksen koulutukseen. Jussila et al. (2007) kehittämisprojektin tuloksia voitaisiin hyödyntää tukemassa tässä työssä nousevia kehitysehdotuksia. Loikkasen (2003) työn mukaista kirjaamisohjetta ei ole tarkoitus tehdä, koska sellainen osastolla jo on. Ohjeen päivittäminen tosin voi olla aiheellista.

5. AINEISTO

Aineisto on kerätty HUS:n Syöpätautien klinikan sädehoito-osastolta. Tutkimuksessa on käytetty sädehoitopotilaiden hoitokertomuksen *Päivittäinen hoitosuunnitelma* -lehtiä. Hoitosuunnitelmat ovat potilasasiakirjoja, joten niiden käyttämiseen on haettu tutkimuslupa eettiseltä toimikunnalta (Liite 1).

Tutkimusaineistoksi kerättiin 5 hoitosuunnitelmaa jokaiselta 8 hoitokoneelta, jolloin hoitosuunnitelmien kokonaisotannaksi tuli neljäkymmentä (N=40). Tarkoituksena oli tehdä kvalitatiivinen tutkimus ja ennen kaikkea suuntaa antava kartoitus osaston kirjaamisen tilasta. Kvalitatiiviseen tutkimusotteeseen päädyttiin, koska aineisto hoitosuunnitelma-analyyseineen ja asiantuntijaraateineen on paljolti verbaalista, tutkimuskohde on yksilöitävissä oleva ilmiö ja tutkimusprosessille on tyypillistä aineiston keräämisen, käsittelyn ja analyysin lomittuminen toisiinsa. Aineistolla ei myöskään ole tiettyjä rajoja, vaan se edustaa tutkimuskohteen olennaisia piirteitä. Uusitalo (2001: 79-81) pitää näitä kvalitatiiviseen tutkimukseen soveltuvan tutkimuskohteen tunnusmerkkeinä.

Tutkimuksen aineiston keruuseen valikoituivat seuraavat kriteerit papereiden saatavuuden, käyttökelpoisuuden ja röntgenhoitajan omahoitajaroolin näkyvyyden pohjalta:

1) Potilas on saanut ulkoista sädehoitoa Syöpätautien klinikalla. Potilaan sädehoitajakso on kestänyt vähintään kuukauden ajan eli hoitokertoja on ≥ 20 . Hoitokoneella 6 vaadittavien hoitokertojen määrä oli ≥ 15 , koska pitkiä hoitoja oli halutulla keruujaksolla vähän. Tämän ei kuitenkaan pitäisi vaikuttaa saatuihin tuloksiin.

Sisäisen sädehoidon käynnit ovat kertaluonteisia, eikä hoitajalla ole vastaavaa tehtävää potilaan kunnon seuraajana. Kertafraktion annettavassa hoidossa ei röntgenhoitajan rooli potilaan kunnon seuraajana ja hoitosuunnitelman tekijänä tule esille.

2) Potilas on saanut hoidon viimeisen vuoden aikana.

Materiaalista käy ilmi tämän hetken tilanne.

3) Hoidon päättymisestä on yli 30 vrk tutkimuksen aloitushetkellä.

Potilaat ottavat ensimmäisen 30 vrk aikana tarvittaessa yhteyttä hoitokoneelle, jolloin asiakirjoja voidaan tarvita siellä.

4) Asiakirjat on jo arkistoitu.

Epikriisit ja jatkohoitolähteet yms. on hoidettu, eikä papereihin tule enää lisämerkintöjä.

Potilaita valittiin yhtä paljon (5 kpl) jokaiselta kahdeksalta hoitokoneelta, jotta aineisto olisi kattava, eikä edustaisi vain muutaman hoitajan kirjaamistapaa. Potilaan sairaudella ja hoitomuodolla (kuratiivinen/palliativinen hoito, benigni/maligni sairaus jne.) ei ollut tämän tutkimuksen kannalta merkitystä.

6. AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

Kehittävä työntutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa yksilön toiminta nähdään toimintajärjestelmää muovaavana ja toimintajärjestelmä dynaamisena. Siinä yhdistetään tutkimus, kehitystyö ja koulutus. Työntekijät osallistuvat itse muutokseen. (Engeström 1998: 11-12.) Menetelmä kritisoi perinteisen tutkimuksen tapaa irrottaa yksittäinen työtehtävä kokonaisuudesta, jonka vuoksi sen tekeminen alkaa näyttää tekniseltä suoritukselta, johon ei liity yksilöllisiä tai yhteiskunnallisia muuttujia tai ristiriitoja. Tarkoituksena ei ole kiistää tehtävän teknisen hallitsemisen tärkeyttä, vaan keskittää huomio tapaan, jolla tehtävän hallinta saavutetaan. Yksittäinen suoritus asetetaan toiminnalliseen ja historialliseen kontekstiin. Ei siis keskitytä ainoastaan siihen, miten työntekijä tekee tietyn tehtävän, vaan aloitetaan kysymällä miksi ja missä yhteydessä hän sen tekee. (Engeström 1998: 36-39.)

Tässä työssä hoitotyön kirjaaminen nähdään osana röntgenhoitajan työtä sädehoidossa ja röntgenhoitaja aktiivisena toimijana. Kirjaamista ei siis tarkastella vain lomakkeen täyttämisenä, vaan osana röntgenhoitajan työtehtäviä. Hoitotyön kirjaaminen on yksi osa sädehoitopotilaan hoitoprosessia. Sen tekniseen suorittamiseen vaikuttavat ainakin hoitajan motivaatio, kirjaamisen minimivaatimusten hallinta, hoitajan saama perehdytys kirjaamiseen, hoitajan oma ajankäyttö ja tärkeimpänä toimintaympäristössä omaksuttu kokemusperäinen tapa kirjaamisen suorittamisesta.

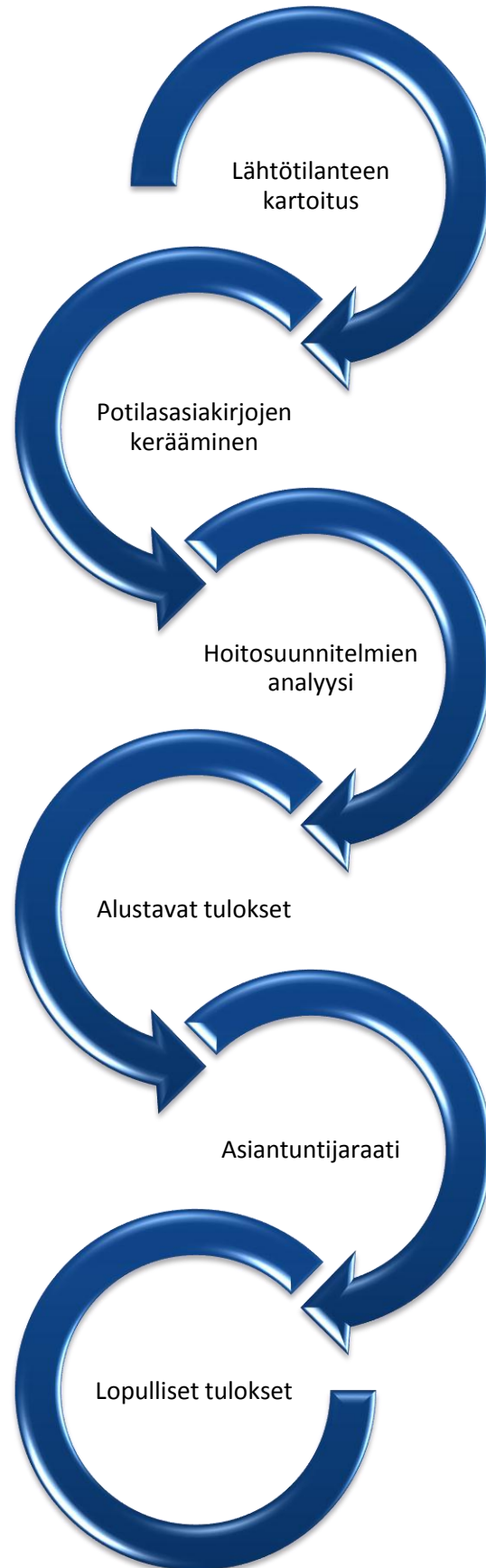
Perinteisissä oppimisteorioissa on oletettu, että opittava asia löytyy valmiina jostain opuksesta tai joltain työntekijältä. Ne eivät sovellukaan oppimisteoriaksi kehittäväälle työntutkimukselle, joka tuottaa uusia toimintamalleja. Engeström (1998) puhuu ekspansiivisesta oppimisesta, joka on luonteeltaan yhteisöllistä ja pitkäkestoista. Tavoite muotoutuu jatkuvasti uudelleen. Ekspansiivinen oppiminen ei ole ennalta määrättyä tai ainutkertaista, eikä se toistu jatkuvasti samanlaisena. Ekspansiivisen oppimisen alkuvaiheessa on kokemuksen kautta opittu toimintamalli, josta poikkeavia toimintamalleja pidetään häiriöinä ja ne sivuutetaan. Kun häiriöt lisääntyvät, toiminnalle aletaan hakea uutta mallia. Lähtöpisteessä on ominaisesti työntekijöiden epämääräinen tyytymättömyys vallitsevaan toimintaan. Tämän työn kohdalla on lähinnä kyse osaston epäjohdonmukaisesta kirjaamiskäytännöstä, hoitohenkilökunnan omasta epätietoisuudesta ja asenteista kirjaamista kohtaan. Seuraavassa vaiheessa ristiriita alkaa

kärjistyä. Tässä kehitystyössä ristiriita lienee alustavien tutkimusten antama kuva kirjaamisen nykytilasta ja sen puutteista sekä tästä johtuva muutostarve. Tilanteen ratkaiseminen ekspansiivisesti edellyttää, että se analysoidaan ja saatetaan käsitteillä hahmotettavaan muotoon. Ristiriidat tunnistetaan ja pyritään etsimään ensimmäinen idea uudennaiselle ratkaisulle vapaan ideoinnin kautta. Tässä otetaan apuun asiantuntijaraati, joka pyrkii hahmottamaan ongelman ja etsimään siihen ratkaisuja. Seuraavaksi on aika hahmottaa uusi motiivi ja muodostaa kokonaan uusi toimintamalli, ei korjattua versiota alkuperäisestä. Toimintamallia haetaan tämän työn kehitysehdotuksilla. Uudet toimintatavat jalkautetaan käytäntöön ensin asiantuntijaraadin jäsenille, jotka pyritään sitouttamaan kirjaamisen kehittämiseen sisältä päin. Muutosvastarintaa syntyy yleensä tässä vaiheessa. Lopulta uusi toimintatapa vakiinnutetaan ja sitä arvioidaan. Tässä vaiheessa uusi toimintatapa siirtyy systemaattiseen käyttöön. (Engeström 1998: 87-92.) Nämä viimeiset kohdat jäävät tulevaisuuden varaan ja niihin yritetään hakea ratkaisuja kehitysehdotuksissa.

Nykytilanteen analysointi tehtiin vertaamalla toisiinsa röntgenhoitajien täyttämiä päivittäisiä hoitosuunnitelmia ja osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteereitä. Hypoteesina oli, etteivät minimikriteerit aina toteudu kirjaamisessa. Osaston hoitotyön minimikriteereitä verrattiin puolestaan Sosiaali- ja terveysministeriön antamaan asetukseen potilasasiakirjoista (2009). Lundgrén-Laineen – Salanterän (2007) mukaan päätöksenteko ja kirjaaminen hoitotyössä ovat kognitiivista toimintaa, joka lähtee potilaan tarpeista ja etenee loogisesti toiminnan suunnittelusta sen arviointiin. Hoitajan päätösten ja toimien tulisi käydä ilmi hoitotyön kirjaamisessa, ja juuri tämän ajatuksen tulisi muuttua teoriasta käytännöksi päivittäisen hoitosuunnitelman kirjaamisessa.

