



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hoitosuunnitelmien analyysi Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla

Järvinen, Anni
Nurmi, Jenni
Ruokola, Perttu

2017 Laurea



LAUREA

AMMATTIKORKEAKOULU

Laurea-ammattikorkeakoulu

Yhdessä enemmän

Hoitosuunnitelmien analyysi Hyvinkään terveyskeskussai- raalan vuodeosastoilla

Järvinen Anni
Nurmi Jenni
Ruokola Perttu
Sairaanhoidajakoulutus
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2017

Järvinen Anni, Nurmi Jenni, Ruokola Perttu

Hoitosuunnitelmien analyysi Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla

Vuosi	2017	Sivumäärä	43
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoitus oli kerätä tietoa Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastojen potilastietojärjestelmän hoitosuunnitelmista. Opinnäytetyössä pyrittiin etsimään vastausta siihen, kuinka hoitosuunnitelma tukee hoitajan työtä ja onko hoitosuunnitelmassa oleva tieto ajantasaista. Tavoitteena oli tuoda tutkimuksella tietoa toimeksiantajalle hoitosuunnitelmien palvelevuudesta, jonka pohjalta he voivat kehittää henkilöstön osaamista hoitosuunnitelmien laatimisessa.

Opinnäytetyön aihe valikoitui Hyvinkään kaupungin toiveiden mukaisesti. Opinnäytetyössä toteutettava tutkimus on analyysi Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastojen 1, 11A ja 11B potilaiden hoitosuunnitelmista. Kyseinen opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Tutkimusmateriaalia varten kerättiin osaston potilailta kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Valittu joukko määräytyi lupien mukaan. Tarkasteltaviksi toimintoiniksi hoitosuunnitelmissa valittiin päivittäiset toiminnot: WC-toiminnot, hygienian hoito, ravitsemus ja liikkuminen. Toimintoja tarkasteltiin potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Otannan tietoja käsiteltiin ja arvioitiin auditointilomakkeen avulla, jossa esitettiin väittämiä. Lomakkeessa tarkasteltiin hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoidon tarpeita, hoidon tarpeen kuvauksia, kuvauksen ajan tasaisuutta ja päivittäisten kirjausten säännöllisyyttä. Analysointivaiheessa käytettiin Likert-asteikkoa.

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu kirjaamista koskevista laeista ja rakenteisesta kirjaamisesta, potilasturvallisuudesta ja päivittäisiä toimintoja käsittelevästä teoriasta.

Aineistonkeruu toteutettiin osastoilla 28.2.2017 ja 2.3.2017. Hoitosuunnitelmia analysoitiin yhteensä 53 kappaletta. Tutkimustuloksissa esiintyi osastojen välisiä eroja, pääasiassa päivittäisten kirjausten osalta. Kaikilla osastoilla esiintyi puutteita toiminnon kuvauksissa. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että hoitaja saa potilaasta tiedon, miten tämä liikkuu, ruokailee tai onko potilas kykeneväinen huolehtimaan hygieniastaan. Toiminnon kuvausten puutteellisuus on riskitekijä potilasturvallisuuden näkökulmasta ja päivittäisten kirjausten puuttuminen jättää hoidon laadun arvioinnin puutteelliseksi, niinpä näihin osa-alueisiin tulisi kiinnittää jatkossa huomiota.

Järvinen Anni, Nurmi Jenni, Ruokola Perttu

Analysis of treatment plans in the wards of Hyvinkää hospital health-care centre

Year	2017	Pages	43
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to collect and analyse information of patient treatment plans used in Hyvinkää hospital health-care centre wards. The information used was stored in the patient information database. This thesis aims to find an answer on how treatment plans support the work nurses do and if the information noted in the treatment plans are up to date. The objective of this study was to provide information to the client on how treatment plans serve its' purpose and advise the client on how to improve their staff's expertise in documenting treatment plans.

Hyvinkää city was the client for this study and they selected the topic for this thesis. The study was carried out at Hyvinkää hospital health-care centre wards 1, 11A, and 11B by analysing their patients' treatment plans. The method used for this analysis was quantitative research. Every patient whose treatment plans were used in this study signed an approval form to authorize the use of their information. The subject size for this study was determined by the number of authorizations received. The following daily functions were selected for the analysis: WC-functions, personal hygiene, nutrition, and mobility. The key aspect of this analysis was patient safety.

An audit form was developed to collect information on the selected daily functions. The audit form had several questions to thoroughly analyse the treatment plans. The form audited the following areas of the treatment plans: a list of treatments required, a description of the treatment, a frequency of updating the treatment plans and an overall quality and accuracy of the treatment plan. The data received during the study was analysed by using Likert scale.

A conceptual framework of this thesis consists of laws and best practises of documenting the patient treatment plan, and a theory of patient safety and daily treatment plans. The sample material was collected between 28.2.2017 and 2.3.2017 in the selected wards. 53 treatment plans were analysed during this study. The results between wards differed when analysing the frequency of updating the treatment plans. Room for improvement was found at every ward when analysing the list of treatments required and the quality of the descriptions for the treatments. It is crucial for patient safety that the nurses get as good and as up-to-date information as possible on the treatment plan. All the elements of the plan: WC-functions, personal hygiene, nutrition, and mobility, are critical when caring for the patient. Lack of properly documented information can negatively impact on the quality of the treatment a patient is receiving.

Keywords: Documentation, Treatment plan, Patient safety

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön toteuttamisympäristö	6
3	Kirjaaminen ja hoitosuunnitelma	7
3.1	Kirjaamista koskevat lait ja asetukset	7
3.2	Rakenteinen kirjaaminen	10
3.2.1	FinCC-luokitus.....	12
3.3	Hoitosuunnitelma	13
4	Potilasturvallisuus ja päivittäiset toiminnot	13
4.1	Potilasturvallisuus.....	13
4.2	Päivittäiset toiminnot	15
5	Tutkimuksen suorittaminen	18
5.1	Tutkimuskysymykset.....	18
5.2	Tutkimusmenetelmät	18
5.3	Mittarit	20
6	Tulokset Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastoilta 1, 11A ja 11B	21
6.1	WC-toiminnot	22
6.2	Hygienian hoito	25
6.3	Ravitseminen	27
6.4	Liikkuminen	29
7	Tulosten yhteenveto.....	32
8	Pohdinta	34
8.1	Tutkimuksen luotettavuus	34
8.2	Tutkimuksen eettisyys.....	35
8.3	Opinnäytetyö prosessi	35
8.4	Jatkotutkimusehdotukset	36
	Lähteet	37
	Taulukot	40
	Liitteet.....	41

1 Johdanto

Opinnäytetyön aihe valikoitui Hyvinkään kaupungin toiveiden mukaisesti. Opinnäytetyön tarkoitus oli kerätä tietoa Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastojen potilastietojärjestelmän hoitosuunnitelmista. Opinnäytetyössä pyrittiin etsimään vastausta siihen, kuinka hoitosuunnitelma tukee hoitajan työtä ja onko hoitosuunnitelmassa oleva tieto ajantasaista. Tarkoitus oli lisäksi tarkastella kirjallisuuskatsauksen avulla hoitosuunnitelman laatimista ja sisältöä. Tavoitteena oli tuoda tutkimuksella tietoa toimeksiantajalle hoitosuunnitelmien palveluudesta, jonka pohjalta he voivat tarvittaessa kehittää henkilöstön osaamista hoitosuunnitelman laatimisessa ja päivittäisten kirjausten teossa. Aihetta rajattiin laajuutensa vuoksi ja tarkasteltavaksi näkökulmaksi valittiin potilasturvallisuus.

Tutkimusmateriaalina käytettiin Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastojen 1, 11A ja 11B potilaiden hoitosuunnitelmia. Tutkimusmateriaalia varten kerättiin osaston potilailta kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Valittu joukko määräytyi saatujen lupien mukaan. Potilaspaikkoja osasto 1:llä on 40, 11A:lla 31 ja 11B:llä 31, yhteensä potilaspaikkoja osastoilla on 102. Hoitosuunnitelmista tarkastelimme niitä toimintoja jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Valitsimme tarkasteltaviksi toiminnoiksi päivittäiset toiminnot: WC-toiminnot, hygienian hoito, ravitsemus ja liikkuminen. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että hoitaja saa potilaasta tiedon miten tämä liikkuu, ruokailee tai onko potilas kykeneväinen huolehtimaan hygieniastaan.

2 Opinnäytetyön toteuttamisympäristö

Hyvinkään terveyskeskussairaala toimii kahdessa toimipisteessä: Pääterveysasemalla Sandelinkadulla ja Hyvinkään sairaalan alueella Sairaalankadulla. Hyvinkään terveyskeskussairaala vastaa potilaan monipuolisesta hoidosta, tutkimuksista ja kuntoutuksesta. Potilaat ohjautuvat osastoille pääasiassa terveyskeskuksen omasta päivystyksestä, Hyvinkään sairaalan päivystyksestä sekä Hyvinkään sairaalan vuodeosastoilta. (Terveyskeskussairaala 2016.)

Osastot 11A ja 11B ovat profiloituneet akuuttihoitoon. Osastoilla hoidetaan hyvinkääläisiä potilaita silloin, kun potilaan tila ei vaadi erikoissairaanhoidon tasoa. Osastolla 1 hoidetaan hyvinkääläisiä potilaita jotka tarvitsevat pidempiaikaista sairaanhoitoa tai kuntoutusjaksoa ja jotka eivät vielä kykene palaamaan kotiin tai muuhun hoitopaikkaan. Osasto 1:lle potilaat ohjautuvat osastoilta 11A ja 11B, erikoissairaanhoidosta, kotisairaanhoidosta ja kotoa. (Terveyskeskussairaala 2016.)

3 Kirjaaminen ja hoitosuunnitelma

Hoitohenkilökunta ja muut ammattiryhmät yhteisesti laativat hoitosuunnitelman osana potilaskertomusta, joka pitää sisällään potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. 1980-luvulta lähtien Suomessa on käytetty hoitotyön kirjaamisen rakenteena WHO:n päätöksenteon prosessimallia. Systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä. Kun käytössä on sähköiset potilasasiakirjat, systemaattisen kirjaamisen tärkeys korostuu. Kliinisen hoitotyön tutkiminen ja tilastotiedon keruu ovat mahdollistuneet systemaattisen sähköisen kirjaamisen ja tiedon varastoimisen myötä ja tiedon keruu tapahtuu luotettavasti suoraan potilastiedoista. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 12-15.)

Kirjaaminen on todiste siitä, että potilas on saanut laadukasta hoitoa ja että työntekijän lainmukaiset ja eettiset vastuut potilaalle ovat toteutuneet. Kirjaamisista tulee aina tulla esiin kirjaajan tunnistetiedot. Hoitotyöhön tai muihin terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan kohdistuneiden valitusten, muistutusten ja kanteluiden selvittämisessä tarkastellaan potilasasiakirjoja. Yksittäisen potilaan hoidon vaikuttavuutta on mahdollista arvioida vain vertaamalla potilaan tulotilannetta hoidolle asetettuihin tavoitteisiin. Varsinaisen kliinisen hoidon lisäksi systemaattisesti kirjattua tietoa tarvitaan myös osoittamaan toiminnan tuloksellisuutta. (Saranto ym. 2008, 15-16.)

Hoitotyön toiminnot sisältävät potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen ja sen tulee perustua näyttöön. Potilaskertomukseen kirjataan ne hoitotyön toiminnot, jotka ovat potilaan hoidon kannalta merkittäviä. Toimintoluokituksia voidaan käyttää apuna kirjaamisessa. Hoidon tuloksilla tarkoitetaan potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia ja niitä kuvataan asteikolla: parantunut, ennallaan tai huonontunut. Arviointitilanteessa otetaan huomioon potilaan tulotilanne, hoidon tavoitteet ja nykytilanne. (Saranto ym. 2008, 114.)

3.1 Kirjaamista koskevat lait ja asetukset

Keskeisimmät kirjaamista ohjaavat lait ovat Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Mielenterveyslaki 1116/1990, Henkilötietolaki 523/1999, Potilasvahinkolaki 585/1986, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999, Hallintolaki 434/2003 ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 (Hallila 2005, 19).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää potilasasiakirjat siten, että ne ovat potilaan hoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja järjestämisessä hyödynnettäviä asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka on laadittu hoitopaikassa tai toimitettu sinne. Potilas-

asiakirjat sisältävät potilaan terveydentilaa koskevaa tietoa tai muuta henkilökohtaista tietoa. Laki määrittelee myös potilaan oikeuden tarkastaa itseään käsittelevistä potilasasiakirjoista sinne tehdyt merkinnät sekä tietojen ajankohtaisuus.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää myös, mitä terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin. Niihin tulee merkitä tarpeelliset tiedot potilaan hoidon suunnittelun, toteuttamisen, järjestämisen ja seurannan turvaamiseksi. Potilasasiakirjoja voi myös säilyttää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säätämän säilytysajan päätyttyä, jos katsotaan sen olevan hyödyllistä potilaan hoidon kannalta. Tavallisimmin säilyttämisen tarvetta on arvioitava viiden vuoden välein.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää myös, että potilasasiakirjoissa olevat tiedot ovat salassa pidettäviä. Ilman potilaan kirjallista suostumusta, ei niissä olevia tietoja saa luovuttaa sivulliselle, ellei katsota, että potilas ei ole oikeustoimikelpoinen. Tällöin tietoja saa luovuttaa, häntä laillisesti edustavan luonnollisen henkilön suostumuksella.