Lähdemateriaaliin tutustumista ja tutkimusta seurasi asiantuntijaraati, jossa pohdittiin yhdessä osaston röntgenhoitajien kanssa osaston hoitotyön kirjaamisen tilaa ja mahdollisia toimia sen laadun parantamiseksi. Verrattuna kaikille suunnattuun kyselylomakkeeseen tällaisella aktivoivalla ja strukturoidulla keskustelulla haluttiin päästä pidemmälle vietyihin ajatuksiin sekä tuoda paremmin esille osaston työntekijöiden omia ideoita ja kokemuksia kirjaamisen ongelmista, jotka eivät välttämättä tule mieleen kyselylomaketta täyttäessä. Motivaatio kyselyiden täyttämiseen ei myöskään aina ole paras mahdollinen ja ne voidaan kokea rasittaviksi, kun taas vapaassa, mutta strukturoidussa asiantuntijaraadissa jokaista osallistujaa ei pakoteta

vastaamaan kaikkiin kysymyksiin ja assosiaatioille annetaan tilaa. Tilanteen toivottiin myös motivoivan raadin jäseniä jatkamaan tämän työn jälkeen hoitotyön kirjaamisen kehittämistä osastolla. Asiantuntijaraadin kokoontumisesta laadittiin pöytäkirja, johon tuotetut ideat kirjattiin. Lopuksi kaikki saatu tieto hoitosuunnitelmista ja asiantuntijaraadista koottiin yhteen ja osastolle laadittiin kehittämissuositukset.



Kuva 1 Kehityksen eteneminen lokakuusta 2009 maaliskuuhun 2010

7. TULOKSET

7.1 Sädehoito-osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit

Osastolle oli tehty vuonna 2007 hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit (Liite 2). Ohje oli jäänyt vain harvojen henkilökunnan jäsenten tiedostoihin, eikä sitä oltu jaettu hoitokoneille tai muille työpisteille tai tarkistettu sen koommin. Ehdotin, että ohje päivitetäisiin ja saatettaisiin hoitohenkilökunnan käyttöön. Ohjeen päivittämiseen osallistuivat AOH Inkeri Heinola, apulaisylifyysikko Päivi Arponen-Esteves sekä tämän työn kirjoittaja röntgenhoitajaopiskelija Jukka Hintsala. Kävin ohjeen läpi STM:n potilasasiakirjoista antaman asetuksen pohjalta ja annoin oman näkemykseni siitä, kuinka yhdenmukainen ohje on sen kanssa sekä ehdotin joitakin selvennyksiä ja lisäyksiä sekä taksonomisia korjauksia. STM:n asetus perustuu potilaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin (785/1992) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettuun lakiin (159/2007). Kirjausohjeen päivittäminen ja jakaminen osaston työpisteisiin oli tämän kehitystyön ensimmäinen kehitysehdotus, joka on siis osastolla jo toteutettu.

Totesin kohdan 1 (Laillisuus-kriteerit) olevan asetuksen pykälien 6 ja 10 mukainen sekä ehdotin 9 § mukaista lisäystä, jossa todetaan terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus potilaskertomuksen ylläpitoon sekä 20 § mukaisesti lisäystä, jonka mukaan virheitä korjattaessa alkuperäisen merkinnän on oltava luettavissa. Kohdan 2 (Yleiset ohjeet) totesin 7 § mukaiseksi ja ehdotin kieliasun muuttamista avaamalla käsitteet: yksiselitteisyys (ehdotukseni: Selkeät ja yksiselitteiset merkinnät), jatkuvuus (ehdotukseni: Kirjataan hoitopolun eri vaiheissa) ja turvallisuus (ehdotukseni: Potilasturvallisuus: tarpeelliset tiedot merkitään riittävän laajasti potilaan hyvän hoidon ja seurannan takaamiseksi). Kohtaan 3 ehdotin 13 § mukaisesti vaatimusta työntekijälle aiheutuvan terveysvaaran ilmenemisestä potilasapereista. Tätä ei kuitenkaan otettu mukaan lopulliseen ohjeeseen. Kohta 4 (Milloin ja missä kirjataan) oli mielestäni asianmukainen. Kohta 5 (Hoitosuunnitelma) oli 12 § ja 15 § mukainen, mutta ehdotin taksonomista yhdenmukaistamista sädehoidon haitoille, joka myös tehtiin. Muut muutokset eivät pohjautu tämän työn kirjoittajan ehdotuksiin.

Korjattu ohje taitettiin viralliseen muotoon, hyväksyttiin OH Anita Karhu-Hämäläisellä ja liitettiin osaksi osaston toimintakäsikirjaa. Uusi päivitetty ohje on päivätty 15.10.2009 ja se oli jaettu hoitajien käyttöön osaston eri työpisteisiin siinä vaiheessa, kun tässä tutkimuksessa käsitellyt hoitosuunnitelmat on tehty (Ensimmäinen tutkimuksen hoitosuunnitelma on päivätty 20.10.2009). Päivitetty ohje on tämän työn liitteenä (Liite 3).

Hoitohenkilökunnan täyttämiä päivittäisiä hoitosuunnitelmalomakkeita analysoitiin laadullisella tutkimusotteella sisällön erittelyn kautta. Tuomen – Sarajärven (2002: 106-107) koonnin mukaisesti sisällön erittelyllä tarkoitetaan tässä työssä sisällön objektiivista, systemaattista ja määrällistä kuvailua. Sisällön erittelyssä hoitosuunnitelmat analysoidaan kuvaamalla kvantitatiivisesti niiden sisältöä. Lähtökohtana on annetun ohjeistuksen ja toteutuneen kirjaamisen suhde. Sisällön erittely vastaa metodina tämän työn tarkoitusta – tehdyn kirjaamisen kuvaamista ja sen nykytilan katsastelua. Aineisto kvantifioitiin analyysia varten tuomaan Tuomen – Sarajärven (2002: 119) mukaisesti erilaista näkökulmaa. Pienen aineiston vuoksi halutaan ainoastaan näyttää suhteita, summittaista yleisyyttä, mutta yhtä alakohtaa tärkeämpänä pidetään kokonaiskuvan saamista kirjaamisen eri osa-alueista. Tästä syystä myös hoitosuunnitelmien analyysi käydään läpi osa-alueittain.

Tutkimuksen osana käytettiin asiantuntijaraatia. Asiantuntijaraadin ote on kuvaileva haastattelu (Janhonen – Nikkonen 2001: 9) ja sen tarkoituksena on tuoda esille hoitotyön kirjaamiseen liittyviä positiivisia ja negatiivisia tunnelatauksia, hoitotyön kirjaamisen kehittämistarpeita ja -mahdollisuuksia sekä kehityksen mahdollisia uhkia. Asiantuntijaraadin otos eli osallistujien määrä oli pienehkö ja perustui vapaaehtoisuuteen, koska tarkoituksena oli ainoastaan saada ideoita uuden kirjaamiskäytännön alkuunsaattamiseksi, eikä kartoittaa röntgenhoitajien suhtautumista hoitotyön kirjaamiseen tilastollisesti luotettavalla tavalla. Kuvailevaan otteeseen liittyen ote asiantuntijaraadissa oli osallistuva, dynaaminen ja induktiivinen. Janhosen – Nikkosen (2001: 25) esittelemää analyysiyksikköä edustaa tässä tutkimuksessa lähinnä *ajatuskokonaisuus* tai *mielipide* kirjaamiseen vaikuttavasta tekijästä, yksittäiset sanat ja sanamuodot katsottaneen redundanteiksi. Ajatuskokonaisuus tai mielipide voi koostua yhdestä tai useammasta lauseesta, jotka kattavat ajatuskokonaisuuden. Analyysin vaiheet ovat: ennakkokäsitysten sulkeistaminen ja aineiston avoin lukeminen,

sisältöalueiden muodostaminen, aineiston jako merkityksen sisältäviin yksiköihin, näiden muuntaminen tutkijan kielelle, näiden liittäminen sisältöalueisiin, sisältöalueittain etenevä kokemusta kuvaavan merkitysverkosto luonti. (Janhonen – Nikkonen 2001: 130-140.)

Hoitosuunnitelmien laadullisessa tutkimuksessa ja asiantuntijaraadin analyysissä käytettiin laadullisen tutkimuksen menetelmän mukaista deduktiivista sisällön analyysiä (Tuomi – Sarajärvi 2002: 116-117). Kehittämisehdotuksissa ja niiden implementoinnissa käytäntöön sitä vastoin tukeudutaan Engeströmin (1998) näkemykseen kehittävästä työn tutkimuksesta.

7.2 Hoitosuunnitelmien analyysi

Tutkimuksen aineisto kerättiin Syöpätautien klinikan sädehoito-osastolla tammikuun lopussa 2010. Tutkimusta varten käytiin läpi 40 potilaan arkistoitavat potilasasiakirjat sädehoitokortteineen. Tutkimuksen aineistoksi kopioitiin henkilötiedot peittäen potilaiden *päivittäinen hoitosuunnitelma -lomakkeet*. Potilaiden hoito oli alkanut 20.10.-23.12.2009 välisenä aikana ja päättynyt aineiston keruuhetkellä. Jos potilaalla oli ollut useita sädehoitajaksoja, on tässä tutkimuksessa arvioitu niistä vain viimeisintä. Lääkärin kirjaukset eivät ole tämän tutkimuksen mielenkiinnon kohteena ja ne on mainittu vain tarkoituksena huomioida, paljonko lääkärit käyttävät samaa lomaketta. Jokaisesta *päivittäinen hoitosuunnitelma -lomakkeesta* laadittiin kuvaileva arvio Sädehoito-osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteereiden pohjalta. Arviot löytyvät liitteenä tämän työn lopusta (Liite 4). Lomakkeiden numerointi on satunnainen ja tarkoitettu vain helpottamaan lukemista. Kuvauksissa kiinnitettiin huomiota laillisuus-kriteereiden toteutumiseen, yleisten ohjeiden noudattamiseen, hoitosuunnitelman laatuun, hoidon jatkuvuuden näkymiseen, konsultaatioiden kirjaamiseen ja hoidon loppuyhteenvetoon sekä siihen kuka kirjaamista on tehnyt sekä yleiseen vaikutelmaan. Tässä muutama esimerkki eri tavoin täytettyjen hoitosuunnitelmalomakkeiden arvioista:

1. Potilaspapereiden välissä on tyhjä hoitosuunnitelmalomake. Ei hoitohenkilökunnan kirjauksia hoidosta.

6. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla, simulaattorissa ja hoitokoneella. Laillisuuskaiteerit täyttyvät joitakin puutteita lukuun ottamatta. Yleisiä ohjeita seurattu tyydyttävästi. Tulotilanne, hoitosuunnitelma ja hoidon lopussa tehtävä kirjaus puuttuvat. Iho-oireet mainittu, mutta hoidollista päätöksentekoa/ohjausta ei ole kirjattu.

13. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla. Laillisuuskaiteerit eivät täyty. Yleisiä ohjeita ei seurattu. Tulotilanteen kirjaus, hoitosuunnitelma ja hoidon lopussa tehtävä kirjaus puuttuvat. Ei merkintöjä potilaan voinnista ja sädehoidon etenemisestä.

17. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu hoitokoneella. Laillisuuskaiteereiden täyttymisessä puutteita. Yleisiä ohjeita ei ole seurattu riittävästi, teksti paikoitellen lähes lukukelvotonta ja virheet korjattu väärin. Tulotilanteen kirjaus tehty. Hoitosuunnitelma tehty. Eritys- ja kipuongelmat mainittu ja hoidolliset ratkaisut näkyvillä. Hoidon jatkuvuuden näkyvyys katkeaa kesken. Hoidon lopussa ei ole tehty kirjausta.

23. Hoitajan kirjaus UPVO:lla. Annettu ohjaus kirjattu. Tulotilanteen kirjaus puuttuu. Varsinaista sädehoitoa ei dokumentoitu millään tavalla.

31. Lääkärin kirjauksia. Hoitajan kirjaus annetuista dokumenteista UPVO:lla. Ei muuta hoitohenkilökunnan tekemää kirjausta.

38. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla (annetut dokumentit) ja hoitokoneella. Laillisuuskaiteerit täyttyvät, joskin joitakin puutteita. Yleisiä ohjeita noudatettu. Tulotilanne kirjattu kohtalaisesti. Hoitosuunnitelma tehty asianmukaisesti, joskin niukka. Ei hoidonaikaista seurantaa, ei kirjausta hoidon loppuessa.

40. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla (annetut dokumentit) sekä hoitokoneella. Laillisuuskaiteerit täyttyvät kohtalaisesti. Yleisiä ohjeita ei noudatettu täysin. Tulotilanne, hoitosuunnitelma ja hoidon lopussa tehtävä kirjaus dokumentoimatta. Potilaan vointia seurattu asianmukaisesti ja hoitotauot kirjattu.

7.2.1 Hoitotyön kirjaamisen minimikriteerien toteutuminen

Sädehoito-osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit ovat ohje sädehoidossa toimivalle hoitohenkilökunnalle. Kirjaamisen minimikriteerit perustuvat Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen potilasasiakirjoista (2009) ja sen 9. pykälään, jonka mukaisesti terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus pitää aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta jokaisesta potilaastaan. Kirjaamisen minimikriteerit on osastolla jaettu 5 alakohtaan: laillisuuskriteereihin, yleisiin ohjeisiin, tulotilanteeseen, kirjaamispisteisiin (milloin ja missä kirjataan) sekä hoitosuunnitelmaan.

Tutkimusaineistona olleista 40 potilasasiakirjoista yhdeksistä ei löytynyt mitään hoitohenkilökunnan tekemää hoitotyön kirjausta, potilasasiakirjoissa oli tyhjä lomake tai lomaketta ei ollut ollenkaan. Annettuja lukumääriä voidaan näin ollen myös verrata arvioitujen hoitosuunnitelmalomakkeiden lukumäärään (N=31). Muiden yhdeksän potilaan kohdalta ei voitu saada mitään tietoa hoitotyön todentamisesta tai kirjaamisesta. Seuraavassa analysoidaan eri osa-alueiden toteutumista tutkimusaineistona olleissa hoitosuunnitelmalomakkeissa.

Laillisuuskriteerit

Osaston minimikriteerien ja STM:n asetuksen 10 § mukaisesti hoitosuunnitelmasta on löydyttävä hoitavan yksikön tunnistetiedot, päivämäärä ja vuosi, potilaan nimi ja henkilötunnus, allergiat, diagnoosi ja hoitosuunnitelman numerointi. Laillisuuskriteerit eivät täyttyneet yhdessäkään tämän tutkimuksen aineistona olleista 40 hoitosuunnitelmalomakkeesta. Niistä 31 potilaasta, joiden hoitosuunnitelmiin hoitohenkilökunta oli tehnyt kirjauksia, yhdeksään oli kirjattu klinikan nimi ja 17:ään osasto. Hoitavan yksikön tunnistetiedot oli merkitty kokonaan oikein yhdeksään hoitosuunnitelmalomakkeeseen. Päivämäärän ja vuoden merkitsemisen kohdalla oli puutteita yhdeksässä hoitosuunnitelmalomakkeessa. Yleisimmin vuosi oli jätetty merkitsemättä tai koko päiväys puuttui. Kahdesta lomakkeesta puuttui potilaan nimi ja henkilötunnus sekä lisäksi yhdestä henkilötunnus. Nämä voisivat periaatteessa olla kenen tahansa potilaan lomakkeita ja ne olisivat täysin käyttökelvottomia erillään muista potilasasiakirjoista. Potilaan allergioita ei ollut mainittu yhdessäkään hoitosuunnitelmassa. Myöskään mainintaa allergioiden tarkistamisesta kommentilla 'ei allergioita' tai vastaavalla ei ollut yhtään kappaletta. Vain 10

hoitosuunnitelmalomakkeesta löytyi potilaan diagnoosi joko diagnoosinumerolla tai sanallisesti ilmaistuna. Muista ei käynyt ilmi miksi potilas oli hoidossa ja mikä oli sädehoidon indikaatio. Hoitosuunnitelmat tulisi numeroida, mutta yhdessäkään hoitosuunnitelmalomakkeessa ei ollut numerointia. Kirjaavan hoitajan tulee allekirjoittaa merkintänsä etunimen alkukirjaimella, koko sukunimellään sekä ammattiasemansa lyhenteellä (RH, SH, PH). Vain 10 hoitosuunnitelmalomakkeesta löytyi edes yksi oikein tehty allekirjoitus. Hoitaja oli 27 tapauksessa allekirjoittanut kirjauksensa virheellisesti muodossa 'X.X' eli etunimen ja sukunimen alkukirjaimilla. Myös ammattiasema puuttui useasta kirjauksesta. Viidessä lomakkeessa oli hoitajan kirjaus täysin allekirjoittamatta. STM:n asetuksen 6 § mukaisesti ohjaajan tulee vahvistaa allekirjoituksellaan opiskelijan tekemä kirjaus. Muutamassa lomakkeessa oli opiskelijoiden kirjauksia, mutta yhtään niistä ei ohjaaja ollut vahvistanut omalla allekirjoituksellaan. STM:n asetuksen 20 § ja minimikriteereiden mukaisesti virheet tulee korjata yliviivaamalla niin, että alkuperäinen kirjaus on luettavissa ja vahvistettava nimikirjoituksella. Aineistossa viiteen hoitosuunnitelmalomakkeeseen oli tehty joku virhe. Näistä kaksi oli korjattu asianmukaisesti, mutta ilman nimikirjoitusta. Kaiken kaikkiaan laillisuuskriteerit täyttyivät heikosti. Puutteita oli runsaasti kaikissa kohdissa.

Yleiset ohjeet

Osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteereiden kohta 'Yleiset ohjeet' on yhdenmukainen STM:n asetuksen 7 § kanssa. Kirjaukset tulee tehdä selkeällä käsialalla, ymmärrettävästi ja asiatyylillä. Kaikki kirjaukset oli tehty asiatyylillä, eikä niissä ollut mitään tyyllistä huomautettavaa. Myös sisällöllisesti ne olivat selkeitä. Kuitenkin 11 kirjauksessa oli käytetty niin epäselvää käsialaa, että jotkin sanat eivät olleet luettavissa. Lyhenteiden on oltava yleisesti ymmärrettyjä, mutta niiden käyttöä tulisi välttää. Kaikkiaan 22 lomakkeessa oli käytetty lyhenteitä, mutta ne olivat kahta vaille yleisesti käytettyjä ja ymmärrettäviä. Suurin ongelma yleisten ohjeiden noudattamisen kohdalla oli hoidon jatkuvuuden näkyminen eli kirjaaminen hoitopolun eri vaiheissa. Vain seitsemässä lomakkeessa tuli jollain tavalla esille hoidon jatkuvuus.

Tulotilanne

Minimikriteereiden kuvaus tulotilanteen kirjauksesta on kaiken kaikkiaan STM:n asetuksen mukainen, mutta siitä puuttuu asetuksen 13 § mukainen huomautus siitä, että

työntekijälle aiheutuvan terveysturvallisuuden tulee ilmetä potilaspapereista. Potilaan diagnoosi ja hoidettava alue tulisi kirjata hoitosuunnitelmalomakkeeseen. Diagnooseista on mainittu jo laillisuuskriteereiden yhteydessä. Vain 12 lomakkeessa on mainittu hoitokohde eli mihin potilas saa sädehoitoa. Aikaisemmat sairaudet, jotka vaikuttavat nykytilanteeseen ja potilaan vointiin sädehoitojakson aikana on mainittu kolmessa hoitosuunnitelmalomakkeessa. Muissa ei ole mainintaa edes sairauksien tarkistamisesta potilaalta. Allergiat tulisi merkitä punaisella kynällä hoitosuunnitelmaan, lisäksi merkitään allergian ilmenemistapa. Yhdenkään potilaan kohdalla ei ole mainittu yhtään allergiaa, eikä papereista löydy myöskään mainintaa allergioiden tarkistamisesta. Yhteystietojen tarkistamisesta tai tiedoksi saaduista muista yhteystiedoista ei ole merkintää yhdenkään potilaan kohdalla. Aisti- ja liikuntarajoitteet on mainittu yhden potilaan kohdalla. Muiden potilaiden hoitosuunnitelmista ei löydy merkintää siitä, ettei niitä olisi. Viidessä hoitosuunnitelmassa on arvioitu lyhyesti potilaan omatoimisuutta ja kotoa saamaa apua ja tukea. Muissa ei ole mitään merkintää. Potilaan toiveet (esim. hoitoaikojen suhteen) on mainittu kolmen potilaan kohdalla.

Milloin ja missä kirjataan

Osaston kirjaamisen minimikriteereiden mukaisesti hoitotyötä tulisi kirjata hoitopolun kaikissa vaiheissa: uusien potilaiden vastaanotolla, simulaattorissa, hoitokoneilla, lääkärin vastaanotolla, sädehoidon lopussa ja silloin kun potilaan voinnissa tapahtuu muutos. Lääkärien kirjauksia vastaanoton yhteydessä löytyi 31 hoitosuunnitelmalomakkeesta. Uusien potilaiden vastaanotolla on tehty kirjaus 19 potilaalle. Kirjaukset ovat kuitenkin hyvin niukkoja sisältäen yleensä vain maininnan annetuista dokumenteista ja toisinaan ohjauksesta. Simulaattorissa kirjaus oli tehty yhden potilaan papereihin. Kenelläkään muulla potilaalla ei ollut mitään tietoa simuloinnin teosta, sujumisesta ja simulaattorissa huomioituista asioista. Sädehoitojakson alussa tehtävä hoitosuunnitelma löytyi jossain muodossa 15 potilaalta. Kaikissa hoitosuunnitelmissa oli puutteita. Pahimmillaan hoitosuunnitelma koostui vain sädehoidon kohteesta ja kokonaisannoksesta. Potilaan voinnissa tapahtuneita muutoksia tai sädehoidon hättävaiikutuksia oli dokumentoitu 12 potilaan kohdalla. Joissakin tapauksissa myös hoidolliset menetelmät joilla ne oli ratkaistu oli kirjattu hyvin. Lähes aina kuitenkin kirjaamisen jatkuvuus on pettänyt, eikä edes hoidon loppuessa ole merkintää tilanteen kehittymisestä ja aiemmin mainitun terveysturvallisuuden tai sädehoidon

haittavaikutuksen poistumisesta tai ratkaisemisesta. Sädehoidon loppuessa tehtävä kirjaus, joka sisältää tiedot jatkohoidosta ja hoitotyön yhteenvedon hoitojakson ajalta näyttää olevan yksi kompastuskivistä. Vain viidellä potilaalla oli jokin maininta hoidon sujumisesta tai jatkohoidosta tahi molemmista.