Mielenterveyslaki (1116/1990) määrittää, että potilas voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon, jos todetaan tämän olevan mielisairas, mielisairaudesta johtuen olevan hoidon tarpeessa, tai muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä. Jos edellytykset täyttyvät ja potilas määrätään tahdostaan riippumatta hoitoon, voi määräyksen tekevä lääkäri luovuttaa terveyskeskukselle tai sairaalalle välttämättömät tiedot potilaan terveydentilasta salassapitovelvollisuuden tätä estämättä. Lääkäri voi luovuttaa tiedot salassapitovelvollisuuden estämättä ja potilaan tahdosta riippumatta, myös tutkimuksiin noutamista tai virka-apupyynnön tekemistä varten.

Henkilötietolaki (523/1999) määrittää edellytykset, joilla henkilötietoja saa käsitellä. Arkaluonteisten tietojen käsittelykielto koskee potilaan terveydentilaa, vammaisuutta tai sairautta, sekä tälle tehtyjä hoitotoimenpiteitä. Kumminkin arkaluonteisia tietoja saa käsitellä, jos potilas on antanut tähän suostumuksen. Henkilötunnusta saa käsitellä potilaan antamalla suostumuksella, mutta on huolehdittava, ettei sitä merkitä tarpeettomasti laadittuihin tai tulostettuihin asiakirjoihin.

Potilasvahinkolaki (585/1986) määrittää kriteerit, joilla maksetaan hoidosta johtuvista henkilövahingoista. Asiaa käsittelee potilasvahinkolautakunta. Potilasvahinkolautakunnalla on oikeus saada tarpeelliset tiedot käsiteltävän potilaan asiaa koskien, huolimatta mitä salassapitovelvollisuudesta tai henkilörekisteritietojen eteenpäin luovuttamisesta säädetään.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994) määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilön olevan henkilö, joka kyseisen lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden,

ammattinharjoittamisluvan, tai jolla on kyseisen lain nojalla oikeus käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä mikä on säädetty valtioneuvoston asetuksella. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus kirjata ja säilyttää potilasasiakirjoja, sekä salassapitovelvollisuuden nojalla pitää niissä olevia tietoja salassa ehdoin, jotka on määritelty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999) määrittelee viranomaisen laatiman ja viranomaiselle toimitetun asiakirjan julkiseksi tulemisen, asiakirjan saattamisen yleisesti julkisuuteen, sekä mikä on viranomaisen asiakirja. Laki myös määrittelee asianosaisen oikeuden tiedonsaantiin itseään koskevasta asiakirjasta. Laissa myös määritellään, miten salassa pidettävää viranomaisen asiakirjaa tai osaa sen sisällöstä saa käsitellä, tai miten tietoa saa luovuttaa eteenpäin tapauksissa, joissa vain osa asiakirjan tiedosta on salassa pidettävää.

Hallintolaki (434/2003) määrittää asiamiehen ja avustajan salassapitovelvollisuuden. Se määritellään siten, ettei edellä mainituissa asemissa toimivana henkilönä saa ilman päämiehen lupaa luovuttaa uskottua tietoa, ellei muualla määrätä toisin. Hallintolaissa myös määritellään, miten asiakirjoissa mahdollisesti oleva asia-, tai kirjoitusvirhe korjataan, sekä miten korjaamisasia tuodaan vireille ja käsittelyyn.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) määrittää potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen määräajat ja niihin kirjattavat tiedot. Asetuksen mukaan, merkinnät potilasasiakirjoihin tulee tehdä ilman viivytyksiä ja viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun potilas on poistunut hoidosta. Asetus määrittää potilasasiakirjoihin kirjattavat perustiedot, joita asetuksen mukaan ovat esimerkiksi potilaan perustiedot, sekä terveydenhuollon toimintayksikön ja merkinnän tekijän nimi sekä asema.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) määrittää potilasasiakirjojen ja hoitoon liittyvän muun materiaalin säilyttämisaajan ja hävittämisen. Asetuksen mukaan asiakirjojen määräaikainen säilytysaika voi esimerkiksi olla 12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä. Säilyttämisen tarvetta on arvioitava viiden vuoden välein ja jos potilasasiakirjat eivät ole välttämättömiä potilaan hoitoon järjestämisen kannalta, on ne hävitettävä välittömästi. Potilasasiakirjojen hävittäminen tulee toteuttaa siten, ettei sivulliset pääse niihin käsiksi. Potilasasiakirjojen laatimisesta, säilyttämisestä ja säilytysajoista kerrotaan tarkemmin henkilötietolaissa ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksissa.

3.2 Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteisen kirjaamisen tarkoitus on helpottaa potilastiedon kirjaamista ja hakua sekä hoidon seuranta. Vapaamuotoisesta tekstistä kirjattu tieto on hankalammin hyödynnettävissä ja se on rajallisempaa ja tiedon haku on hitaampaa. Rakenteisen kirjaamisen suurin hyöty on, että tietoa ei tarvitse kirjata kuin kerran ja yhteen paikkaan, ja se on jälkepäin uudelleen käytettävissä. Tiedon rakenteisuus parantaa tiedon laatua ja edistää potilasturvallisuutta. Kirjattu tieto liikkuu potilaan mukana toiseen organisaatioon tai toiseen potilastietojärjestelmään. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 15.)

Rakenteisen kirjaamisen odotetaan parantavan potilastiedon laatua kun tieto on aiempaa yhdenmukaisempaa ja tiedon löytäminen helpompaa ja hyödynnettävämpää. Potilaskertomuksen ollessa sähköinen, ajantasaista tietoa kyetään hyödyntämään myös eri toimipaikoissa, organisaatioissa ja eri potilastietojärjestelmissä. Potilaskertomuksissa käytettävien rakenteiden tulee olla valtakunnallisesti yhtenäisiä yhteen toimivuuden varmistamiseksi. Näin voidaan käyttää ja hyödyntää potilaskertomuksia eri terveydenhuollon toimipaikoissa riippumatta tiedon alkuperästä. Aiemmin tietojen hyödynnettävyyttä ovat hankaloittaneet useat eri potilastietojärjestelmät tai saman potilastietojärjestelmän eri versiot. (Virkkunen ym. 2015, 15.)

Kun tieto kirjataan yhdenmukaisesti, on se uudelleen tarvittaessa laadukkaampaa. Kirjattua tietoa kyetään hyödyntämään päivittäisessä potilastyössä, lääkemääräyksissä, läheteissä, hoitopalautteissa, hoitoilmoituksissa ja lakisääteisissä rekisteri-ilmoituksissa. Rakenteisesti kirjattu tieto helpottaa lisäksi tiedon hyödyntämistä mm. kliinisessä tutkimuksessa, hoitoa koskevien päätösten teossa, hoidon laadun arvioinnissa ja kustannusten seurannassa. (Virkkunen ym. 2015, 15.)

Rakenteinen kirjaaminen parantaa hoidon laatua, kun kirjatut tiedot ovat laadukkaammat, paremmin saatavilla ja löydettävissä kuin aiemmin. Rakenteinen kirjaaminen ohjaa noudattamaan hoitoprosessia ja hoitosuosituksia. Hoitosuosituksen noudattaminen saattaa ohjata potilaan oikean hoidon pariin aiemmin ja näin lyhentää mahdollisesti hoidon kestoa. Ajantasaisen tiedon saatavuus lisää potilasturvallisuutta. Potilastietojen ollessa sähköisessä muodossa myös potilaan oikeusturva paranee, kun tietojen käyttöä voidaan seurata aiempaa tarkemmin. Sähköisiä potilastietoja voidaan tuottaa myös potilaan itsensä katseltaviksi valtakunnalliseen tietojärjestelmäpalveluun, Omakantaan. Omakannasta potilas voi tarkistaa tietojen oikeellisuuden. Kehityssuunta tulevaisuudessa onkin, että potilas voi myös itse tuottaa terveystietojaan. Potilaan oma osallistuminen tietojen tuottamiseen sähköisen asioinnin kautta voi sitouttaa ja voimaannuttaa potilasta paremmin hoitoon, sekä tehdä hoitoprosessin potilaan näkökulmasta joustavammaksi. (Virkkunen ym. 2015, 16.)

Koostamalla keskeisimmät hoidolliset tiedot, kuten diagnoosit, lääkitys, riskitiedot, tutkimukset, toimenpiteet sekä terveys- ja hoitosuunnitelma omiksi asiakirjoikseen edistetään potilastietojen käyttöä ja hyödynnettävyyttä. Potilasturvallisuuden näkökulmasta edellä mainittujen asiakirjojen tulisi olla aina kaikkien terveydenhuollossa toimivien käytössä ajantasaisina.

Jotta toisen palvelunantajan tai eri rekisterinpitäjän tuottamia tietoja voidaan käyttää, potilaalta tarvitaan suostumus. Terveydenhuollon ammattihenkilö tarkistaa potilaan viimeisimmät tiedot valtakunnallisista sähköisistä palveluista ja täydentää niitä omissa organisaatioissa synyneellä tiedolla. (Virkkunen ym. 2015, 16.)

Rakenteisen kirjaamisen periaatteita ovat: rakenteiset tiedot tulee olla keskeisiltä osilta yhteneviä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa, tietosisältöjen tulee olla yhteneviä niin julkisella kuin yksityisellä palvelun tuottajilla, potilaskertomus palvelee eri ammattiryhmien tarpeita, potilaskertomukseen tulee kirjata kaikki terveyden seurannan, hoidon toteutuksen ja arvioinnin kannalta tärkeä tieto. Rakenteista kirjaamista saadaan täydentää vapaamuotoisella tekstillä, keskeiset tietosisällöt ja potilashallintoon liittyvät tietorakenteet on määritelty valtakunnallisesti, tarkoitus on kyetä hyödyntämään potilaskertomuksen tietosisältö hoidon saatavuuden ja laadun seurannassa ja toiminnan sujuvuuden ja vaikuttavuuden sekä vertailtavuuden arvioinnissa ja muissa tilastoinneissa ja tutkimuksissa. (Virkkunen ym. 2015, 26-27.)

Sähköisessä potilaskertomuksessa merkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin. Potilaskertomuksen rakenne rakentuu eritasoisista tietokokonaisuuksista, joita jäsennetään näkymien, lisänäkymien, hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla. Potilaskertomustiedot kirjataan joko rakenteisina tai vapaana tekstinä otsikoiden alle. Näkymätyyppejä ovat potilaskertomus näkymät, lomaketyyppiset näkymät, koostenäkymät ja tekniset näkymät. (Virkkunen ym. 2015, 28-29.)

Hoitoprosessin vaiheisiin sisältyvät tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Tulotilanteessa määritellään hoidon tarve. Jokaisen prosessin vaiheen sisällä saattaa olla useita prosesseja, joissa tehdään jatkuvasti hoidon suunnittelua ja arviointia. Hoitoprosessi on jatkumo, jossa kuljetaan suunnittelusta arviointiin ja tarvittaessa aletaan alusta uudella hoidon suunnittelulla. Seuraamalla hoitoprosessin vaiheita, kyetään arvioimaan hoidon toteutumista. (Virkkunen ym. 2015, 35-36.)

Vaiheiden lisäksi tekstiä jäsennetään otsikkoihin. Otsikoiden avulla tiedot jäsennetään asiaryhmiin ja nivotaan asiayhteyteen. Otsikoiden avulla hahmotetaan mitä tekstin osaa käsitellään. Otsikoiden alle kirjataan vapaana tekstinä keskeisiä asioita. Asiakokonaisuuksia ovat esimerkiksi esitiedot, nykytila ja suunnitelma. (Virkkunen ym. 2015, 37.)

Sisältökirjaukset jatkuvassa potilaskertomuksessa tulee aina otsikoiden alle. Jotta tiedot ovat yhtenäisiä kaikissa potilastietojärjestelmissä, rakenteiset tiedot tulee kirjata valtakunnallisesti määriteltyjen rakenteiden mukaisesti. Rakenteiset tiedot tulee pääsääntöisesti kirjata sisällön mukaan tietyn otsikon alle. (Virkkunen ym. 2015, 46.)

3.2.1 FinCC-luokitus

Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla otettiin käyttöön alkuvuodesta 2017 päivitetty FinCC 3.0 -versio.

Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuuden Finnish Care Classification (FinCC), muodostaa Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL), Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) sekä Suomalainen hoidon tulosluokitus (SHTuL). Hoidon tarve- ja toimintoluokituksilla on yhteinen hierarkkinen rakenne, joka muodostuu komponentti-, pääluokasta ja alaluokkatasosta, jotka kuvaavat kaikkein abstrakteinta tasoa. Itse kirjaaminen tapahtuu käytännössä komponenttien alle kootuissa tarve- ja toimintoluokitusten pää- ja alaluokissa. Hoidon tulosluokituksessa määritellään, onko potilaan tila ennallaan, parantunut vai heikentynyt. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2014, 4.)

FinCC 3.0 -versiossa on päivitetty komponentit ja niiden pää- ja alaluokat. Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545. SHTaL eli tarveluokituksessa sekä SHToL eli hoitotyön toimintoluokituksessa on yhteensä 17 komponenttia. Nämä komponentit ovat aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, hoidon ja jatkohoidon koordinointi, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykinen tasapaino, aisti- ja neurologiset toiminnot, kudoseheys ja elämänkaari. Komponenttien pää- ja alaluokkien lukumäärät vaihtelevat. Pääluokkia SHTaL:ssa on 88 ja alaluokkia 150. SHToL:ssa taas pääluokkia on 127 ja alaluokkia 180. Versioon 3.0 on lisätty konkreettisia alaluokkia ja joissakin komponenteissa on mahdollistettu kirjaus pelkällä pääluokkatasolla. (Liljamo ym. 2014, 4.)