Hoitosuunnitelma

Hoitotyön kirjaamisen minimikriteereiden viides ja viimeinen kohta käsittelee hoitosuunnitelman tekoa ja ylläpitoa. Se on yhdenmukainen STM:n asetuksen 12 § kanssa, jossa todetaan, että valitut hoitoratkaisut on kirjattava perusteineen, hoidon toteutustapa ja hoidon aikana ilmentyvät erityistä huomiota vaativat asiat ja potilaalle annetut asiakirjat on kirjattava potilaspapereihin. Se on yhdenmukainen myös asetuksen 15 § kanssa, jonka mukaan konsultaatiot ja hoitoneuvottelut tulisi dokumentoida potilasasiakirjoihin. Kirjaamisen minimikriteereiden mukaisesti hoitosuunnitelmasta tulee löytyä sädehoidon kohde, annos ja fraktiointi. Vain 12 potilaan hoitosuunnitelmaan on merkitty hoidettava kohde, joka on kuitenkin perustavanlaatuinen seikka sädehoidossa. Muista hoitosuunnitelmista ei käy ilmi, mihin kohteeseen potilas saa sädehoitoa. Sädehoidon kokonaisannos tai fraktiointi on merkitty 13 hoitosuunnitelmaan. Potilaan lääkehoito tulee ohjeen mukaan merkitä hoitosuunnitelmaan. Lääkehoidolle on jaettu kolmeen alakohtaan: kemosädehoito, hormonihoito ja kipulääkitys. Vain viidestä hoitosuunnitelmasta löytyy merkintä lääkityksestä. Muissa ei ole myöskään merkintää 'ei jatkuvaa/sädehoidon aikaista lääkitystä', joten potilaan saamasta lääkehoidosta ei voida saada varmuutta hoitosuunnitelmasta. Lääkitys on ainakin tässä otoksessa yksi huonoimmin merkityistä kohdista. Lääkärin määräämät tutkimukset ja niiden valmistelut löytyvät yhdestä hoitosuunnitelmasta. Parhaiten hoitajat ovat kirjanneet antamaansa ohjausta. Sädehoidon alussa annettu potilaan/omaisen ohjaus on merkitty 17 hoitosuunnitelmaan. Potilaan vointi ja siinä tapahtuneet muutokset on jaettu kolmeen alakohtaan: ravitseminen, erittäminen ja selviytyminen. Merkintöjä potilaan voinnista tai sen muutoksista löytyy yhdeksän potilaan hoitosuunnitelmasta. Yksikään merkintä ei liity ravitsemukseen. Kahdeksan potilaan kohdalla on otettu kantaa selviytymiseen ja siinä tapahtuneisiin muutoksiin. Kahden potilaan hoitosuunnitelmaan on merkitty erittämisessä ilmenneitä ongelmia. Sädehoidon aiheuttamat haitat ja niiden hoito on jaettu viiteen alaluokkaan: iho-oireet, limakalvo-oireet, GI-kanava ja erittäminen (ripuli, ummetus ja

virtsaamisongelmat), kipu ja neurologiset oireet (pahoinvointi, päänsärky, huimaus). Limakalvo-oireita, neurologisia tai GI-kanavan ja erittämisen ongelmia ei ole mainittu yhdenkään potilaan kohdalla. Kivusta on raportoitu kahden potilaan hoitosuunnitelmassa ja iho-oireista kolmen potilaan hoitosuunnitelmassa. Näihin on myös esitetty hoidollisia ratkaisuja. STM:n asetuksen 15 § mukainen hoitokeskustelujen ja konsultaatioiden kirjaus löytyy vain kahdesta hoitosuunnitelmasta, vaikka hoitosuunnitelmien sisällöstä voi päätellä, että esim. hoitavan lääkärin konsultaatioita on tehty (tai olisi pitänyt tehdä) useamman potilaan kohdalla. Sädehoidon lopussa tulisi tehdä kirjaus, josta käy ilmi jatkohoito. Viiteen hoitosuunnitelmaan on tehty kirjaus hoidon päättyessä ja viidestä käy ilmi jatkohoitopaikka. Hoitotauot ja niiden syyt tulisi dokumentoida potilaan hoitosuunnitelmaan. Kuuden potilaan hoitosuunnitelmaan on merkitty hoitotauko ja sen syy sekä mahdollinen kompensointi. Kuitenkin suurin osa tutkituista potilaista oli hoidossa jouluna 2009, joten tämän määrän voisi olettaa olevan suurempi joulutaukojen ja suunnitelmilla kompensoitujen hoitojen takia. Potilaan hoitokokemusta ei ole arvioitu yhdenkään potilaan kohdalla.

7.3 Asiantuntijaraati

Asiantuntijaraadin käytöllä haluttiin tässä työssä varmentaa asiakirja-analyysistä saatuja tuloksia, vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta ja sitouttaa henkilökuntaa hoitotyön kirjaamiseen ja kehittämiseen sekä jalkauttaa alustavia tuloksia työelämän tietoon.

Asiantuntijaraadin pohjana sovellettiin Delfoi-tekniikkaa. Perinteisen Delfoi-tekniikan ajatus on kerätä tietoja asiantuntijoiden mielipiteistä. Asiantuntijoiden antamat mielipiteet lähetetään heille itselleen uudelleen niin monta kertaa, että voidaan sanoa heidän antaneen yhden yhteisen mielipiteen. Delfoi-tekniikoita yhdistävät seuraavat piirteet: tutkimusta varten koottu asiantuntijaryhmä, asiantuntijat muotoilevat erikseen kantansa, asiantuntijoille välitetään kirjallinen tieto toistensa kannanotoista. Asiantuntijat voivat muuttaa kerran tai useammin kannanottojaan esitetyn aineiston pohjalta. (Kuusi 1993: 135). Tässä työssä Delfoi-tekniikkaa sovellettiin asiantuntijaraadin osalta. Raati koostui hoitotyön kirjaamisen asiantuntijoista, joiksi valikoitui kolme osastolla työskentelevää kirjaamisen kehittämisestä kiinnostunutta röntgenhoitajaa: kirjaamisen vastuuhenkilö sekä kaksi vapaaehtoista. Pitkien Delfoi-

kierrosten sijaan asiantuntijat kokoontuivat yhteen jolloin ”kierrokset” voitiin käydä nopeammin läpi suullisesti.

Kuusi (1993: 138-139) esittää Delfoi-tekniikan eduksi sen kyvyn havaita ihmisen luovia ja tavoitteellisia ratkaisuja, joihin numerotietoon perustuvilla analyysiratkaisuilla ei päästä. Sillä saadaan myös yksittäisten jäsenten havaitsemat heikot signaalit suuremman joukon arvioitavaksi. Se myös ehkäisee arvovalta- ja intressiristiriitoja vaikuttamasta tutkimustuloksiin. Tässä työssä erityisesti Delfoi-tekniikan kyky saada yksittäisten asiantuntijoiden havaitsemat heikot signaalit kuuluviin ja arvioitaviksi voi olla hedelmällistä hoitotyön kirjaamisen kehittämismahdollisuuksien ja uhkatekijöiden kartoittamisessa.

Asiantuntijaraadin kokoontumiselle laadittiin runko (Liite 5), jonka mukaisesti raati kokoontui pohtimaan hoitotyön kirjaamisen kehittämistä osastolla 26.2.2010. Raadin jäsenenä oli kolme röntgenhoitajaa (N=3). Raadissa ilmi tulleet asiantuntijamielipiteet kirjattiin ylös ja analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimusyksikkönä analyysissä oli mielipide/ajatuskokonaisuus. Saatu aineisto karsittiin pelkistetyiksi ilmauksiksi ja ryhmiteltiin ylä- ja alakategorioihin, jotka sitten yhdistettiin kokoavan käsitteen alle. Kokoavaksi käsitteeksi oli ennalta valikoitu *Hoitotyön kirjaaminen sädehoidossa* ja yläkategorioiksi *Kirjaamisen heikkoudet ja uhat*, *Kirjaamisen vahvuudet ja mahdollisuudet* sekä *Kirjaamisen tekninen suorittaminen*. Tällaisen strukturoidun analyysirungon käyttöä tässä työssä perustellaan sillä, että asiantuntijaraadin tarkoituksena on testata ja vahvistaa asiakirja-analyysistä saatuja alustavia tuloksia.

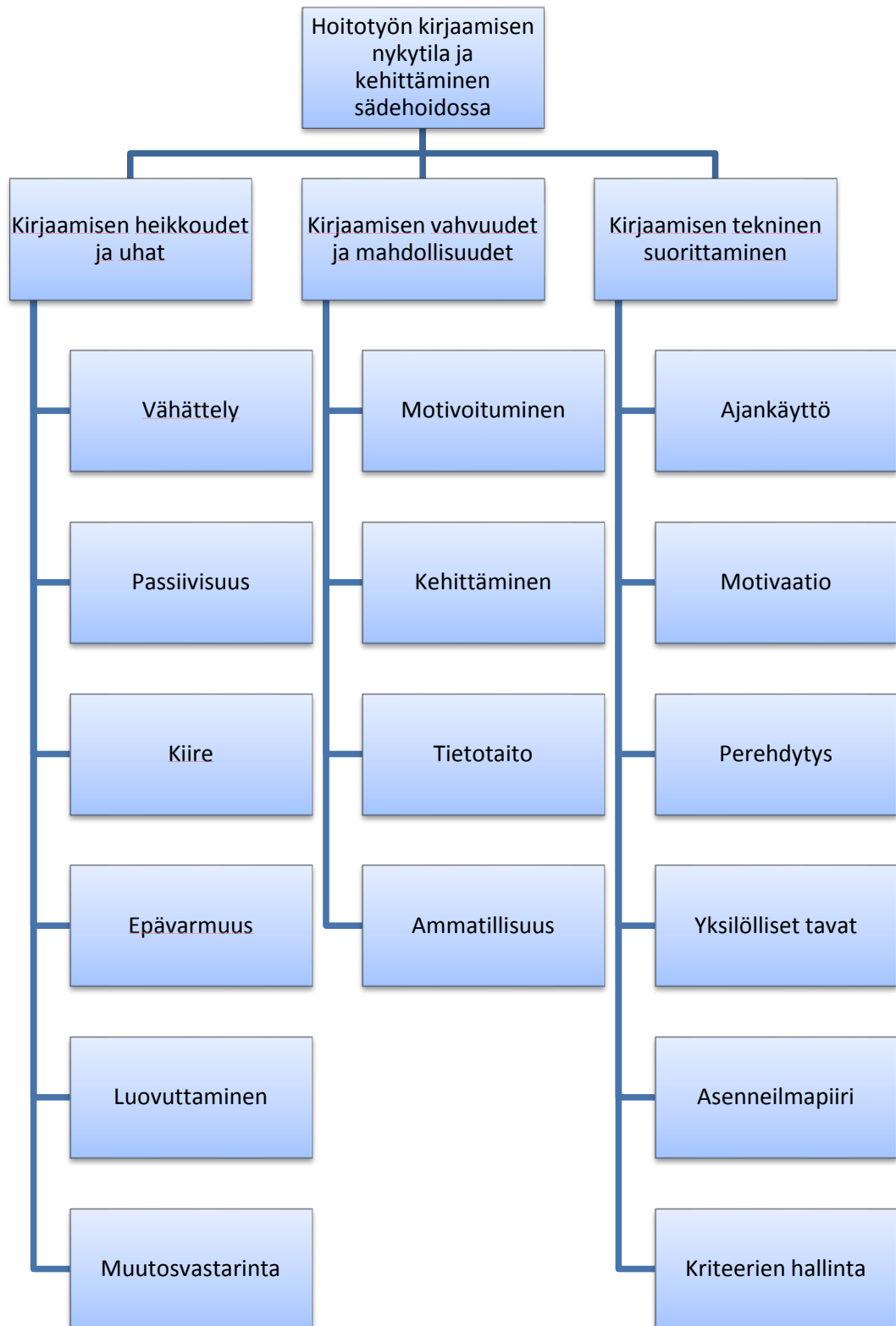
Kirjaamisen heikkoudet ja uhat sisältävät kaikki ne tekijät, jotka vähentävät ja estävät kirjaamista ja sen kehittämistä osastolla. Tällaisiksi sen alakategorioiksi saatiin *vähättely*, *passiivisuus*, *kiire*, *epävarmuus*, *luovuttaminen* ja *muutosvastarinta*. *Vähättely* ilmeni mm. mielipiteinä tarpeettomien tietojen kirjaamisesta ja kaavamaisista kirjauksista, kirjaamisen tarpeesta lyhyiden sädehoitajaksojen aikana sekä luottamuksena potilaan omaan aktiivisuuteen viestinviejänä hoitajalta toiselle. Esimerkkinä jälkimmäisestä raati keskusteli tiedonkulun estymisestä tilanteissa, joissa koneella vieraileva hoitaja ei koe tehtäväkseen kirjata ”vieraiden” potilaiden hoitoa. *Passiivisuus* ilmeni mm. vierailevien hoitajien vähäisenä kirjaamisena, tiedonkulun katkeamisena, kirjaamattomuuden sallimisena perehtyville hoitajille ja palautteen

puutteena. *Kiire* luokiteltiin toisaalta todelliseksi kiireeksi ja toisaalta kiireeseen vetoamiseksi. Raati arvioi, että kiirettä käytetään usein syynä, jonka taakse voi piiloutua, vaikka kaikissa työpisteissä on hiljaisia hetkiä, kunhan hoitaja vain hallitsee oman ajankäyttönsä. *Epävarmuus* näkyi mm. potilaan reaktioiden pelkäämisestä ja kirjaustavan heikkona tuntemuksena. Raadin mukaan osastolla olikin keskusteltu potilaiden reaktioista ja siitä, mitä tulisi kirjata ja mitä ei. *Luovuttaminen* liittyi heikkoon tekniseen osaamiseen, kirjaamisen jatkuvuuden puuttumiseen ja kirjaamatta jättämiseen. Heikot kirjaajat jättävät raatilaisten mukaan herkästi kirjaamisen kokonaan sikseen. *Muutosvastarinta* näkyi kehittämishankkeista luopumisena ja sähköisen kirjaamisen problematisointina. Erityisesti sähköisen kirjaamisen tekniset vaatimukset, käytön monimutkaisuus ja päätteiden riittävyys mietityttivät raadin jäseniä.