Hoidon tarpeen määrittämiseen käytetään apuna hoidon tarveluokituksen pää- tai alaluokkia. Hoidon tarve on hoitoon osallistuvien henkilöiden laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, joita voidaan poistaa tai helpottaa hoitotoimintojen avulla. Tarpeen määrittäminen on potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien kartoittamista, jota tehdään yhdessä potilaan kanssa. Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet. (Liljamo ym. 2014, 11 & 14.)

Hoidon toteutusvaiheessa toteutunut hoito kirjataan hoitotyön toimintoluokitusta apuna käytäen. Hoitotyön toiminnolla kuvataan potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoitotyön toiminnot. Hoitotyön toiminnot

ovat niitä keinoja, joilla hoitoon osallistuva henkilöstä pyrkii vastaamaan hoidon tarpeeseen. (Liljamo ym. 2014, 11 & 14.)

3.3 Hoitosuunnitelma

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan tukemaan hoidon suunnittelua ja koordinoitua. Se laaditaan potilaskeskisessä ja sinne kirjataan potilaan kanssa yhdessä tunnistettuja hoidon tarpeita ja tavoitteita. Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta huolehtivat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt. Yhteiset tavoitteet tukevat potilaan ja hänen läheisten osallistumista hoidon toteutukseen. Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan jokaiselle potilaalle jotka hyötyvät tehdystä suunnitelmasta ja joiden hoito vaatii koordinoimista. Kuntoutussuunnitelman on tarkoitus olla osana terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Hoitajaksokohtaiseen suunnitteluun käytetään hoitosuunnitelmaa. (Virkkunen ym. 2015, 94-95.)

Hoitotyön suunnitelma sisältää hoidontarpeiden arvioinnin ja priorisoinnin, esitietojen keruun haastattelujen ja oireiden havainnoinnin pohjalta, hoidon tavoitteiden asettamisen sekä toimintojen tai auttamismenetelmien suunnittelun tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitaja kerää tietoja potilaasta esitietojen perusteella, havainnoimalla ja haastatteleamalla. Näiden tietojen pohjalta määritellään hoidon tarpeet. (Saranto ym. 2008, 113.)

Hoidon tarve on perusta hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Hoidon tavoitteet määritellään hoidon tarpeiden pohjalta. Hoitajaksolle voidaan asettaa niin päätavoitteita kuin osatavoitteita. Tavoitteet tulee asettaa potilaslähtöisesti ja realistisesti, niiden tulee olla suhteessa hoitoaikaan, käytettäviin resursseihin ja niitä tulee kyetä arvioimaan. (Saranto ym. 2008, 113.)

Suunnitelmassa voidaan käyttää apuna toimintoluokituksia, jotka siirtyvät suoraan kirjaamis-pohjaksi toteutusvaiheessa. Kun hoitotyön suunnitelma on tehty huolella, päivittäinen hoitotyön kirjaaminen helpottuu. Hoitajakson aikana osa hoidon tarpeista voi siirtyä historiatiedoksi, eli tarve saadaan hoidettua. Hoitajakson aikana voi myös ilmaantua uusia hoidontarpeita, jolloin niitä lisätään suunnitelmaan. (Saranto ym. 2008, 113-114.)

4 Potilasturvallisuus ja päivittäiset toiminnot

4.1 Potilasturvallisuus

”Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa” (Potilasturvallisuusopas 2011, 7). Potilasturvallisuus

pitää sisällään hoidon ja lääkehoidon turvallisuuden sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, joka edistää potilaiden hoitoa. (Potilasturvallisuus 2017.)

Oleellinen osa hoidon laatua on potilasturvallisuus. Kun hoito on vaikuttavaa ja se toteutetaan oikeaan aikaan ja oikein, se on turvallista. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa säädetään potilasturvallisuudesta ja laadunhallinnasta. (Potilasturvallisuus.)

Keskeisimpiä terveydenhuollon ammattilaisten päivittäisiä työtehtäviä on dokumentointi. Dokumentoinnilla viestitetään potilaan hoitoon liittyvät tarvittavat tiedot. Joten se on avainasemassa tiedonkulussa. Jatkumo dokumentoinnissa ja tiedonkulussa ovat edellytyksenä turvallisen ja laadukkaan hoidon antamisessa. Hyvä dokumentointi on turvallisuusriskien hallinnan perusta. Hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi potilasasiakirjoista tulee löytyä tarpeelliset ja tarpeeksi kattavat tiedot. (Potilasturvallisuusopas 2011, 26.)

Hoitosuunnitelma on potilasturvallisuuden näkökulmasta keskeinen asiakirja. Sen avulla turvataan potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa, riskien ymmärtäminen ja omahoidon onnistuminen. Hoitosuunnitelman avulla kyetään koordinoimaan eri sairauksien hoidot turvallisesti ja pystytään varmistamaan hoitojen toteutus ja yhteensopivuus. Suunnitelma laaditaan yhdessä potilaan kanssa. Lääkäri osallistuu suunnitelmaan siltä osin, että hän voi päättää lääketieteellisistä tutkimuksista, taudin määräyksistä ja hoidoista. Hoitosuunnitelmassa sovitaan potilaan roolista omassa hoidossaan. Hoitosuunnitelma tulee aina osaksi sähköistä potilastietojärjestelmää. (Potilasturvallisuusopas 2011, 18.)

Potilasturvallisuuden näkökulmasta potilaskertomuksesta tulee löytyä vähintään keskeiset hoitotiedot jokaisesta palvelutapahtumasta (mm. tulosityy, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys, terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja seuranta, sairauden kulku, loppulausunto), sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät, riskit, hoidon haitalliset vaikutukset ja epäillyistä vahingoista tehtävät merkinnät ja hoidon loppulausunto. Lisäksi hoitokertomuksesta tulee löytyä potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavat toimenpiteet. (Potilasturvallisuusopas 2011, 27.)

Yksiköiden tai organisaation rajojen yli mentäessä kirjaamiseen liittyvät haasteet usein tulevat esille (Potilasturvallisuus ja riskien hallinta, 2015). Tiedon kulku potilaan, terveydenhuollon ammattihenkilön ja organisaation välillä on olennaista potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Yksikön potilasturvallisuussuunnitelma määrittelee tiedonkulun periaatteet potilaan ja ammattihenkilön sekä hoidon eri rajapintojen välillä esimerkiksi potilaan siirtyessä osastolta toiselle tai osastolta leikkaussaliin. Tiedonkulun toimivuus tulee varmistaa organisaation

sisällä jokaisen henkilöstön jäsenen välillä. Potilaan hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden tulee antaa potilaalle tietoa hoidosta. Keskeisenä työkaluna tiedonkulussa ja vuorovaikutuksessa toimii hoitosuunnitelma. (Potilasturvallisuusopas 2011, 27.)

4.2 Päivittäiset toiminnot

Päivittäiset toiminnot ovat päivittäin toistuvia toimintoja, joissa ihminen tarvitsee apua joko tilapäisesti tai pysyvästi. Päivittäisistä toiminnoista käytetään lyhennettä PT tai ADL (activities of daily living tai activities of daily life). Potilaan tukeminen ja auttaminen päivittäisissä toiminnoissa on oltava kaikin puolin potilaan omaa aktiivisuutta ja omatoimisuutta tukevaa, jotta potilas ei täysin passivoituisi. Omatoimisuutta voidaan vahvistaa korostamalla kuntoutumista ja kotiutumista hoidon alusta alkaen, tukemalla sekä potilaan, että hänen omaistensa voimavaroja, kunnioittamalla potilaan omaa tahtoa ja potilaan omia toimintatapoja, antamalla apua silloin, kun potilaan omat voimavarat eivät siihen riitä sekä opettamalla potilaalle valmiuksia hoitaa itseään ja pitämään itsestään huolta. (Iivanen & Syväoja 2012, 490.)

WC-toiminnot koostuvat erittämisen eri osa-alueista, joita ovat virtsaaminen ja ulostaminen sekä niihin liittyvät toiminnot. Ihminen poistaa erittämisen avulla elimistön kuona-aineita ja liiallista nestettä. Koska erittämiseen liittyvässä hoitotyössä on kyseessä ihmisen intiimialueet, edellytetään sairaanhoitajalta teoreettisen ja kliinisen osaamisen lisäksi myös eettistä ja arvo-osaamista. Erittämiseen liittyy myös vahvasti potilaan ohjaus, jossa sairaanhoitajan ammattitaidon merkitys korostuu (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 217).

Potilailla voi olla myös erilaisia virtsanpidättämisongelmia. Mikäli niihin ei löydetä parantavaa hoitoa, on mahdollista käyttää erilaisia apuvälineitä, joilla potilaan elämänlaatua pyritään parantamaan. Apuvälineiden valintaan vaikuttavia kriteerejä ovat sukupuoli, potilaan liikuntakyky sekä toimintakyky, ympäristövaikutukset ja virtsankarkailun vaikeus. Vaipat ja tippasuojat ovat imukykyisiä apuvälineitä. Virtsa kerääviä apuvälineitä ovat virtsapullot ja kondomiurinaatit. Vuoteensuojia ovat muun muassa kertakäyttöiset ja monikäyttöiset poikkilakat, saniteettivaipat ja hygieniahousut. Katetrihoidon indikaattoreita ovat esimerkiksi rakon tyhjenemisvaikeudet, virtsan erityksen tarkkailu, tutkimus- ja hoitotoimenpiteet, inkontinenssi eli virtsanpidätyskyvyttömyys, isot leikkaukset, tehohoito ja lääkkeidenanto rakkoon. Katetrin käyttö on aina tilapäistä, koska se lisää infektioriskiä ja voi ärsyttää virtsaputken seinää. (Rautava-Nurmi, Westergård & Henttonen 2014, 275-279.)

Sairanhoitajan on hyvä tietää potilaalle luonteenomainen ulostamistiheys ja -rytmi, jotta hän osaa tarkkailla sitä. Esimerkiksi liikunnan vähyys, erilainen ruokavalio, kipulääkkeet ja erilaiset toimenpiteet voivat muuttaa potilaan ulostamistiheyttä. Ulostustiheyden ja -rytmin lisäksi seurataan myös ulosteen koostumusta ja väriä. Esimerkiksi ulosteessa oleva kirkas veri

viittaa yleensä peräsuolen limakalvon haavaumiin tai peräpukamiin. Ripuli taas voi aiheutua tulehdustaudista, ravinnosta, lääkkeistä, stressistä tai suolistosairauksista. Vastaavasti ummetus voi johtua ulosteen hidastuneesta kulusta paksusuolella, peräsuolen tyhjenemishäiriöistä, ulostamisen pitkittämisestä tai lantionpohjan lihasten huonosta kunnosta, jolloin ponnistaminen on heikentynyt. Potilaalla voi olla myös stooma eli avanne. Se voi olla joko pysyvä tai väliaikainen. Avanteita on erilaisia, kuten paksusuoliavanne, ohutsuoliavanne ja virtsa-avanne. (Kassara ym. 2005, 217 & 231-235.)

Henkilökohtaiseen hygienian hoitoon kuuluu ihon säännöllinen peseminen, intiimihygieniä, hiusten pesu, jalkojen hoito, nenä- ja suuhygieniä, parran ja ihokarvojen hoito, käsihygieniä ja kynsien hoito sekä vaatteiden puhtaudesta huolehtiminen ja vuoteen kunnostaminen. Potilaan hygienian hoidossa sairaanhoitajan on huomioitava potilaan voimavarat sekä kartoitettava millaista apua potilas tarvitsee. Hoidossa huomioitava asia on myös potilaan oma henkilökohtainen tila, jolle muut ihmiset eivät saa tunkeutua luvatta. Sairaalassa potilaiden yksityisyyttä ja intimitteettiä on varjeltava esimerkiksi suojaverhojen tai liikuteltavien sermien avulla, mikäli potilas on useamman hengen huoneessa. (Kassara ym. 2005, 105-106.)

Omatoimiset potilaat voivat käydä itsenäisesti suihkussa. Potilasta autetaan, mikäli hän tarvitsee apua esimerkiksi hiusten tai selän pesemisessä. Liikuntaesteisiä potilaita varten on suihkutuoleja ja vuodepotilaille suihkupaareja. Jos potilas ei itse jaksa tai pysty siirtymään suihkupaarelle, voidaan apuna käyttää liukupatjaa ja nostolakanaa tai potilasnosturia. Näin siirto tapahtuu turvallisesti. Siirtojen aikana on muistettava edelleen potilaan intimitteettisuoja. Hoitajan on myös hyvä kertoa potilaalle mitä tehdään, jotta hän voi myös itse osallistua siirtoon voimiensa mukaan. Pesutilanteissa on helppo tarkistaa myös potilaan jalkojen kunto. Tarkistamisessa tulisi huomioida jalkojen ihon kunto sekä varpaanvälien ja kynsien kunto. Ihorikot edistävät erilaisten infektioiden pääsyn jalkoihin. Erityisesti diabeetikoiden on tärkeää pitää huolta jalkojen hoidosta, koska esimerkiksi epätasapainossa oleva diabetes voi aiheuttaa hermo- ja verisuonivaurioita, jotka taas altistavat jalkojen vaurioille. (Kassara ym. 2005, 106, 110-111 & 118-120.)