Kirjaamisen vahvuudet ja mahdollisuudet ovat tekijöitä, jotka lisäävät kirjaamista osastolla ja luovat kirjaamisen kehittämismahdollisuuksia. Tässä alakategorioiksi valikoituivat *motivoituminen, kehittäminen, tietotaito* ja *ammattillisuus*. Hoitotyön kirjaamisessa hoitajien *motivoitumisen* takana näyttäisi olevan mm. ulkoa tuleva pakko, potilasturvallisuus, tiedonkulun turvaaminen, kirjausten käyttäminen muistin tukena ja tietolähteenä, muiden kirjausaktiivisuus sekä kirjaamisen näkeminen osana röntgenhoitajan työtä sädehoidossa. Raati piti kirjaamista tärkeänä erityisesti hoitokoneilla, joilla hoidetaan ongelmaisia potilaita. *Kehittäminen* liittyi koulutustarpeeseen, haluna pitää kirjaamista esillä ja sähköiseen kirjaamiseen siirtymiseen jo alkavana sopeutumisenä. Ajoittaista kirjaamisesta muistuttamista pidettiin raadissa tärkeänä, kunhan kirjaamista ei aleta valvoa hoitajia käyttämällä. *Tietotaito* liittyy kirjaamisen lainsäädännöllisen perustan tuntemiseen, asiatyylin hallintaan ja ohjaukseen. *Ammattillisuus* näkyy aineistossa potilaasta huolehtimisena ja hoitosuunnitelman merkityksen ymmärtämisenä dokumenttina annetusta hoidosta ja tehdystä työstä.

Kirjaamisen teknisen suorittamisen alle on koottu ne tekijät, jotka vaikuttavat yksittäisen terveydenhuollon ammattihenkilön tekemään kirjaamiseen. Käsitteen alakategorioiksi valikoituivat *ajankäyttö, motivaatio, perehdytys, yksilölliset tavat, asenneilmapiiri* ja *kriteerien hallinta*. *Ajankäyttö* liittyy hoitajan oman työn järjestelyn lisäksi hoitajan luonteeseen ja kykyyn järjestää omaa työtään. Raadin jäsenet ihmettelivät, miten yksi hoitaja ehtii kirjata kaiken tarkasti ja toinen ei. *Motivaatioon*

vaikuttaa hoitajan käsitys kirjaamisen tarpeellisuudesta, potilaan ongelma ja vointi. *Perehdytys* tai sen puute näkyy hoitajan valmiuksina dokumentoida hoitoa ja orientoitumisena siihen. *Yksilölliset tavat* ovat yksittäisten hoitajien omaksumia, monesti malliopittuja, tapoja suorittaa kirjaamista. *Asenneilmapiiri* vaikuttaa siihen, uskalletaanko kirjaamisesta huomauttaa muille ja kuinka aktiivista kirjaaminen on. *Kriteerien hallinnalla* viitataan tässä hoitotyön kirjaamisen minimikriteereiden hallitsemiseen ja taitoon soveltaa niitä käytännön työhön. Minimikriteerit eivät raadin mukaan olleet mahdollisesti riittävästi esillä, eikä niitä oltu selitetty ja perusteltu hoitajille ja niiden vaatimukset tuntuivat osittain turhilta ja mahdottomilta toteuttaa.



Kuva 2 Asiantuntijaraadin sisällön analyysi

8. TULOSTEN KÄSITTELY JA KEHITYSEHDOTUKSET

8.1 Johtopäätökset

Tämä kehittämistyö antoi tietoa hoitohenkilökunnan tekemästä hoitotyön kirjaamisesta HUS:n Syöpätautien klinikan Sädehoito-osastolla. Hoitotyön kirjaamisen nykykäytäntö saatiin kartoitettua osastolla tavoitteiden mukaisesti asiakirja-analyysin ja asiantuntijaraadin ja sen analyysin kautta. Tällä työllä saatiin selville kirjaamisen kompastuskiviä ja kehittämismahdollisuuksia. Lauri et al. (1998) mukaisesti kirjaaminen perustui potilaiden hoidon ja ongelmien luonteeseen ainakin ohjeiden osalta. Ohjeet olivat myös linjassa STM:n asetuksen kanssa. Itse kirjaaminen ei ollut systemaattista. Hoitotyön kirjaamista ei oltu tehty kaikissa työpisteissä kenenkään potilaan kohdalla. Vähiten kirjauksia oli tehty simulaattorissa ja hoidon päättyessä. Kirjaamisen kompastuskiviä näyttävät olevan hoitosuunnitelmalomakkeiden oikeellinen täyttö, hoitosuunnitelmien sisältö sekä hoidon jatkuvuuden ja hoidollisen päätöksenteon näkyvyys. Tutkimustulokset vastasivat hypoteesia siitä, etteivät kirjaamisen minimikriteerit aina toteudu. Asiantuntijaraadin näkemykset vahvistivat saatuja tuloksia.

8.2 Pohdinta

Osaston kirjaamisen minimikriteerit eivät olleet kaikilta osin täysin selkeät, mutta kriteerit päivitettiin paremmin suosituksia vastaaviksi ja jaettiin osastolle, jolloin ne olivat käytettävissä tässä työssä analysoitujen hoitosuunnitelmien tekohetkellä. Päivittäisten hoitosuunnitelmien (N=40) asiakirja-analyysin pohjalta kirjaaminen näyttäytyy yleisesti ottaen melko passiivisena ja vähäisenä, eikä se juurikaan vastaa osaston kirjaamiskriteereitä. Tulokset olivat hyvin yhdenmukaisia Vaaralan (2005) opinnäytetyön kanssa: Hoitotyön tarpeita ja tavoitteita oli kirjattu vähäisesti, kirjaaminen oli ylipäänsä vähäsanaista ja tiedonkulkua pelkän kirjallisen tiedon varassa voidaan pitää puutteellisena. Asiakirja-analyysin tuloksia tarkasteltiin kolmen röntgenhoitajan (N=3) asiantuntijaraadissa tulosten arvioimiseksi ja varmistamiseksi. Asiantuntijaraati oli hämmästynyt kirjaamisen heikosta tasosta varsinkin, kun kirjaamisesta oli puhuttu osastolla ja tästä kehitystyöstä sekä kirjaamisohjeen päivittämisestä oli mainittu ennen asiakirjojen keruun aloittamista. Raati ei kuitenkaan

kiistänyt, etteivätkö asiakirja-analyysin tulokset vastaisi todellisuutta. Sisällönanalyysiä käyttämällä saatiin asiantuntijaraadilta kirjaamisen heikkouksiksi ja uhiksi vähättely, passiivisuus, kiire, epävarmuus, luovuttaminen ja muutosvastarinta. Vahvuuksiksi ja mahdollisuuksiksi muotoutuivat motivoituminen, kehittäminen, tietotaito ja ammatillisuus. Kirjaamisen tekniseen suorittamiseen vaikuttaviksi tekijöiksi vahvistuivat ajankäyttö, motivaatio, perehdytys, yksilölliset tavat, asenneilmapiiri ja minimikriteereiden hallinta.

Kirjaamisen minimikriteerit eivät täytyneet millään osa-alueella. Laillisuuskriteerit täytyivät heikosti: kirjauksen oikeellinen allekirjoittaminen, hoitosuunnitelmien numerointi ja diagnoosin sekä allergioiden merkitseminen oli puutteellista. Kirjaamisen yleisiä ohjeita oli sen sijaan noudatettu hyvin, poikkeuksena hoidon jatkuvuuden näkyvyys vain muutamassa hoitosuunnitelmassa sekä paikoittainen huono käsiala. Useat näistä ongelmista poistunevat kuitenkin sähköiseen kirjaamiseen siirryttäessä automaattisten muotoilujen avulla ja käsin kirjoituksen jäädessä pois. Asiantuntijaraati yllättyi puhekielisyksien ja asiatyylisiä poikkeavien kirjausten puuttumisesta. Asia oli ollut esillä osastolla, mikä osaltaan viittaisi siihen, että kirjaamisen taso tältä osin olisi jo parantunut. Tulotilanteen kirjauksissa nousi esille hoitokohteen, omatoimisuuden ja avuntarpeiden kirjaamisen puuttuminen sekä se, että yhteystietojen tarkistamisesta ei ollut mainintaa yhdenkään potilaan kohdalla. Asiantuntijaraati huomautti joidenkin lääkäreiden kirjaavan varsin passiivisesti, mikä hankaloittaa hoitajien kirjauksia ja tiedonhakua. Kaikki kirjauksiin tarvittavat tiedot eivät myöskään aina ole saatavilla potilaan tullessa hoitoon. Tämän asiakirja-analyysin aineistossa lääkärit olivat suhteessa kirjanneet useamman potilaan kohdalla kuin hoitohenkilökunta. Raati pohti yhteystietojen tarkistamisen kirjaamisen tärkeyttä ja mielekkyyttä, kun hoitajan käytössä on kuitenkin henkilötietolomake ja sähköinen potilastietojärjestelmä. Uutta kirjaamistapaa muodostettaessa olisikin hyvä harkita kuinka relevantti kirjausvaatimus tämä on. Kirjauksia potilaan voinnista ja omatoimisuudesta pidettiin arvokkaina, mutta valitettavan harvinaisina.

Työpisteistä eniten kirjauksia oli tehty uusien potilaiden vastaanotolla, kun taas simuloinnissa tehtyjä kirjauksia osui aineistoon yksi ainoa. Negatiivisesti erottui myös hoidon lopussa tehtävä kirjaaminen, joka oli tehty vain muutaman potilaan kohdalla. Kirjauksia uusien potilaiden vastaanotolla pidettiin raadissa suurelta osin kaavamaisina,

eikä jokaisen asian aukikirjoittamista nähty tarpeellisena. Lieneekin järkevää, että käytetään osastolla tunnettuja käsitteitä potilaan tulevasta hoidosta, mikä lyhentää ja nopeuttaa kirjaamista. Varjoainetehosteisten simulointikuvausten kirjaamisen puuttumista hämmästeltiin koska sitä pidettiin ensiarvoisen tärkeänä kirjauskohteena. Raati myös korosti lyhyenkin kommentin olevan parempi kuin täydellisen kirjaamatta jättämisen. Hoitokoneella tehtävät hoitosuunnitelmat olivat niukkoja: konsultaatiot ja potilaiden lääkehoidot eivät näkyneet hoitosuunnitelmissa, hoidon aikaisia voinnin muutoksia tai sädehoidon haittoja oli arvioitu vähäisesti – limakalvo-oireita, neurologisia tai GI-kanavan/erittämisen ongelmia ei oltu mainittu yhdessäkään suunnitelmassa. Sen sijaan hoitohenkilökunta oli dokumentoinut ahkerasti antamaansa ohjausta. Asiantuntijaraati yllättyi ravitsemukseen liittyvien ongelmien puuttumisesta. Tämä selittynee otoksen pienuudella ja sattumalla. Myös raadin yleisimpinä pitämien haittavaikutusten — iho-oireiden, kivun ja virtsaamisongelmien — vähäinen kirjaaminen herätti ihmetystä. Raati piti kuitenkin mahdollisena, että kirjaamispassiivisuus ja pieni otos vaikuttivat tähänkin tulokseen. Psykkisten ongelmien kirjaaminen ja kirjaamatta jättäminen puhututti raatia. Lienee asiallista mainita, että STM:n asetuksen (Asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009) mukaisesti terveydenhuollon ammattihenkilön kuuluu kirjata havaintonsa, arvionsa ja johtopäätöksensä. Hoitajan tulisi siis ainakin tässä valossa kirjata totuudenmukaisesti omat havaintonsa, vaikka pelkäisikin potilaan suhtautumista kirjauksiin.