Suuhygieniä on myös osa hygienian hoitoa. Suun terveys edesauttaa riittävän ravitsemustilan ylläpitoa ja syömisen nautinnollisuutta. Ruokahaluttomuuden taustalla voi olla esimerkiksi suun infektio. Myös proteeseja käyttävien potilaiden suun limakalvot tulisi tarkastaa säännöllisesti. Vuodepotilaskin voi osallistua suunhoitoon omien voimavarojensa mukaan. (Kassara ym. 2005, 112-113.)

Potilaan ruokailemisen onnistuminen on hoitohenkilökunnan vastuulla. Mikäli potilas ei itse kykene syömään, häntä syötetään. Turvallisuuden näkökulmasta hoitajan on huomioitava poti-

laan mahdolliset nielemisvaikeudet, syöttöasento sekä kiireettömyys. Muita huomioimisen arvoisia asioita on potilaan ruokahalu sekä nautitun ruuan ja juoman määrä. (Iivanen ym. 2012, 514-516.)

Mikäli potilas ei kykene nauttimaan ruokaa suun kautta, esimerkiksi nielemisrefleksin heikentymisen tai puuttumisen vuoksi, voidaan ravinto antaa nenä-mahaletkun avulla. Nenä-mahaletkun kautta voidaan antaa ravinnon lisäksi myös lääkkeitä. Lisäksi nenä-mahaletkun avulla voidaan pitää mahalaukku tyhjänä, esimerkiksi silloin kun potilas kärsii rajusta oksentelusta tai hänen mahalaukkuunsa on tehty leikkaus tai toimenpide, jonka jatkohoitoon kuuluu mahalaukun tyhjänä pitäminen. Mikäli enteraalinen eli ruuansulatuskanavan kautta nautittu ravitsemus ei onnistu, on mahdollista toteuttaa ravitsemus suonensisäisesti eli parenteraalisesti. Enteraalinen ravitsemus on kuitenkin aina ensisijainen vaihtoehto, koska se on turvallisempi, fysiologisempi, halvempi sekä infektioriskiltään pienempi. Potilaan ravitsemusta voidaan toteuttaa lisäksi myös gastrostooman eli mahalaukkuavanteen avulla. Se mahdollistaa ruuan ja nesteiden nauttimisen myös suun kautta. (Kassara ym. 2005, 149 & 154-155.)

Turvallisen liikkumisen avustamisessa tavoitteena on tukea ja ohjata potilasta yksilöllisesti omatoimiseen ja aktiiviseen liikuntaan potilaan sairauden tai vamman sallimissa rajoissa. Hoitotyöntekijän on tärkeää osata tunnistaa kaatumisriskissä olevat potilaat, jotta kaatumisia pystytään ehkäisemään. Esimerkiksi osteoporoosia sairastavien potilaiden lonkkamurtumia voidaan tehokkaasti ehkäistä käyttämällä lonkkasuojaimia (Iivanen ym. 2012, 516.)

Myös vuodepotilailla on oltava mahdollisuus kuntoutumiseen. Asento- ja liikehoidon tavoitteena on ehkäistä nivelten virheasentoja, ihon painumista ja painehaavoja. Lisäksi asentohoidolla voidaan edistää potilaan kehon hahmotusta ja ryhtiä. Vuodepotilaan asentoa tulisikin vaihtaa vähintään kahden tunnin välein, lisäksi asentohoidossa on otettava potilaan omat toiveet huomioon. Käytetyimmät asennot ovat selin- ja kylkimakuu. Lisäksi potilas voi maata myös vatsallaan, mutta siinä on huomioitava potilaan fyysiset rajoitukset, kuten suuret rinnat tai vatsa sekä mahdollistaa esteetön hengittäminen. (Kassara ym. 2005, 133-134.)

Vuodelevossa olleen potilaan tulisi päästä ylös sängystä mahdollisimman nopeasti, jotta elimistö tottuisi myös pystyasentoon. Ennen vuoteesta nousemista on selvitettävä potilaan voimavarat. Potilasta enemmänkin tuetaan kuin autetaan automaattisesti kaikessa. Oikeanlaisella avustamisella helpotetaan myös potilaan oman liikkeen onnistumista. Potilaan avustamisessa voidaan käyttää lukuisia apuvälineitä, jotka helpottavat myös hoitajan työtä. Tällaisia apuvälineitä ovat muun muassa kääntölevy sekä nosto- tai talutusvyö, joiden avulla potilasta voidaan auttaa siirtymään vuoteesta pyörätuoliin. Nostolaitteella siirtäminen vaatii opettelua sekä hoitajalta että potilaalta, sillä se voi kehittää potilaalle voimakkaan putoamispelon. (Kassara ym. 2005, 138-139.)

Kun potilas tarvitsee vain vähän tukea liikkumisessa ja kun hänen oppimis- ja muistikykynsä on hyvät, kävelykeppi on sopiva apuväline. Kynnärsauvat ja kainalosauvat antavat kävelykeppiä tukevamman tuen ja keventävät alaraajojen kuormitusta. Rollaattoria voidaan harkita silloin, kun käsivoimien heikkous ja heikentynyt tasapaino estävät sauvojen käytön. Kävelypöytä eli Foordi tai Eva-teline antaa vielä paremman tuen kuin rollaattori, mutta sen käyttö vaatii paljon tilaa. Potilailla voi olla myös käytössään ortooseja ja erilaisia tukia. Ortoosit tukevat ja suojaavat kehon virheasentoja sekä parantavat jonkin kehon osan toimintaa ja näin ollen parantavat potilaan toimintakykyä. Erilaisia tukia on lukuisia ja ne valitaan aina käyttötarkoituksen mukaisesti. Tukea voidaan tarvita esimerkiksi murtumien hoidossa tai halvaantumistapauksissa. (Saastamoinen, Hietanen, Juvonen & Monto 2010, 14-16 & 21-22.)

5 Tutkimuksen suorittaminen

5.1 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöllä haettiin vastauksia siihen:

1. Miten Hyvinkään terveystieteiden keskeisen yksikön vuodeosastojen hoitosuunnitelmat tukevat hoitotyötä ja potilasturvallisuutta?
2. Miten säännöllinen päivittäinen kirjaaminen toteutuu Hyvinkään terveystieteiden keskeisen yksikön vuodeosastolla?

5.2 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyössä toteutettu tutkimus on analyysi Hyvinkään terveystieteiden keskeisen yksikön vuodeosastojen 1, 11A ja 11B potilaiden hoitosuunnitelmista. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tutkimus on metodeiltaan pitkittäis- ja otantatutkimus ja siinä käytettiin deskriptiivistä lähestymistapaa. Tutkimuksen aineistoa kerättiin useampana päivänä ja sen otos vaihteli päivittäin. Tutkimustulos on analyysi hoitosuunnitelmien sisällöstä.

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus voidaan myös nimetä tilastolliseksi tutkimukseksi. Tutkimustapa pyrkii vastaamaan kysymyksiin mikä, missä, paljonko ja kuinka usein. Kvantitatiivisen tutkimuksen on tarkoitus tarkastella johonkin ilmiöön liittyviä kysymyksiä, jotka liittyvät lukumääriin tai prosentiosuuksiin. Onnistuakseen kvantitatiivinen tutkimus vaatii riittävän suurta otosta tutkittavaa ilmiötä sisältävästä kohteesta. Tavallisimmin aineistoa kerätessä käytetään standardisoituja lomakkeita, jotka sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2014, 15.)

Havainnot kuvataan numeraalisesti. Tulokset voidaan esittää kuvioin tai taulukoin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa usein myös selvitetään eri asioiden riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä ilmeneviä muutoksia. Tutkimuksessa on pyrkimys yleistää saatuja tuloksia, tutkittavaa kohdetta laajempaan kokonaisuuteen, käyttäen tilastollisen päättelyn keinoja. Kvantitatiivinen tutkimus ei välttämättä riitä tarjoamaan ratkaisuja tai keinoja ilmiössä havaittuihin syihin, mutta sillä kyetään kuvaamaan ilmiön sen hetkinen tilanne. (Heikkilä 2014, 15.)

Kvantitatiivinen lähestyminen on sovellettavissa moneen eri lähtökohtaan ja sitä voidaan luokitella, ryhmitellä sekä nimetä monin eri tavoin. Kvantitatiivinen tutkimus voidaan jakaa pitkittäis- tai poikittaistutkimukseen, prospektiiviseen tai retrospektiiviseen tutkimukseen, kausaaliseen, kartoittavaan tai kuvailevaan tutkimukseen, sekä se voi olla kokonais- tai otanta-tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.)

Koska useimmiten on mahdotonta tavoittaa koko perusjoukkoa, voidaan tutkimus joutua toteuttamaan otantatutkimuksena. Otantatutkimuksen tarkoitus on olla pienoiskuva perusjoukosta, jolloin tulokset ovat luotettavia. Kun otosta valitaan, on katsottava, että se edustaa samoja ominaisuuksia, samassa suhteessa kun perusjoukko. Toisin sanoen otoksen on vastattava perusjoukkoa tutkittavien ominaisuuksien suhteen. Tällä tavoin varmistetaan, että otoksesta saatuja havainnot arvioitaessa saadaan tulos, joka vastaa perusjoukon tulosta. (Heikkilä 2014, 31-32.)

Tutkimuskohde voi olla osoitettu ja valikoitu otanta perusjoukosta. Tämä tarkoittaa sitä, että perusjoukosta käytetään valikoitua otantaa. Otannasta saatuja tietoja voidaan arvioida Likert-asteikolla, jonka vaihtoehdot perustuvat kysymysmuodossa esitettyihin väittämiin. (Heikkilä 2014, 35, 51.)

Otannan koko ilmaistaan tilastollisena määränä, niin sanottuna otantasuhteena. Tämä tarkoittaa otoskokoja jaettuna perusjoukon koolla. Otannan vaiheissa, ensin määritellään perusjoukko ja selvitetään perusjoukkoa kuvaava rekisteri. Seuraavaksi tulee määritellä otosyksikkö, joka voi olla esimerkiksi henkilö, perhe tai yritys. Tämän jälkeen valitaan otantamenetelmä ja otoksen koko. Seuraavaksi suunnitellaan miten tutkimus toteutetaan ja lopuksi suoritetaan otos. (Heikkilä 2014, 33.)

Pitkittäistutkimuksessa, tutkimusaineistoa kerätään useammin kuin yhden kerran ja ilmiö jota tutkitaan, pysyy samana. Pitkittäistutkimuksen ero poikittaistutkimukseen on, että jälkimmäisessä aineistoa tutkitaan ja kerätään vain kerran, eikä tutkittavaa ilmiötä ole tarkoitus tutkia suhteessa ajalliseen etenemiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.)

Tutkimustyylin valintaan vaikuttaa suuresti tutkimuskysymysten valinta ja ymmärrys siitä, millaista tutkimustietoa tutkimuksessa on tarkoitus kerätä. Pitkittäistutkimuksen etuna on se, että tutkimusmateriaalia päästään tutkimaan pidemmän aikavälin katsauksella, jolloin siitä voidaan havaita ajan tuomia muutoksia, eivätkä havainnot ole vain hetkeen sidottuja, kuten poikittaistutkimuksessa. Poikittaistutkimuksen hyvä puoli taas on se, että tutkittavasta ilmiöstä voidaan tutkia montaa muuttujaa samanaikaisesti. (Institute for Work & Health 2015, 2.)

Deskriptiivisen lähestymistavan tarkoitus on tiivistää, jäsentää ja kuvata tutkittavasta ilmiöstä saatua aineistoa. Deskriptiivinen lähestymistapa pyrkii keräämään tutkimuskohteesta saatua tietoa yhteen, selittämään sitä ja samalla välttämään muuttamasta tietoa erilaiseksi. Kun kvantitatiivista tutkimusta tehdään deskriptiivisellä lähestymistavalla, kootaan tutkittavasta kohteesta pelkkää faktaa ja toteavaa asiasisältöä. (Virtuaalinen ammattikorkeakoulu 2016.)

Deskriptiivinen lähestymistapa sisältää itsessään jo jonkin asteista analyysiä, mutta tutkija pyrkii kuvailemaan kohdetta objektiivisen puolueettomasti. Lähestymistapaa voidaan soveltaa kvantitatiivisessa tutkimuksessa, sillä siinä voidaan hyödyntää numerotietoa, sekä sanallista ja audiovisuaalista kuvaamistapaa. Deskriptiivisessä kvalitatiivisessa tutkimuksessa kaikki muuttujat ovat asetelmallisesti samanarvoisia. Tällöin ei tule jakoa selittäviin ja selitettäviin tai riippuviin ja riippumattomiin muuttujiin. (Virtuaalinen ammattikorkeakoulu 2016.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimuskohteena osoitettua ja valikoitua otantaa perusjoukosta. Valikoitu otanta koostui potilaista, jotka antoivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Kirjallisella suostumuksella potilaat antoivat luvan hoitosuunnitelmiensa tietojen käyttöön tutkimuksessa. Otannan tietoja käsiteltiin ja arvioitiin asenneasteikon mukaan, jotka perustuivat väittämiin. Tässä opinnäytetyössä väittämät koskevat otannan hoitosuunnitelmien toteutusta. Hoitosuunnitelmista arvioitavia kohteita olivat päivittäisiin toimintoihin liittyvä kirjaus, joita olivat WC-toimintoihin, hygienian hoitoon, ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyvät kirjaukset.