Asiantuntijaraadin kautta kirjaamisen uhkia ja mahdollisuuksia tarkasteltaessa voidaan nähdä yhteys Engeströmin (1998: 87-92) käsittelemään ekspansiiviseen oppimiseen. Työyhteisössä on vallalla kunkin työntekijän kokemuksen kautta oppima toimintamalli, joka on alettu kokea huonoksi. Syynä tähän vaikuttaisi olevan aiemmin saatu opetus sekä ristiriita nykyisen toimintakulttuurin ja tiedostetun tarpeen ja veloitteen välillä. Tilanteen ratkaisemiseksi Engeströmin teorian mukaan ekspansiivisesti se on analysoitu ja käsitteellistetty asiantuntijaraadin analyysin ja asiakirja-analyysin kautta. Ristiriidat ohjeistuksen ja käytännön välillä ovat tunnistettavissa. Lisäksi tämän työn avulla on löydetty monta heikkoa kohtaa, joihin puuttumalla kirjaamista voidaan parantaa. Kyse on huomattavasti laajemmasta ongelmasta ammatinkuvan hahmottamisessa kuin yksittäisten henkilöiden asenteista. Uusi toimintamalli kirjaamiselle voitaisiin hakea tulevan sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen ja siihen liittyvien kokousten ja koulutusten yhteydessä. Tämä olisi mitä otollisin hetki luoda uusi toimintatapa osastolle.

Pohjustavaa työtä tälle on tehty jo tämän kehitystyön kautta aktivoimalla kirjaamisesta käytävää keskustelua ja tarkastelemalla kirjaamisen nykytilaa asiantuntijaraadin kautta. Asiantuntijaraadista saaduista tuloksista voi päätellä, että ammatillisuus, tietotaito ja motivoituminen ovat vahvuuksia, joiden pohjalta kirjaamista voidaan kehittää ja joiden tukemiseen tulisi kohdentaa voimavaroja. Kirjaaminen olisi saatava paremmin osaksi röntgenhoitajan ammatinkuvaa, mikä vahvistaisi kirjaamisen yleistä asemaa. Ohjaus ja koulutus vahvistavat tietotaitoa ja yhdessä kirjaamismyönteisen ilmapiirin kanssa edistävät kirjaamiseen motivoitumista. Jo nämä keinot itsessään purenevat useimpiin asiantuntijaraadin kautta löydettyihin uhkiin: vähättelyyn, passiivisuuteen, luovuttamiseen, kiireeseen vetoamiseen ja epävarmuuteen. Muutosvastarintaa ehkäisisi ekspanstiivinen kirjaamiseen oppiminen, yhteiset päätökset ja hyvät käytännön ratkaisut, jotka helpottavat hoitohenkilökunnan työtä. Käytännön puitteiden merkitystä ei tulisi missään tapauksessa aliarvioida — vaikka asenteet olisivat kunnossa, jää kirjaus tekemättä, jos ohjelma on jumissa, tietokone varattu tai aikataulu ei kestä minuutinkaan viivettä.

Tämän työn kautta saadaan suuntaa-antavaa tietoa siitä, mikä hoitotyön kirjaamisen tila Sädehoito-osastolla on tällä hetkellä. Työn kautta on myös löydetty seikkoja, joilla kirjaamista voidaan parantaa niin yleisesti kuin tällä kyseisellä osastolla. Tämän työn tekijänä olen saanut runsaasti tietoa hoitotyön kirjaamisesta ja kehittynyt siinä itse. Olen myös harjaantunut työelämän kehittämiseen tähtäävässä työssä. Olen myös huomannut, kuinka jo sitoutettujen hoitajien aktiivisempi kirjaaminen on helpottanut omaa työtäni Sädehoito-osastolla jo tämän työn teon aikana. Tämän kehitystyön kautta on saatu aktivoitua ainakin pieni ryhmä osaston röntgenhoitajia, joiden esimerkin toivotaan leviävän myös muille hoitajille. Lisäksi röntgenhoitajia pyritään sitouttamaan seuraavien kehitysehdotusten kautta.

8.3 Työn eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa käytettiin HUS:n potilastietoja ja niiden käyttö edellyttää HUS-kuntayhtymän potilasrekisterin tietosuojaohjeen (Pysyväisohje 7/2009) mukaisesti viranomaisen myöntämän luvan, vaikka tutkimuksessa käytettiin vain HUS:n omia asiakirjoja (JulKL 28 §, PotL 13 § 4 mom.). Kun tutkimus koskee HYKS-sairaanhoitoaluetta, luvan myöntää tulosyksikön johtaja. Tutkimusta varten haettiin

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä tutkimuslupa sekä oikeutta tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista. Tutkimuslupa myönnettiin 18.11.2009 (Liite 1).

Käytettäessä potilaiden henkilökohtaisia arkaluontoisia asiakirjoja aineistona on tärkeää, että toiminta on eettisesti oikeellista. Tutkimusaineiston valintaan ei saa vaikuttaa muut kuin tässä määritellyt seikat eikä potilaiden henkilöllisyys saa tulla ilmi tutkimusaineistosta. Tämä kierrettiin numeroimalla hoitosuunnitelmalomakkeet sattumanvaraisesti ja käyttämällä näitä nimien sijaan. Jos hoitosuunnitelmassa oli tietoja, joiden perusteella potilas voitaisiin tunnistaa tai esimerkiksi puhelinnumeroita tai muita henkilötietoja, korvattiin nämä x-sarjoilla ja nimien sijaan käytettiin merkintää ”n.n”. Koska hyvän kirjaamiskäytännön kannalta on merkittävää, onko merkinnän tehnyt hoitohenkilökunnan jäsen käyttänyt nimikirjaimiaan vai koko sukunimeään, käytettiin jälkimmäisestä merkintää ”n.sukunimi”. Kenenkään potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen tietoon ei saatettu, onko hän esiintynyt tutkimusaineistossa. Hoitohenkilökunnalle tiedotettiin tämän kehitystyön aloittamisesta osaston aamuraportin yhteydessä.

Tämä työ on kohdennettu hyvin tarkasti juuri tälle osastolle, eikä sen tuloksia voida suoraan hyödyntää muilla osastoilla tai yleistää saatuja tuloksia muualle. Tutkimusaineiston luotettavuus riippuu paljolti siitä, kuinka paljon saturaatiota siinä näkyy. Sattumalla on mahdollisesti vaikutusta pienen tutkimusotoksen vuoksi, mikä tuleenkin ottaa huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Tästä syystä pidättäytytäänkin johtopäätösten teosta pelkän kvantitatiivisen tarkastelun pohjalta.

8.4 Kehitysehdotukset

Röntgenhoitajien yleisen kirjausvalmiuden edistämiseksi ehdotetaan, että kirjaamista käsiteltäisiin röntgenhoitajakoulutuksessa laajemmin ainakin sädehoidon opetuksessa. Luokkahuoneopetuksessa voitaisiin käydä läpi kirjaamisen lainsäädännöllinen perusta ja käytännön kirjaamistavat. Käytännön harjoittelujaksolla opiskelijat voisivat perehtyä harjoittelupaikkansa minimikriteereihin ja laatia potilaan hoitosuunnitelman sen pohjalta.

Minimikriteereiden päivittäminen ja siirtäminen osaksi osaston toimintakäsikirjaa sekä jakaminen työpisteisiin oli tämän kehitystyön ensimmäinen kehitysehdotus, joka on jo toteutettu osastolla. Sädehoito-osastolle ehdotetaan, että kirjaamisen minimikriteereistä järjestettäisiin osastokokous, jossa ohjattaisiin minimikriteereiden soveltamisessa sekä arvioitaisiin osaston kirjausohjetta koko työyhteisön kesken. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kehittämissuunnitelman (Jussila et al. 2007) tuloksia voitaisiin hyödyntää ainakin hoitoisuusluokituksen osalta ja kirjaamisohjetta, -tapaa ja -lomakettakin voitaisiin kehittää projektissa tuotetun luokituksen pohjalta. Myös jatkuvalla kirjaamisen esilläpidolla koulutustuokioiden ja muistutusten muodossa lienee tarvetta. Ongelmalliseksi ja epäselväksi luonnehdittu lomake kannattaisi uudistaa paremmin todellista kirjaamista ja sädehoidon vaatimuksia vastaavaksi. Hoitotyön kirjaaminen olisi hyvä ottaa osaksi uusien työntekijöiden perehdytystä, jotta uusi hoitaja omaksuisi hyvän kirjaamiskäytännön alusta alkaen. Tämä yhdessä kirjaamista käsittelevien osastokokousten, yhdessä tehtyjen ohjeiden ja koulutuksen kanssa sitouttaisi hoitohenkilökunnan tehokkaammin kirjaamiseen. HoiData -hankkeen (2009) kaltainen sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen on osastolla edessä lähitulevaisuudessa. Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen tulisi kuitenkin suunnitella huolella, jotta se todella helpottaisi hoitohenkilökunnan työtä, eikä lisäisi sitä.

Lopuksi ehdotetaan, että tämä aihe otettaisiin myöhemmin esille toisen opinnäytetyön kautta sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen jälkeen. Työssä voitaisiin tämän työn kaltaisesti sisällönanalyysiä käyttämällä arvioida hoitosuunnitelmien kautta kirjaamisen tilaa osastolla ja tutkia, onko siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen, koulutus ja kehitystyö parantanut sitä.

LÄHTEET

- Engeström, Yrjö 1998: Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia, haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Annettu Helsingissä 1.12.1989.
- Eriksson, Tina – Koivukoski, Sirpa – Riukka, Nina 1999: Ajatuksia hoitotyön kirjaamisesta. Sairaanhoitaja 6/1999, vol 72.
- Hallila, Liisa (toim.) 2005: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi
- Hallintolaki 434/2003. Annettu Helsingissä 6.6.2003.
- Haukka, Ulla-Maija 2001: Näkökulmia hoitotyöhön. Hoitotiede 1999-2000. Turku: Pro Nursing ry.
- Heinola, Inkeri – Hujanen, Marja 2002: Potilaan polku sädehoito-osastolla. Ohje hoitajille. Kehittämistehtävä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Henkilötietolaki 523/1999. Annettu Helsingissä 22.4.1999.
- Hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Ammattikorkeakoulu Metropolia. 2009. (<http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php?ctyyppi=1&c=698&clang=fi>). Luettu 15.10.2009.
- HUS-kuntayhtymän potilasrekisterin tietosuojaohje; pysyväisohje 7/2009. Hyväksytty toimitusjohtajan päätöksellä 13.10.2009 § 164. HUS-intranet: http://intra.hus.fi/content.aspx?path=1,14_6018,149993,150028,205485,224988. Luettu 4.11.2009.
- Iivanainen, Ansa – Jauhiainen, Mari – Korkiakoski, Lahja 1995: Hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Jokinen, Taina 2009: HoiData käynnisti hoitotyön systemaattisen kirjaamisen. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstölehti Terveiset 3/2009. 29. vuosikerta. Helsinki: Painotalo Auranen Oy.
- Jussila, Aino-Liisa – Karvali, Minna – Lavander, Päivi – Paloste, Raija – Parkkonen, Tuija – Ryttilahti, Mervi 2007: Hoitoisuusluokitusmittari sädehoitotyöhön. Sädehoi-kehittämisprojektin loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja No 2/2007. OYS. Oulu.

Kangas, Anne. 2009. Lehtori. Helsinki. Suullinen tiedonanto 23.10.