5.3 Mittarit

Mittaaminen on toiminto, jossa havainnoinnissa käytettävään yksikköön liitetään sen ominaisuutta kuvaava mittaluku. Mittaamisen tulos on muuttujan arvo, joka voi kuvata pituutta tai lukumäärä, mutta yhtäläillä myös asennetta, mielipidettä tai sosiaalista asemaa. Tästä johtuen, jonkin ominaisuuden mittarina, toimii usein yksittäinen muuttuja. Jotta virhetuloksilta vältyttäisiin, on käsitteet määriteltävä tarkoin. Muuttujan mittaustaso vaikuttaa saatavaan tietoon ja sallittuihin laskennallisiin toimenpiteisiin. Mittaustasoa kuvataan muuttujan mittaasteikolla. Mitta-asteikko määrittää suoritettavat tilastolliset toimenpiteet. (Karjalainen 2010, 20.)

Tavallisimmin käytettävä Likert-asteikko on välillä 1-4. Asteikon numerot on tulkittavissa seuraavasti, 1. Täysin eri mieltä, 2. Jokseenkin eri mieltä, 3. Jokseenkin samaa mieltä ja 4. Täysin samaa mieltä. Asteikkoon olisi mahdollista lisätä kohta, En osaa sanoa, mutta koska se saattaa olla epäselvissä tilanteissa liian houkutteleva kohta vastata, voidaan se jättää pois. Tällöin tutkija niin sanotusti pakotetaan vastaamaan kysymykseen. (Heikkilä 2014, 51-52.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin analysointivaiheessa Likert-asteikkoa, jonka arviointi on välillä 1-5. Hoitosuunnitelmien analysointiin käytettiin auditointilomaketta (Liite 3), jolla on mitattu hoitosuunnitelmien sisältöä. Auditointilomakkeessa tarkastellaan hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoidon tarpeita, tarpeen kuvauksia, kuvauksen ajan tasaisuutta ja päivittäisten kirjausten säännöllistä tekoa. Hoidon tarve kuvastaa potilaan terveyden tilaan liittyvää ongelmaa, jota voidaan hoitokeinoin lievittää tai poistaa. Hoidon tarpeella on tärkeää olla ajan tasalla oleva kuvaus, jotta ongelma tulee hoitohenkilöstön tietoon. Päivittäiset kirjaukset ovat hoidon toteutumisen varmistamisen ja hoidon arvioinnin kannalta merkittävää tehdä päivittäin. Auditointilomakkeessa on väittämiä neljän toiminnon osalta: WC-toiminnot, hygienian hoito, ravitsemus ja liikkuminen. Väittämiä arvioidaan numeraalisesti. Numeroasteikko on viidestä yhteen: 5 = Tarvittavat tiedot löytyvät, 4 = Tiedoissa epäolennaista, 3 = Tiedot ovat vaillinaiset, 2 = Tiedoista löytyy alle puolet ja 1 = Tietoa ei ole kirjattu lainkaan. Auditointilomakkeessa on kohta lomakkeen numerolle, jotta auditointi vaiheessa lomake kyetään jäljittämään oikeaan hoitokertomukseen tarpeen vaatiessa. Opinnäytetyön valmistuttua auditointilomakkeet hävitetään asianmukaisesti tietosuojajätteisiin.

6 Tulokset Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastoilta 1, 11A ja 11B

Osastolla 1 aineiston keruu toteutettiin 28.2.2017. Tuolloin osaston potilasmäärä oli kokonaisuudessaan 42. Osastolla vuorossa olevia hoitajia konsultoitui tutkimukseen valittavien potilaiden osalta. Tutkimuskelpoisiksi valikoitui yhteensä 26 potilasta. Tutkimuksen ulkopuolelle jäi 16 potilasta jotka eivät laskeneen yleistilan, muistisairauden, huonon kuulon, puhevaikeuden tai edunvalvonnan piirissä olon vuoksi kyenneet osallistumaan tutkimukseen. Tutkimuskelpoisista potilaista tavoitettiin 21, joista 19 antoivat suostumuksen hoitotietojensa käyttämiseen tutkimuksessa. Analysoitavia hoitosuunnitelmia oli yhteensä 19 kappaletta.

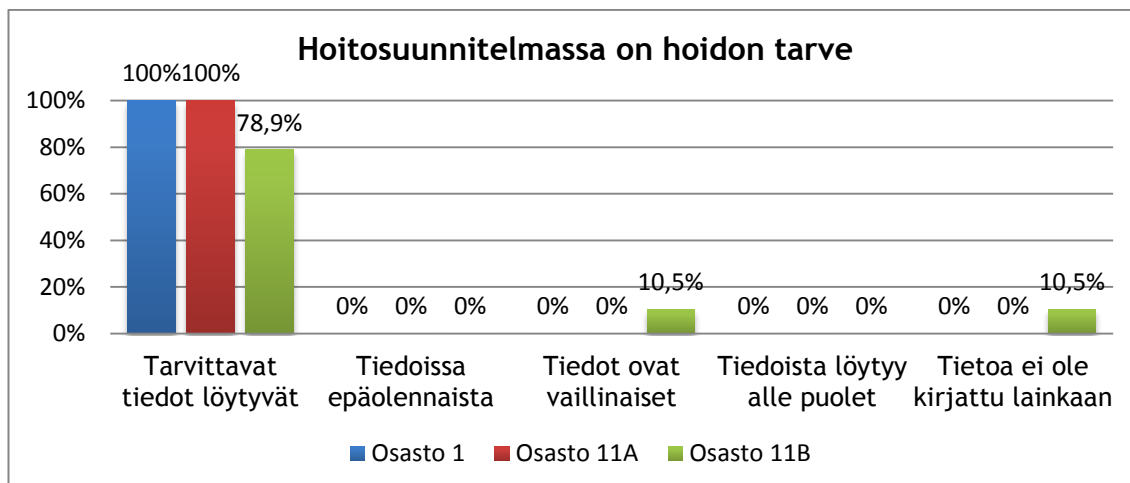
Osastolla 11A aineiston keruu toteutettiin 2.3.2017. Tuolloin osaston potilasmäärä oli kokonaisuudessaan 35. Osastolla vuorossa olevia hoitajia konsultoitui tutkimukseen valittavien potilaiden osalta, jonka seurauksena päädyimme kysymään suostumusta kaikilta tavoitettavilta potilailta. Potilaita tavoitettiin 27, joista 15 antoivat suostumuksen hoitotietojensa käyttämiseen tutkimuksessa. Tavoitetuista potilaista seitsemän suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle las-

keneen yleistilan, huonon kuulon tai puhevaikeuden vuoksi, eivätkä he tällöin kyenneet kertomaan selkeästi kantaansa hoitotietojensa käyttämisestä tutkimuksessa. Analysoitavia hoitosuunnitelmia oli yhteensä 15 kappaletta.

Aineiston keruu toteutettiin osastolla 11B 2.3.2017. Osastolla oli tuolloin kokonaisuudessaan 35 potilasta. Osastolla olevia hoitajia konsultoitii tutkimukseen valittavien potilaiden osalta, jonka seurauksena päädyimme kysymään suostumusta kaikilta tavoitettavilta potilailta. Potilaista tavoitettiin 25, joista 19 antoivat suostumuksen hoitotietojensa käyttämiseen tutkimuksessa, kuusi tavoitetuista potilaista suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle, sillä he eivät laskeeneen yleistilan, huonon kuulon tai puhevaikeuden takia kyenneet kertomaan selkeästi kantaansa hoitotietojensa käyttämisestä tutkimuksessa. Analysoitavia hoitosuunnitelmia oli 19 kappaletta.

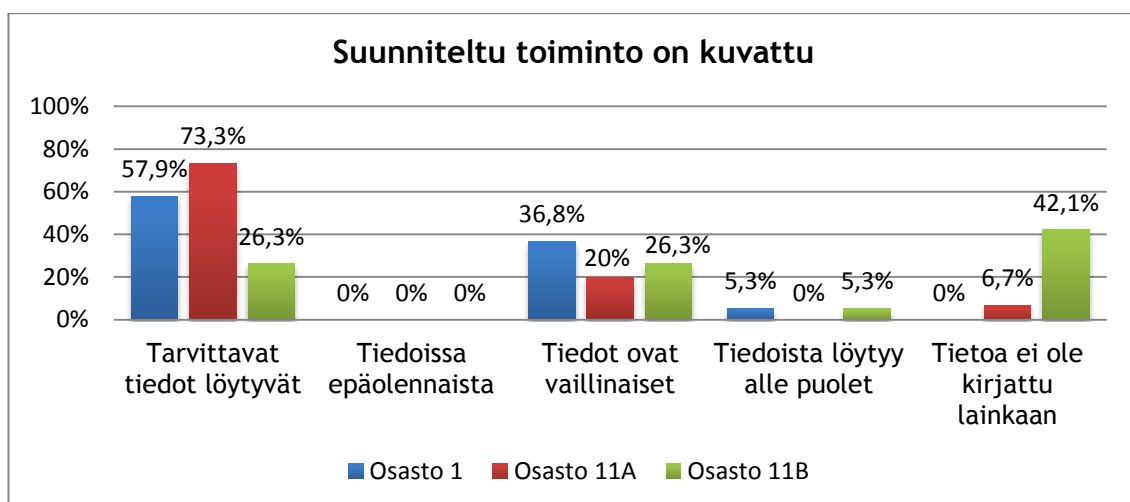
Hoitosuunnitelmien kirjaamista analysoitiin WC-toimintojen, hygienian hoidon, ravitsemuksen ja liikkumisen osalta. Jokaista osa-aluetta analysoitaessa esitettiin neljä eri väittämää: hoitosuunnitelmassa on hoidon tarve, suunniteltu toiminto on kuvattu, toiminnon kuvaus on ajan tasalla ja toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin. Väittämiä arvioidaan numeraalisesti. Numeroasteikko on viidestä yhteen: 5 = Tarvittavat tiedot löytyvät, 4 = Tiedoissa epäolennaista, 3 = Tiedot ovat vaillinaiset, 2 = Tiedoista löytyy alle puolet ja 1 = Tietoa ei ole kirjattu lainkaan.

6.1 WC-toiminnot



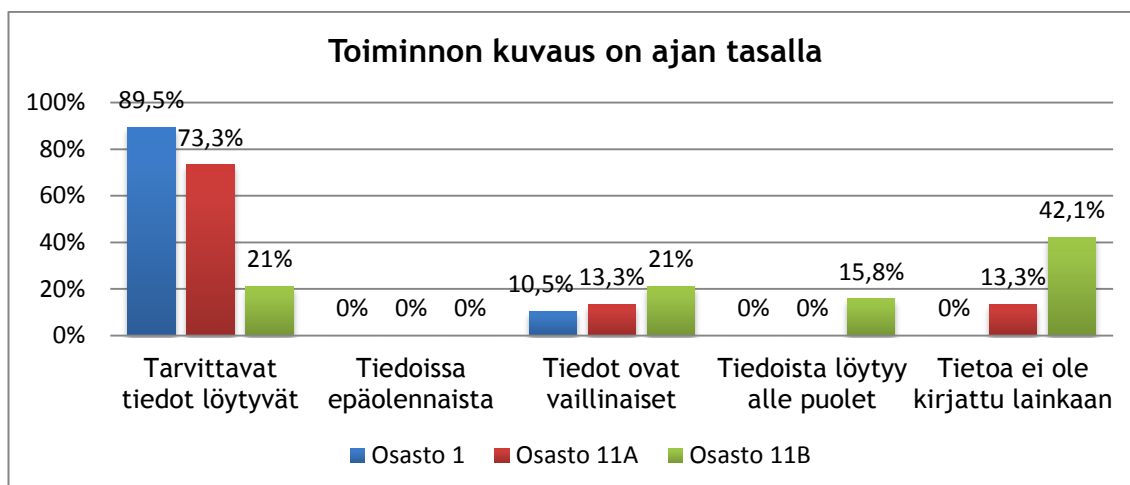
Taulukko 1: WC-toiminnot: Hoitosuunnitelmassa on hoidon tarve

Osasto 1:n ja 11A:n osalta hoitosuunnitelmasta löytyi hoidon tarve kaikista hoitosuunnitelmista. Osastolla 11B hoidon tarve löytyi 15 hoitosuunnitelmasta, kahdessa hoitosuunnitelmassa tiedot olivat vaillinaiset ja kahdesta hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan.