Kuusi, Osmo. 1993: Delfoi-tekniikka tulevaisuuden tekemisen välineenä. Teoksessa Vapaavuori, M. (toim.) 1993: Miten tutkimme tulevaisuutta? Tulevaisuuden tutkimuksen seura, Acta Futura Fennica no 5. Painatuskeskus, Helsinki. 132-140.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Annettu Helsingissä 9.2.2007.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999. Annettu Helsingissä 21.5.1999.

Lauri, Sinikka – Eriksson, Elina – Hupli, Maija 1998: Hoidollinen päätöksenteko. 1. painos. WSOY. Juva.

Loikkanen, Riikka 2003: Kirjaaminen hoitotyössä – ohjeita hoitotyöntekijöille. Diakonia-Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö: Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma. Pieksämäki.

Lundgrén-Laine, Heljä – Salanterä, Sanna 2007: Hoitotyön päätöksenteko – muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi. Kirjassa: Hopia, Hanna – Koponen, Leena (toim.) 2007: Hoitotyön vuosikirja 200: Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoidtajaliitto. Jyväskylä: Gummerus

Potilasvahinkolaki 585/1986. Annettu Helsingissä 25.7.1986.

Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelman opetussuunnitelma. Ammattikorkeakoulu Metropolia. 2009. (<http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php?lang=&ctyyppi=1&c=604&clang=fi>). Luettu 15.10.2009.

Sinervo, Leini – von Fieandt, Noora 2005: Tietotekniikka sosiaali- ja terveysalan osaamisen kehittämisessä. Stakes: Aiheita 2/2005. Helsinki.

Sosiaali- terveysministeriö 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen: Opas terveydenhuollon henkilöstölle. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2001:3. Helsinki. (<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/opas.htm#1>). Luettu 5.10.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298

- Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18 STM. Helsinki.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomikoski, Anna-Maria 2008: Hoitotyönkirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Pro gradu –tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Oulu yliopisto. Oulu.
- Uusitalo, Hannu 2001: Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. 7. painos. Helsinki: WSOY.
- Vaarala, Sirkka 2005: Hoitotyön päivittäinen kirjaaminen Raahen terveyskeskuksen vuodeosastolla – Hoitosuunnitelmien arviointi. Diakonia-Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö: Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma. Oulun yksikkö.

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa 18.11.2009
- Liite 2. Sädehoito-osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit 31.10.2007
- Liite 3. Sädehoito-osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit 15.10.2009
- Liite 4. Päivittäinen hoitosuunnitelma -lomakkeiden kuvailevat arviot.
- Liite 5. Hoitotyön kirjaamisen asiantuntijaraadin runko.

Hakija Röntgenhoitajaopiskelija Jukka Hintsala
Syöpätautien klinikka, sädehoito-osasto ja Metropolia

Esittelijä Johtava ylihoitaja Ulla Eriksson

Asia TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN OPINNÄYTETYÖLLE 'HOITOTYÖN
KIRJAAMINEN SÄDEHOIDOSSA'
RÖNTGENHOITAJAOPISKELIJA JUKKA HINTSALA
TUTKIMUKSEN VASTUUHENKILÖ OSASTON RYHMÄPÄÄLLIKKÖ
MARITA KALTEA, SYÖPÄTAUTIEN KLINIKKA

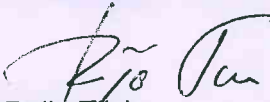
Perustelut Tämän opinnäytetyön tarkoituksen on selvittää sädehoidossa olevien
potilaiden hoitotyön kirjaamista päivittäisistä hoitosuunnitelmista syöpätautien
klinikan sädehoito-osastolla. Tutkimus on potilasasiakirjatutkimus, jossa
hoitosuunnitelmia (n=40) analysoidaan ja verrataan sädehoito-osaston omiin
sekä kansallisiin suosituksiin.

Opinnäytetyön ohjaajat ovat Anne Kangas ja Antti Niemi Metropolista ja
HUSin vastuuhenkilö ORP Marita Kaltea Syöpätautien klinikasta

Päätös Edellä olevan mukaan päätän myöntää rh-opiskejia Jukka Hintsalan
opinnäytetyölle tutkimusluvan 30.4.2010 saakka

Sovelletut oikeusohjeet HUS Yleiskirje 22/2000
Henkilötietolaki (523/1999)
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Päätösvallan peruste Hallintosääntö 20 §, Tulosityksikön johtajan päätösvallan siirto §85/2009


Reijo Tiihinen
HYKS Med ty, ylilääkäri, tutkimus ja opetus

Tiedoksi Jukka Hintsala
ORP Marita Kaltea
Johtava ylihoitaja Ulla Eriksson

Lähetetty tiedoksi 21/11 2009

Lisätietoja antaa osastonhoitaja Marita Repo, p. 47173293, 050-4270680

Sädehoito-osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit

1. Laillisuuskriteerit

- Oikeudellisuus
- Jokaisessa hoitosuunnitelmassa on hoitavan yksikön tunnistustiedot, päivämäärä ja vuosi, potilaan nimi ja henkilötunnus, allergiat, diagnoosi ja hoitosuunnitelman numerointi
- Hoitosuunnitelmassa on hoitajan allekirjoitus (etunimen alkukirjain, sukunimi kokonaan, ammattiasema lyhennettynä.)
- Ohjaaja vahvistaa nimikirjoituksellaan opiskelijan kirjaamisen
- Virheet korjataan yliviivaamalla ja korjaus vahvistetaan omalla nimikirjoituksella

2. Yleiset ohjeet

- Selkeä käsiala, sisältö ja asiatyyli
- Lyhenteet yleisesti ymmärrettyjä, mutta mielellään ei käytetä lyhenteitä
- Yksiselitteisyys
- Jatkuvuus
- Turvallisuus

3. Tulotilanne

- Diagnoosi ja hoidettava alue
- Aikaisemmat sairaudet, joilla on merkitystä nykytilanteeseen
- Allergiat (merkitään punaisella) ja miten allergia ilmenee
- Tarkista yhteystiedot
- Aisti- ja liikuntarajoitteet
- Omatoimisuus, kotoa saatava apu/tuki
- Potilaan toiveet (esim. hoitoaikojen suhteen)

4. Milloin ja missä kirjataan

- Uusien potilaiden vastaanotolla
- Simulaattoreissa ja hoitokoneilla
- Sädehoitojakson alussa
- Kun potilaan voinnissa tapahtuu muutos
- Lääkärin vastaanoton yhteydessä
- Sädehoitojakson lopussa

5. Hoitosuunnitelma

- Sädehoidon annos, jakson kesto, kenttäjärjestelyt
- Lääkehoito (kemosädehoito, hormonihoito, kipulääkitys)
- Lääkärin määräämät tutkimukset ja niiden valmistelu
- Potilaan/omaisen ohjaus ja neuvonta hoitoon liittyvissä asioissa

- Vointi ja siinä tapahtuneet muutokset

- a) Ravitseminen (ruokahaluttomuus, nielemisvaikeudet, lisäravinteet, peg-letku)
- b) Erittäminen (ummetus, ripuli, virtsaamisongelmat)
- c) Selviytyminen (väsymys, muistihäiriöt, psyykkiset ongelmat)
- Säteihoidon aiheuttamat haitat (WHO:n luokitus) sekä niiden hoito
 - a) Iho-oireet
 - b) Limakalvo-oireet
 - c) Ripuli, ummetus ja virtsaamisongelmat
 - d) Kipu
 - e) Pahoinvointi
- Konsultaatiot
- Hoitotauot ja niiden syyt
- Jatkohoito säteihoidon loputtua (1kk sädehoito-osastolla ja jatkohoitopaikka)
- Potilaan hoitokokemus



Sädehoito-osaston hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit

1. Laillisuuskriteerit

Terveystieteiden ammattihenkilöllä on velvollisuus pitää aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta jokaisesta potilaasta (STM asetus potilasasiakirjoista § 9).

- Tietojen tulee olla oikeellisia
- Jokaisessa hoitosuunnitelmassa on hoitavan yksikön tunnistustiedot, päivämäärä ja vuosi, potilaan nimi ja henkilötunnus, allergiat, diagnoosi ja hoitosuunnitelman numerointi
- Hoitosuunnitelmassa on hoitajan allekirjoitus (etunimen alkukirjain, sukunimi kokonaan, ammattiasema lyhennettynä.)
- Ohjaaja vahvistaa nimikirjoituksellaan opiskelijan kirjaamisen
- Virheet korjataan yliviivaamalla ja korjaus vahvistetaan omalla nimikirjoituksella (alkuperäisen merkinnän on oltava luettavissa)

2. Yleiset ohjeet

- Selkeä käsiala, sisältö ja asiatyö
- Lyhenteet yleisesti ymmärrettyjä, mutta mielellään ei käytetä lyhenteitä
- Selkeät ja yksiselitteiset merkinnät
- Jatkuvuus (kirjataan hoitopolun eri vaiheissa)
- Potilasturvallisuus (tarpeelliset tiedot merkitään riittävän laajasti potilaan hyvän hoidon ja seurannan taakamiseksi)

3. Tulotilanne

- Diagnoosi ja hoidettava alue
- Aikaisemmat sairaudet, joilla on merkitystä nykytilanteeseen
- Allergiat (merkitään punaisella) ja miten allergia ilmenee
- Tarkista yhteystiedot
- Aisti- ja liikuntarajoitteet
- Omatoimisuus, kotoa saatava apu/tuki
- Potilaan toiveet (esim. hoitoaikojen suhteen)

4. Milloin ja missä kirjataan

- Uusien potilaiden vastaanotolla
- Simulaattoreissa ja hoitokoneilla
- Sädehoitojakson alussa
- Kun potilaan voinnissa tapahtuu muutos
- Lääkärin vastaanoton yhteydessä
- Sädehoitojakson lopussa

5. Hoitosuunnitelma

- Sädehoidon kohde, annos ja fraktiointi
- Lääkehoito (kemosaadehoito, hormonihoito, kipulääkitys)
- Lääkärin määräämät tutkimukset ja niiden valmistelu
- Potilaan/omaisen ohjaus ja neuvonta hoitoon liittyvissä asioissa
- Vointi ja siinä tapahtuneet muutokset
 - a) Ravitsemus (ruokahaluttomuus, nielemisvaikeudet, lisäravinteet,PEG-letku)
 - b) Erittäminen (ummetus, ripuli, virtsaamisongelmat)
 - c) Selviytyminen (väsymys, muistihäiriöt, psyykkiset ongelmat)
- Sädehoidon aiheuttamat haitat (WHO:n luokitus) sekä niiden hoito
 - a) Iho-oireet
 - b) Limakalvo-oireet
 - c) Ripuli, ummetus ja virtsaamisongelmat
 - d) Kipu
 - e) Neurologiset oireet (pahoinvointi, päänsärky, huimaus)
- Konsultaatiot
- Hoitotauot ja niiden syyt
- Jatkohoito sädehoidon loputtua (1kk sädehoito-osastolla ja jatkohoitopaikka)
- Potilaan hoitokokemus

1. Potilaspapereiden välissä on tyhjä hoitosuunnitelmalomake. Ei hoitohenkilökunnan kirjauksia hoidosta.
2. Hoitaja kirjannut sädehoitokoneella. Laillisuuskriteerit täyttyvät puutteellisesti. Yleisiä ohjeita noudatettu. Tulotilanteen kirjaus olematon. Hoitosuunnitelmassa vain annos ja fraktiointi mainittu. Hoidon jatkuvuus, konsultaatiot ja hoidon loppuyhteenveto dokumentoitu niukasti.
3. Lääkärin ja hoitajan kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla ja hoitokoneella. Laillisuuskriteereiden täyttymisessä puutteita. Yleisiä ohjeita noudatettu. Tulotilanteen kirjaus puutteellinen. Ei hoitosuunnitelmaa eikä hoitotyön yhteenvetoa.
4. Lääkärin ja hoitajan kirjauksia. Laillisuuskriteerit täyttyvät joitakin puutteita lukuun ottamatta. Yleisiä ohjeita on seurattu. Tulotilanteen kirjaus ja hoitosuunnitelma puuttuvat kokonaisuudessaan. Hoidon lopussa tehty kirjaus kiitettävä.
5. Ei *Päivittäinen hoitosuunnitelma*-lomaketta potilaspapereissa.
6. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla, simulaattorissa ja hoitokoneella. Laillisuuskriteerit täyttyvät joitakin puutteita lukuun ottamatta. Yleisiä ohjeita seurattu tyydyttävästi. Tulotilanne, hoitosuunnitelma ja hoidon lopussa tehtävä kirjaus puuttuvat. Iho-oireet mainittu, mutta hoidollista päätöksen tekoa/ohjausta ei ole kirjattu.
7. Lääkärin ja hoitajan kirjauksia. Kirjattu hoitokoneella. Laillisuuskriteerit eivät täyty asianmukaisesti. Yleisiä ohjeita seurattu. Tulotilanteen arviointi puutteellinen. Hoitosuunnitelma puutteellinen: vain fraktiointi ja selviytyminen mainittu. Ei hoidon loppuyhteenvetoa.
8. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla ja hoitokoneella. Laillisuuskriteerit täyttyvät kohtalaisesti. Yleisiä ohjeita seurattu. Tulotilanteen kirjaus ja hoitosuunnitelma puuttuvat kokonaan. Hoidon lopussa tehty kirjaus puutteellinen.
9. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu sädehoitokoneella. Laillisuuskriteerit täyttyvät. Yleisiä ohjeita seurattu. Tulotilanteen kirjaus kohtalainen. Hoitosuunnitelma tehty, mutta puutteellinen. Iho-oireet ja ohjaus dokumentoitu asianmukaisesti. Hoidon lopussa tehtävä kirjaus puuttuu.