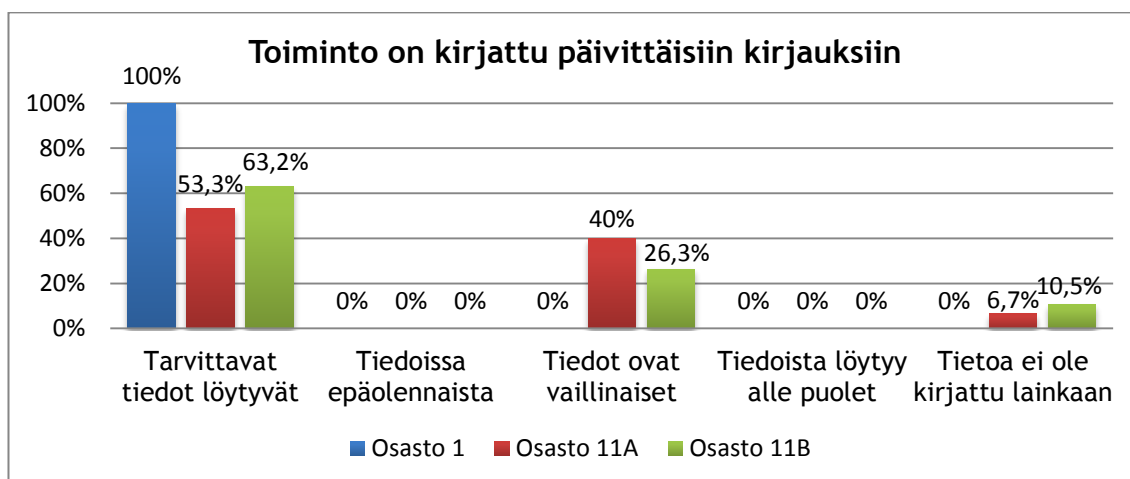
Taulukko 2: WC-toiminnot: Suunniteltu toiminto on kuvattu

Suunniteltu toiminto oli kuvattu osasto 1:llä 11 hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset seitsemässä hoitosuunnitelmassa ja tiedoista löytyi alle puolet yhdessä hoitosuunnitelmassa. Osastolla 11A toiminto oli kuvattu 11 hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset kolmessa hoitosuunnitelmassa ja tietoa ei löytynyt lainkaan yhdestä hoitosuunnitelmasta. Osasto 11B:llä tiedot löytyivät viidestä hoitosuunnitelmasta, tiedot olivat vaillinaiset viidessä hoitosuunnitelmassa, tiedoista löytyi alle puolet yhdessä hoitosuunnitelmassa ja tietoa ei löytynyt lainkaan kahdeksasta hoitosuunnitelmasta.



Taulukko 3: WC-toiminnot: Toiminnon kuvaus on ajan tasalla

Analysoitaessa kuvausten ajantasaisuutta, ilmeni, että osastolla 1 tiedot löytyivät 17 hoitosuunnitelmasta ja tiedot olivat vaillinaiset kahdessa hoitosuunnitelmassa. Osastolla 11A tarvittavat tiedot löytyivät 11 hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset kahdessa hoitosuunnitelmassa ja tietoa ei ollut lainkaan kahdessa hoitosuunnitelmassa. Osasto 11B:llä tiedot löytyivät neljästä hoitosuunnitelmasta, tiedot olivat vaillinaiset neljässä hoitosuunnitelmassa, tiedoista löytyi alle puolet kolmesta hoitosuunnitelmasta ja tietoa ei ollut lainkaan kahdeksassa hoitosuunnitelmassa.

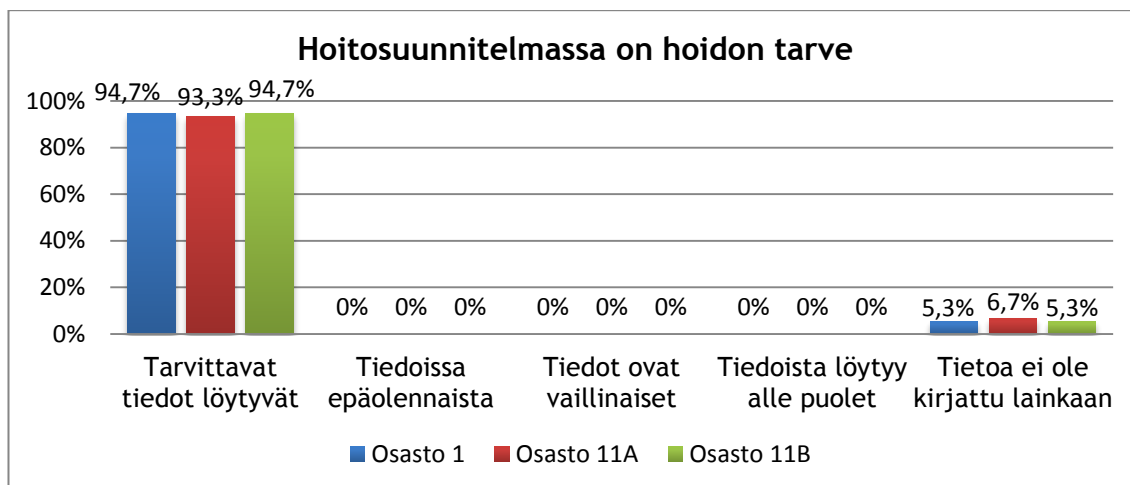


Taulukko 4: WC-toiminnot: Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin

Toiminnosta oli tehty kirjaukset päivittäisiin kirjauksiin osasto 1:n osalta kaikkien 19 hoitosuunnitelman osalta. Osastolla 11A toiminnosta oli tehty päivittäiset kirjaukset kahdeksassa hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset kuudessa hoitosuunnitelmassa ja tietoa ei ollut lainkaan kirjattu yhdessä hoitosuunnitelmassa. Osastolla 11B päivittäiset kirjaukset oli tehty

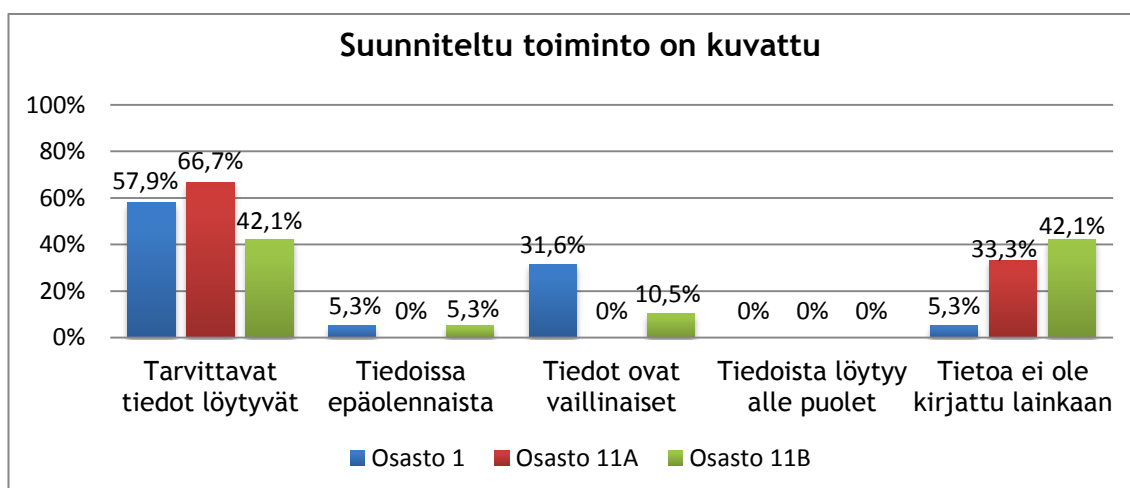
12 hoitosuunnitelman osalta, tiedot olivat vaillinaiset viidessä hoitosuunnitelmassa, tietoja ei löytynyt lainkaan kahdesta hoitosuunnitelmasta.

6.2 Hygienian hoito



Taulukko 5: Hygienian hoito: Hoitosuunnitelmassa on hoidon tarve

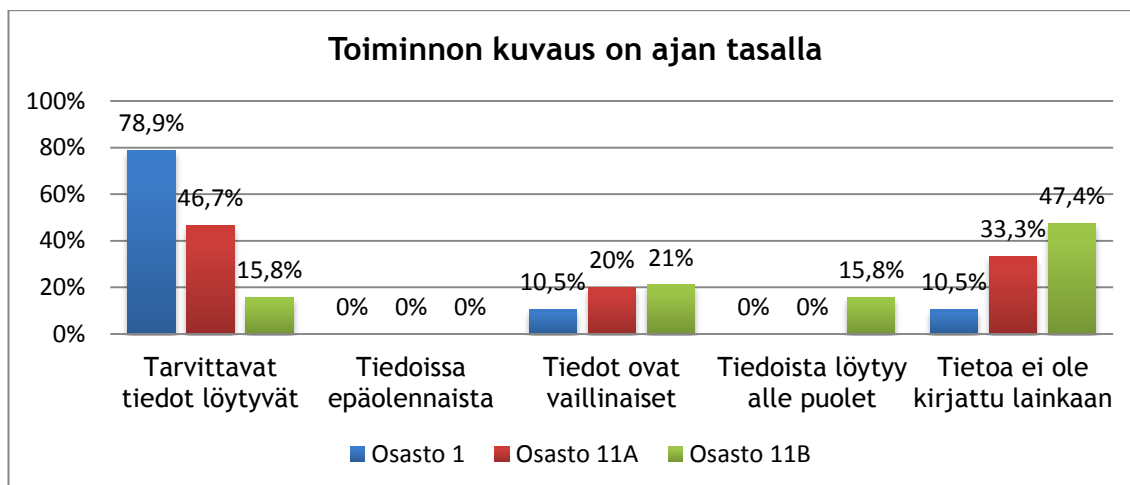
Hoidon tarve oli määritelty osasto 1:llä 18 hoitosuunnitelmassa, yhdessä hoitosuunnitelmassa tietoa ei oltu kirjattu lainkaan. Osastolla 11A hoidon tarve löytyi 14 hoitosuunnitelmasta, tietoa ei löytynyt lainkaan yhdestä hoitosuunnitelmasta. Osastolla 11B hoidon tarve löytyi 18 hoitosuunnitelmasta ja yhdessä hoitosuunnitelmassa hoidon tarvetta ei löytynyt.



Taulukko 6: Hygienian hoito: Suunniteltu toiminto on kuvattu

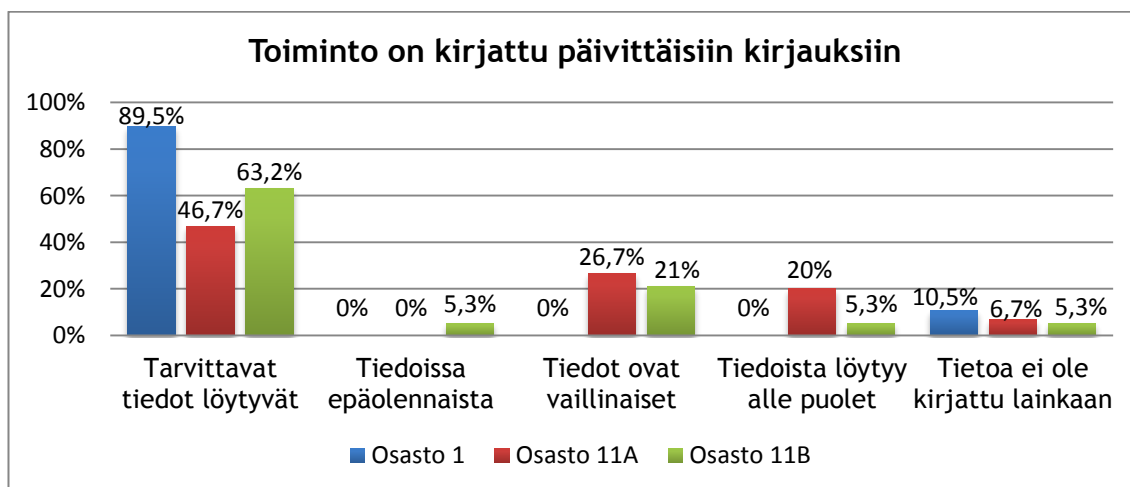
Osastolla 1 hoitosuunnitelmiin oli kuvattu toiminto kattavasti 11 hoitosuunnitelmassa, tiedoissa oli epäolennaista yhdessä hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset kuudessa hoitosuunnitelmassa ja yhdessä hoitosuunnitelmassa tietoa ei oltu kirjattu lainkaan. Osasto

11A:lla toiminto oli kuvattu 10 hoitosuunnitelmassa ja tietoa ei löytynyt lainkaan viidestä hoitosuunnitelmasta. Osasto 11B:llä toiminto oli kuvattu kahdeksassa hoitosuunnitelmassa, yhdessä hoitosuunnitelmassa tiedoissa oli epäolennaista, tiedot olivat vaillinaiset kahdessa hoitosuunnitelmassa ja kahdeksasta hoitosuunnitelmasta toiminnon kuvaus puuttui kokonaan.



Taulukko 7: Hygienian hoito: Toiminnon kuvaus on ajan tasalla

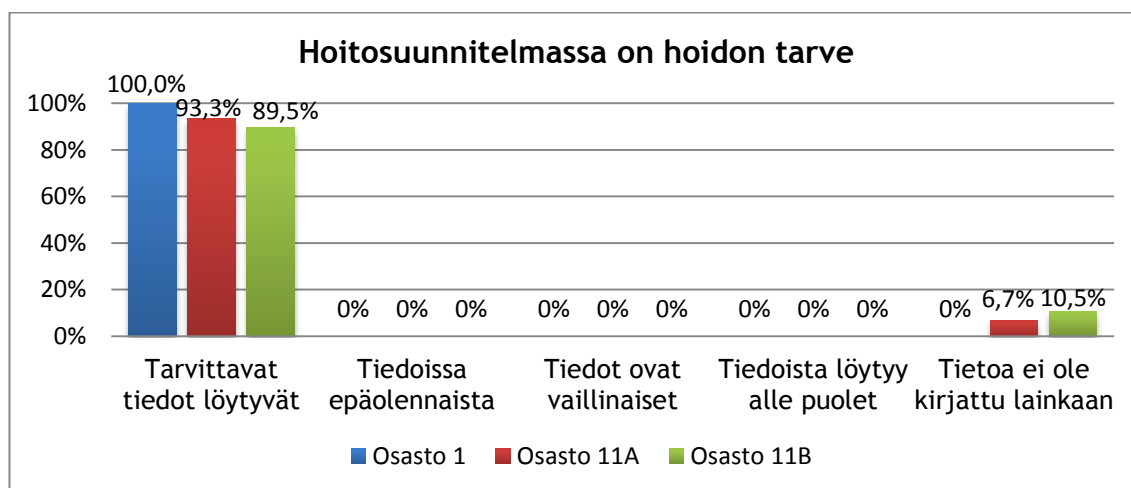
Toiminnon kuvaus oli ajan tasalla osasto 1:llä 15 hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset kahdessa hoitosuunnitelmassa ja tietoja ei oltu kirjattu lainkaan kahdessa hoitosuunnitelmassa. Osasto 11A:lla toiminnon kuvaus oli ajan tasalla seitsemässä hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset kolmessa hoitosuunnitelmassa ja viidestä hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan. Osastolla 11B toiminnon kuvaus oli ajan tasalla kolmessa hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset neljässä hoitosuunnitelmassa, kolmessa hoitosuunnitelmassa tiedoista löytyi alle puolet ja yhdeksästä hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan.



Taulukko 8: Hygienian hoito: Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin

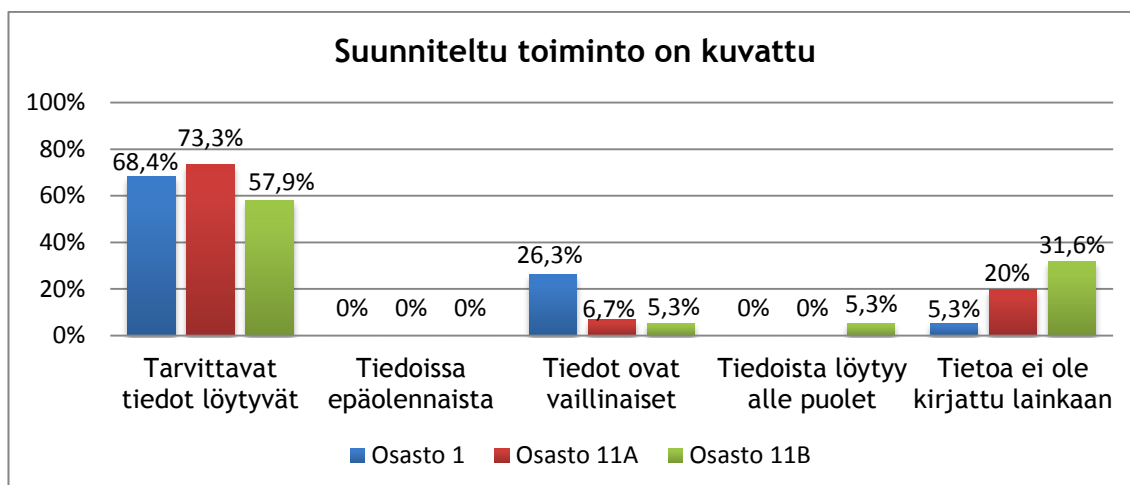
Päivittäiset kirjaukset oli osastolla 1 tehty 17 hoitosuunnitelmassa ja kahden hoitosuunnitelman osalta tietoja ei löytynyt lainkaan kahdesta hoitosuunnitelmasta. Osastolla 11A päivittäiset kirjaukset löytyivät seitsemästä hoitosuunnitelmasta, tiedot olivat vaillinaiset neljässä hoitosuunnitelmassa, kolmessa hoitosuunnitelmassa tiedoista löytyi alle puolet ja yhdestä hoitosuunnitelmasta päivittäisiä kirjauksia ei löytynyt lainkaan. Osastolla 11B päivittäiset kirjaukset löytyivät kattavasti 12 hoitosuunnitelmasta, tiedoissa oli epäolennaista yhdessä hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset neljässä hoitosuunnitelmassa, yhdessä hoitosuunnitelmassa tiedoista löytyi alle puolet ja yhdestä hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan.

6.3 Ravitseminen



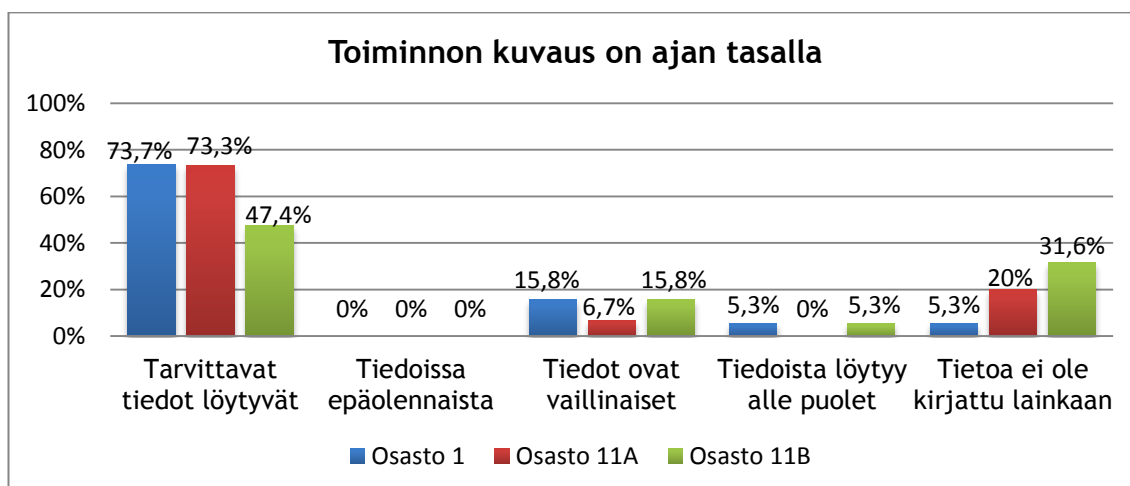
Taulukko 9: Ravitseminen: Hoitosuunnitelmassa on hoidon tarve

Osastolla 1 ravitsemukselle oli asetettu hoidon tarve kaikkiin 19 hoitosuunnitelmaan. Osastolla 11A hoidon tarve löytyi 14 hoitosuunnitelmasta ja yhteen hoitosuunnitelmaan hoidon tarvetta ei oltu asetettu lainkaan. Osastolla 11B hoidon tarve oli asetettu 17 hoitosuunnitelmaan ja kahdesta hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan.



Taulukko 10: Ravitsemus: Suunniteltu toiminto on kuvattu

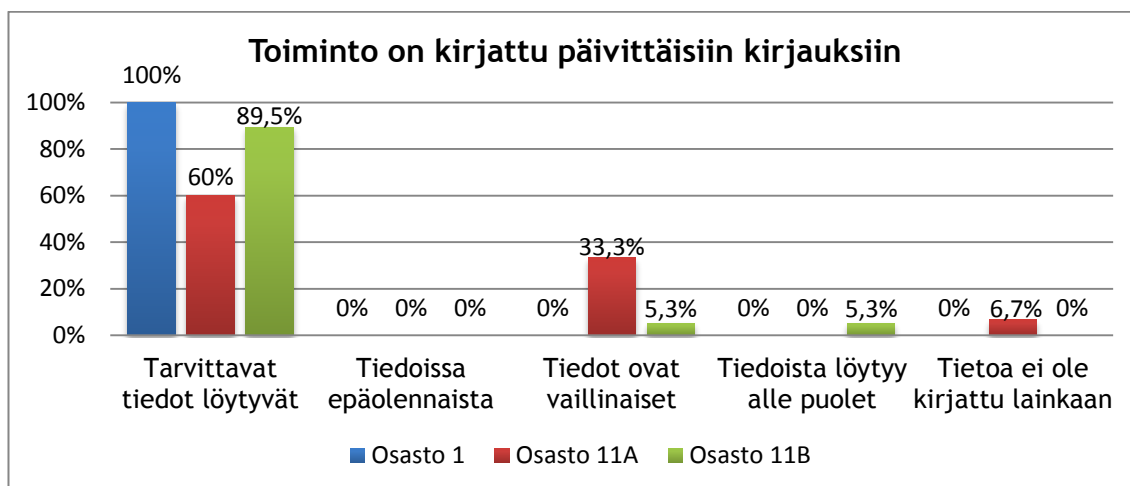
Suunniteltu toiminto oli kuvattu kattavasti osasto 1:llä 13 hoitosuunnitelmaan, tiedot olivat vaillinaiset viidessä hoitosuunnitelmassa ja yhteen hoitosuunnitelmaan toimintoa ei oltu kuvattu lainkaan. Osastolla 11A toiminto oli kuvattu kattavasti 11 hoitosuunnitelmaan, tiedot olivat vaillinaiset yhdessä hoitosuunnitelmassa ja tietoa ei löytynyt lainkaan kolmesta hoitosuunnitelmasta. Suunniteltu toiminto oli kuvattu kattavasti osastolla 11B 11 hoitosuunnitelmaan, tiedot olivat vaillinaiset yhdessä hoitosuunnitelmassa, yhdessä hoitosuunnitelmassa tiedoista löytyi alle puolet ja tietoa ei löytynyt lainkaan kuudesta hoitosuunnitelmasta.



Taulukko 11: Ravitsemus: Toiminnon kuvaus on ajan tasalla

Toiminnon kuvaus oli ajan tasalla osasto 1:llä 14 hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset kolmessa hoitosuunnitelmassa, tiedoista löytyi alle puolet yhdessä hoitosuunnitelmassa ja yhteen hoitosuunnitelmaan tietoa ei oltu kirjattu lainkaan. Osastolla 11A toiminnon kuvaus oli ajan tasalla 11 hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset yhdessä hoitosuunnitelmassa ja kolmesta hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan. Osasto 11B:llä toiminnon kuvaus oli

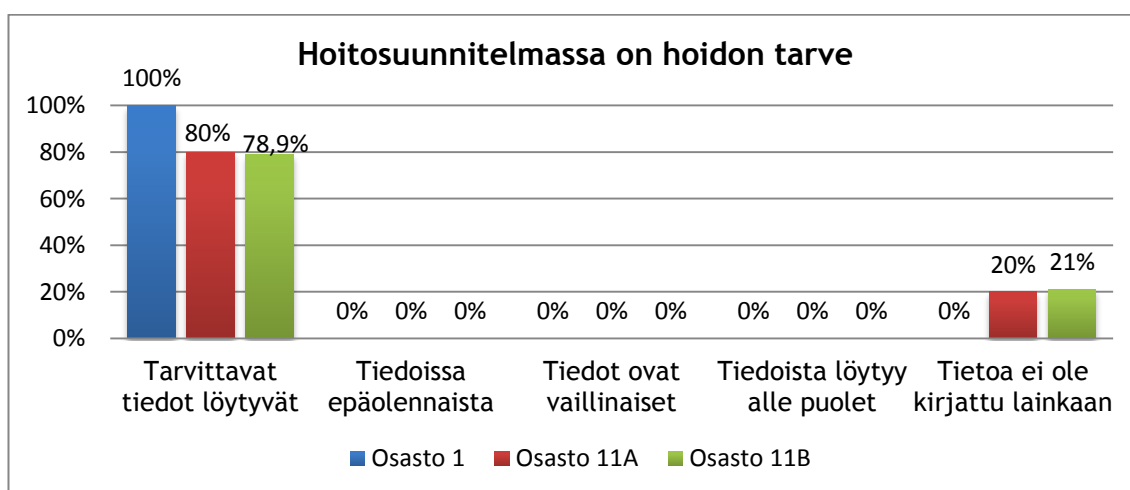
ajan tasalla yhdeksässä hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset kolmessa hoitosuunnitelmassa, tiedoista löytyi alle puolet yhdessä hoitosuunnitelmassa ja kuuteen hoitosuunnitelmaan tietoa ei oltu kirjattu lainkaan.



Taulukko 12: Ravitsemus: Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin

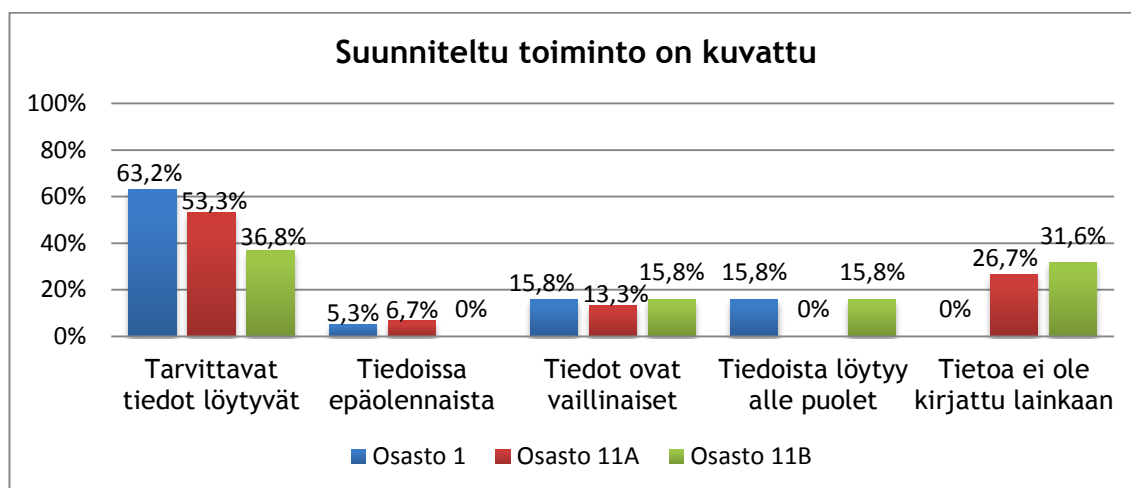
Osastolla 1 päivittäiset kirjaukset löytyivät ravitsemuksen osalta kaikista 19 hoitosuunnitelmasta. Osastolla 11A päivittäiset kirjaukset löytyivät kattavasti yhdeksästä hoitosuunnitelmasta, tiedot olivat vaillinaiset viidessä hoitosuunnitelmassa ja yhdessä hoitosuunnitelmassa kirjauksia ei löytynyt lainkaan. Osastolla 11B päivittäiset kirjaukset löytyivät kattavasti 17 hoitosuunnitelmasta, tiedot olivat vaillinaiset yhdessä hoitosuunnitelmassa ja yhdestä hoitosuunnitelmasta tiedoista löytyi alle puolet.