10. Hoitajan kirjauksia. Kirjattu sädehoitokoneella. Laillisuuskriteereiden täytyminen kyseenalaista. Yleisiä ohjeita seurattu. Tulotilanne dokumentoitu niukasti. Hoitosuunnitelman puuttuu. Hoitotauot, jatkohoito ja ongelmat selviytymisessä dokumentoitu asianmukaisesti, mutta hoidon jatkuvuus ei ole näkyvissä.
11. Ei hoitohenkilökunnan tekemiä kirjauksia.
12. Ei hoitohenkilökunnan tekemiä kirjauksia.
13. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla. Laillisuuskriteerit eivät täyty. Yleisiä ohjeita ei seurattu. Tulotilanteen kirjaus, hoitosuunnitelma ja hoidon lopussa tehtävä kirjaus puuttuvat. Ei merkintöjä potilaan voinnista ja sädehoidon etenemisestä.
14. Ei hoitosuunnitelmaa. Tyhjä lomake potilaspapereissa.
15. Ei hoitosuunnitelmaa. Ei hoitosuunnitelmalomaketta potilaspapereissa.
16. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu hoitokoneella. Laillisuuskriteerit eivät täyty. Yleisiä ohjeita on seurattu. Tulotilanteen kirjaus tehty tyydyttävästi. Hoitosuunnitelma tehty, potilaan ohjaus, erittämisiongelmat ja hoidolliset ratkaisut näkyvillä. Hoidon lopussa tehty asianmukainen kirjaus.
17. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu hoitokoneella. Laillisuuskriteereiden täyttymisessä puutteita. Yleisiä ohjeita ei ole seurattu riittävästi, teksti paikoitellen lähes lukukelvotonta ja virheet korjattu väärin. Tulotilanteen kirjaus tehty. Hoitosuunnitelma tehty. Eritys- ja kipuongelmat mainittu ja hoidolliset ratkaisut näkyvillä. Hoidon jatkuvuuden näkyvyys katkeaa kesken. Hoidon lopussa ei ole tehty kirjausta.
18. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Perusteellinen kirjaus HDR:ssä. Varsinaista sädehoitoa ei ole dokumentoitu mitenkään.
19. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu hoitokoneella. Laillisuuskriteereiden täyttymisessä puutteita. Yleisiä ohjeita seurattu tyydyttävästi. Tulotilanteen kirjaus tehty. Hoitosuunnitelma tehty,

ohjaus dokumentoitu, mutta potilaan yleistilaa ja hoidon haasteita ei arvioitu millään tavalla. Hoidon lopussa ei tehty kirjausta.

20. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu hoitokoneella. Laillisuuskriteereiden täyttymisessä joitakin puutteita. Yleisiä ohjeita seurattu tyydyttävästi. Tulotilanteen kirjaus tehty tyydyttävästi. Hoitosuunnitelma tehty, ohjaus dokumentoitu. Iho-oireet ja hoidolliset menetelmät kirjattu. Hoidon jatkuvuus ei näy. Hoidon lopussa ei ole tehty kirjausta.

21. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla, hoitokoneella ja sädehoidon lopussa. Laillisuuskriteerit täyttyvät tyydyttävästi. Yleisiä ohjeita noudatettu. Tulotilanne dokumentoitu niukasti. Hoitosuunnitelma tehty. Ohjaus, vointi ja jatkohoito dokumentoitu.

22. Hoitajan kirjaus UPVO:lla. Ohjaus ja potilaan selviytyminen dokumentoitu. Tulotilanteen kirjaus puuttuu. Varsinaista sädehoitoa ei dokumentoitu millään tavalla.

23. Hoitajan kirjaus UPVO:lla. Annettu ohjaus kirjattu. Tulotilanteen kirjaus puuttuu. Varsinaista sädehoitoa ei dokumentoitu millään tavalla.

24. Hoitajan kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla ja hoitokoneella. Laillisuuskriteerit eivät täyty asianmukaisesti. Yleisiä ohjeita noudatettu. Tulotilanne kirjattu niukasti. Hoitosuunnitelma tehty ja annettu ohjaus mainittu. Hoidon aikainen vointi arvioimatta, hoidon jatkuvuus ei näy, hoidon lopussa ei kirjattu.

25. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla ja hoitokoneella. Laillisuuskriteerit täyttyvät muutamia puutteita lukuun ottamatta. Yleisiä ohjeita seurattu muuten, mutta käsiala epäselvää. Tulotilanne dokumentoitu huonosti. Hoitosuunnitelma lähes olematon. Annettu ohjaus näkyy. Potilaan vointi ja hoidon vaikutukset dokumentoimatta. Hoidon lopussa ei kirjattu.

26. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla ja hoitokoneella. Laillisuuskriteerit eivät täyty täysin asianmukaisesti. Yleisiä ohjeita noudatettu. Tulotilanne arvioitu niukasti. Hoitosuunnitelma tehty, joitakin puutteita. Ohjaus dokumentoitu. Sädehoidon aikainen seuranta ja hoidon lopussa jätetty kirjaamatta. Hoitotauot kirjattu asianmukaisesti.

27. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla ja hoitokoneella. Laillisuuskriteerit

täyttyvät tyydyttävästi. Yleisiä ohjeita seurattu kohtalaisesti. Yleistilanne dokumentoitu liian niukasti. Hoitosuunnitelma tehty osittain hyvin. Hoidon aikainen seuranta ei dokumentoitu, eikä kirjattu hoidon lopussa.

28. Ei hoitohenkilökunnan tekemiä kirjauksia.

29. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla ja hoitokoneella. Laillisuuskriteereiden täyttymisessä toivomisen varaa. Yleisiä ohjeita noudatettu hyvin. Tulotilanne dokumentoitu niukasti. Hoitosuunnitelma puutteellinen. Ihon kunto ja hoidolliset menetelmät dokumentoitu kiitettävästi. Hoidon jatkuvuus ei näy. Hoidon lopussa ei kirjausta.

30. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla ja sädehoitokoneella. Laillisuuskriteerit eivät täyty. Yhdestä hoitajan kirjauksesta puuttuu sekä ammattiasema että nimi. Yleisiä ohjeita noudatettu kohtalaisesti. Tulotilanne kirjattu niukasti. Hoitosuunnitelmaa ei ole tehty, annettu ohjaus dokumentoitu asianmukaisesti. Hoidon lopussa eikä hoidon aikana ole tehty kirjauksia.

31. Lääkärin kirjauksia. Hoitajan kirjaus annetuista dokumenteista UPVO:lla. Ei muuta hoitohenkilökunnan tekemää kirjausta.

32. Lääkärin kirjauksia. Ei hoitohenkilökunnan tekemää kirjausta.

33. Lääkärin kirjauksia. Ei hoitohenkilökunnan tekemää kirjausta.

34. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla aikataulutuksesta ja ohjauksesta. Sädehoidon ajalta ei mitään kirjauksia.

35. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla aikataulutuksesta ja ohjauksesta. Sädehoidon ajalta ei mitään kirjauksia.

36. Lääkärin ja hoitajan tekemiä kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla ja hoitokoneella. Laillisuuskriteerit eivät täyty. Yleisiä ohjeita seurattu. Tulotilanne kirjattu niukasti. Potilaan toiveet huomioitu. Hoitosuunnitelma liian niukka. Ei hoidonaikaista kirjausta, ei kirjausta hoidon lopussa.

37. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla annettu ohjaus ja HDR:ssä toimenpide

dokumentoitu hyvin. Tulotilanteen kirjaus, hoitosuunnitelma, kaikki kirjaus hoitokoneelta puuttuu.

38. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla (annetut dokumentit) ja hoitokoneella. Laillisuusstandardit täyttyvät, joskin joitakin puutteita. Yleisiä ohjeita noudatettu. Tulotilanne kirjattu kohtalaisesti. Hoitosuunnitelma tehty asianmukaisesti, joskin niukka. Ei hoidon aikana seuranta, ei kirjausta hoidon loppuessa.

39. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla aikataulutuksesta ja ohjauksesta. Sädehoidon ajalta ei mitään kirjauksia.

40. Hoitajan ja lääkärin kirjauksia. Kirjattu UPVO:lla (annetut dokumentit) sekä hoitokoneella. Laillisuusstandardit täyttyvät kohtalaisesti. Yleisiä ohjeita ei noudatettu täysin. Tulotilanne, hoitosuunnitelma ja hoidon lopussa tehtävä kirjaus dokumentoimatta. Potilaan vointia seurattu asianmukaisesti ja hoitotulokset kirjattu.

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ASIANTUNTIJARAADIN KOKOUS

1. ALUSTUS (10 min)

- Miksi olemme täällä?
- Tehdään pöytäkirja, osallistujat eivät esiinny mielipiteissään nimellään, pyydetään kirjaamaan omat mielipiteet/ajatukset ylös.
- Hoitotyön kirjaamisen tila osastolla: Alustavien tulosten esittely.

2. KESKUSTELU (40 min)

Kirjaamisen tekniseen suorittamiseen vaikuttavat tekijät:

- Hallitsetko kirjaamisen minimivaatimukset?
 - Eri kohdat ja niissä ilmenevät puutteet alustaviin tuloksiin pohjautuen
- Oletko motivoitunut kirjaamaan?
- Millaista perehdytystä olet saanut hoitotyön kirjaamiseen?
- Ehditkö kirjata? Miten kiire/rennempi tahti vaikuttaa kirjaamiseesi?
- Mikä on mielestäsi "talon tapa" kirjaamisessa?

Kirjaamisen heikkoudet ja uhat

- Miksi et kirjaa?
- Milloin koet kirjaamisen turhaksi?
- Mikä vaikeuttaa kirjaamista?
- Tiedätkö mihin kirjaaminen perustuu? Laki/Asetukset/Minimikriteerit

Kirjaamisen vahvuudet ja mahdollisuudet

- Mikä motivoi sinua kirjaamaan?
- Koska koet kirjaamisen tärkeäksi?
- mikä helpottaa/helpottaisi kirjaamista?
- Miten sähköinen kirjaaminen voisi edesauttaa hoitotyön kirjaamista osastolla?
- Miten kaikki saataisiin aktivoitumaan kirjaamiseen?
- Kuinka kehitystyötä voitaisiin jatkaa osastolla?

Analyysiyksikkönä on *ajatuskokonaisuus* tai *mielipide*.

Ajatuksena hakea vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet.

3. YHTEENVETO (10 min)

Tuotos:

Pöytäkirja/muistiinpanot, jonka pohjalta deduktiiviseellä sisällön analyysillä haetaan merkitysverkostot.