6.4 Liikkuminen



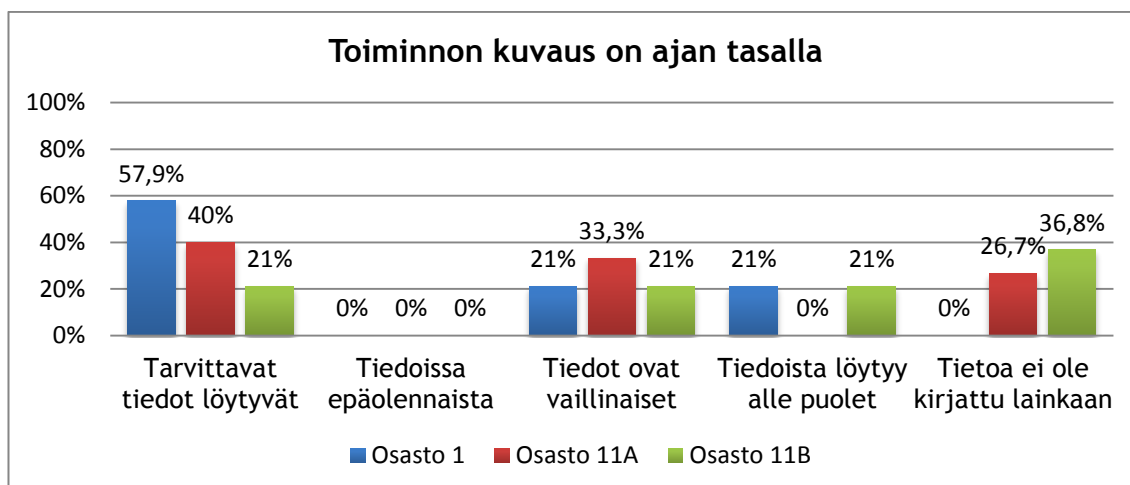
Taulukko 13: Liikkuminen: Hoitosuunnitelmassa on hoidon tarve

Liikkumisen osalta hoitosuunnitelmiin oli määritelty hoidon tarve osastolla 1 kaikkiin 19 hoitosuunnitelmaan. Osastolla 11A hoidon tarve oli määritelty 12 hoitosuunnitelmaan ja kolmeen hoitosuunnitelmaan hoidon tarvetta ei oltu määritelty lainkaan. Osasto 11B:llä hoidon tarve oli määritelty 15 hoitosuunnitelmaan ja hoidon tarve puuttui kokonaan neljästä hoitosuunnitelmasta.



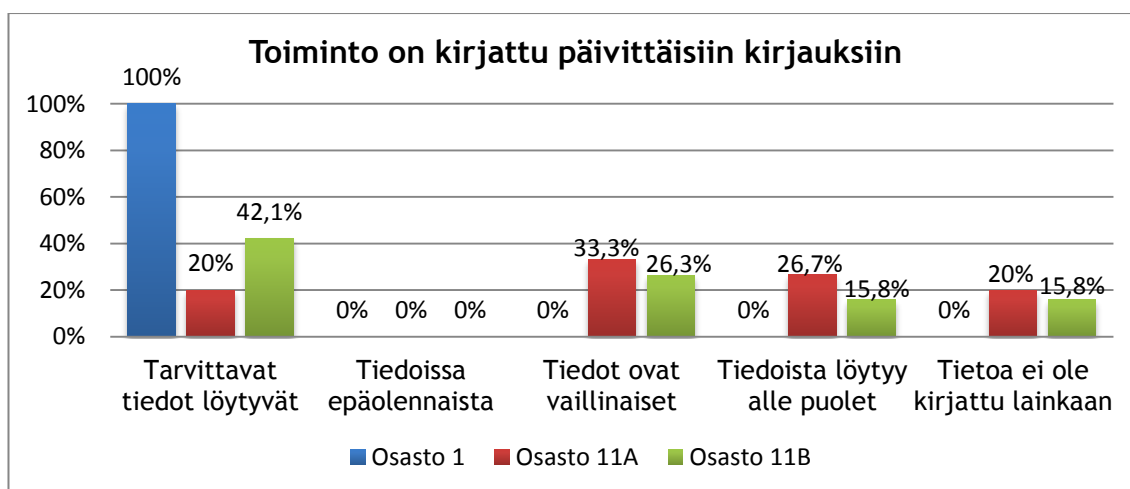
Taulukko 14: Liikkuminen: Suunniteltu toiminto on kuvattu

Osastolla 1 suunniteltu toiminto oli kuvattu kattavasti 12 hoitosuunnitelmaan, yhdessä hoitosuunnitelmassa oli epäolennaista tietoa, tiedot olivat vaillinaiset kolmessa hoitosuunnitelmassa ja kolmesta hoitosuunnitelmasta tiedoista löytyi alle puolet. Osastolla 11A tarvittavat tiedot löytyivät kahdeksasta hoitosuunnitelmasta, yhdessä hoitosuunnitelmassa oli epäolennaista tietoa, kahdessa hoitosuunnitelmassa tiedot olivat vaillinaiset ja neljästä hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan. Osastolla 11B suunniteltu toiminto oli kuvattu kattavasti seitsemään hoitosuunnitelmaan, tiedot olivat vaillinaiset kolmessa hoitosuunnitelmassa, kolmessa hoitosuunnitelmassa tiedoista löytyi alle puolet ja kuuteen hoitosuunnitelmaan tietoa ei oltu kirjattu lainkaan.



Taulukko 15: Liikkuminen: Toiminnon kuvaus on ajan tasalla

Osastolla 1 toiminnon kuvaus oli ajan tasalla 11 hoitosuunnitelmassa, tiedoissa oli vaillinaisuutta neljässä hoitosuunnitelmassa ja tiedoista löytyi alle puolet neljässä hoitosuunnitelmassa. Osastolla 11A toiminnon kuvaus oli ajan tasalla kuudessa hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset viidessä hoitosuunnitelmassa ja neljästä hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan. Osasto 11B:llä tarvittavat tiedot löytyivät neljästä hoitosuunnitelmasta, tiedot olivat vaillinaiset neljässä hoitosuunnitelmassa, neljässä hoitosuunnitelmassa tiedoista löytyi alle puolet ja seitsemästä hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan.



Taulukko 16: Liikkuminen: Toiminto on kirjattu päivittäisiin toimintoihin

Osastolla 1 tiedot oli kirjattu liikkumisen osalta päivittäisiin kirjauksiin kaikissa 19 hoitosuunnitelmassa. Osastolla 11A tarvittavat tiedot löytyivät kolmesta hoitosuunnitelmasta, viidessä hoitosuunnitelmassa tiedot olivat vaillinaiset, neljästä löytyi alle puolet tiedoista ja kolmesta hoitosuunnitelmasta päivittäisiä kirjauksia ei löytynyt lainkaan liikkumisen osalta. Osastolla 11B tarvittavat tiedot löytyivät kahdeksasta hoitosuunnitelmasta, päivittäiset kirjaukset olivat

vaillinaiset viidessä hoitosuunnitelmassa, kolmesta hoitosuunnitelmasta löytyi alle puolet tiedoista ja kolmesta hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan.

7 Tulosten yhteenveto

Aineistonkeruu toteutettiin osastoilla 28.2.2017 ja 2.3.2017. Hoitosuunnitelmia analysoitiin yhteensä 53 kappaletta. Tutkimustuloksissa esiintyi osastojen välisiä eroja, pääasiassa päivittäisten kirjausten osalta. Osastot ovat profiloituneet eri hoitoaloihin: osasto 1 on profiloitunut pidempiaikaiseen sairaanhoitoon ja kuntoutukseen ja osastot 11A ja 11B akuuttiin hoitoon. Erot tutkimustuloksissa erityisesti liikkumisen osalta mahdollisesti johtuvat tästä.

Osastolla 1 analysoitiin 19 hoitosuunnitelmaa, eli alle puolen osastojen potilaista. Osasto 1:n osalta hoidon tarve löytyi kaikkien toimintojen osalta lähes kaikista hoitosuunnitelmista, vain yhdestä hoitosuunnitelmasta puuttui yksi toiminto. Osasto 1:n toiminnon kuvauksissa oli eniten vaillinaisuutta, toiminto oli kuvattu yli puolissa kaikkien toimintojen osalta, osassa kuvaus oli vaillinaisen ja muutamasta suunnitelmasta kuvaus puuttui kokonaan. Toiminnon kuvaus oli osasto 1:n hoitosuunnitelmissa pääasiassa ajan tasalla, muutamassa hoitosuunnitelmassa tiedot olivat vaillinaiset ja muutamasta hoitosuunnitelmasta puuttui kuvaus kokonaan. Päivittäiset kirjaukset löytyivät osasto 1:llä lähes kaikista suunnitelmista kaikkien toimintojen osalta, poikkeuksena kaksi hoitosuunnitelmaa joista ei hygienian hoidon osalta löytynyt kirjauksia lainkaan.

Osasto 1:n hoitosuunnitelmista löytyi kattavasti toiminnot, hoitosuunnitelmat olivat ajan tasalla tarkasteltavien toimintojen osalta ja säännölliset päivittäiset kirjaukset löytyivät. Toiminnon kuvaukseen voisi osasto 1:llä kiinnittää huomiota, jotta hoitosuunnitelma palvelisi hoitajaa paremmin ja edistäisi potilasturvallisuutta.

Osastolla 11A analysoitavia hoitosuunnitelmia oli 15, eli vähän alle puolen osaston potilaista. Osastolla 11A hoidon tarve löytyi wc-toimintojen, ravitsemuksen ja hygienian hoidon kohdalta lähes kaikista hoitosuunnitelmista, liikkumisen osalta tarve puuttui kolmesta hoitosuunnitelmasta. Toiminnon kuvaus löytyi wc-toimintojen ja ravitsemuksen osalta 11 suunnitelmasta, muuten näiden toimintojen kuvaukset olivat vaillinaiset tai ne puuttuivat kokonaan. Hygienian hoidon osalta toiminnon kuvaukset puuttuivat kokonaan kolmas osasta hoitosuunnitelmista. Liikkumisen osalta toiminto oli kuvattu reilu puolessa hoitosuunnitelmista, muuten kuvauksessa oli epäolennaista tietoa, tiedot olivat vaillinaiset ja kuvausta ei löytynyt lainkaan neljästä hoitosuunnitelmasta. Wc-toimintojen ja ravitsemuksen kuvaus oli ajan tasalla 11 hoitosuunnitelmassa, muutamana hoitosuunnitelman kuvaus oli vaillinaisen ja muutamasta suunnitelmasta kuvaus puuttui kokonaan. Hygienian hoidon osalta toiminnon kuvaus oli ajan ta-

salla alle puolissa hoitosuunnitelmissa, kolmasosaan hoitosuunnitelmista kuvausta ei oltu kirjattu lainkaan ja kolmessa hoitosuunnitelmassa kuvaus oli vaillinainen. Liikkumisen osalta toiminnon kuvaus oli ajan tasalla kuudessa hoitosuunnitelmassa, tiedot olivat vaillinaiset kolmasosassa suunnitelmista ja kuvaus puuttui kokonaan neljästä hoitosuunnitelmasta. Päivittäiset kirjaukset löytyivät keskimäärin alle puolista hoitosuunnitelmista, eritoten liikkumisen osalta päivittäiset kirjaukset olivat puutteelliset.

Osasto 11A:n hoitosuunnitelmissa hoidon tarve löytyi kattavasti, tosin liikkumisen osalta olisi parannettavaa. Toiminnon kuvaus ja ajantasaisuus olivat kirjattu hyvin wc-toimintojen ja ravitsemuksen osalta, mutta hygienian hoidon ja erityisesti liikkumisen osalta kuvauksissa ja niiden ajan tasaisuuksissa oli puutteita. Päivittäisissä kirjauksissa havaittiin puutteita kaikissa toiminnoissa, erityisesti liikkumisen osalta. Liikkumisen kuvauksiin ja kirjauksiin tulisi tulosten perusteella kiinnittää enemmän huomiota. Toiminnon kuvausten puutteellisuus on riski tekijä potilasturvallisuuden näkökulmasta ja päivittäisten kirjausten puuttuminen jättää hoidon laadun arvioinnin puutteelliseksi.

Osastolla 11B analysoitiin 19:sta potilaan hoitosuunnitelmat, eli hieman yli puolen osastojen potilaista. Hoitosuunnitelmista löytyi hoidon tarve keskimäärin 85 prosentista. Toiminnon kuvaus oli puutteellista kaikissa toiminnoissa, erityisesti wc-toimintojen osalta. Wc-toiminnoissa kuvaus löytyi vain viidestä suunnitelmasta, viidessä suunnitelmassa kuvaus oli vaillinainen ja kahdeksassa hoitosuunnitelmassa kuvausta ei ollut lainkaan. Myös liikkumisen osalta toiminnon kuvauksessa oli puutteita, toiminto oli kuvattu vain seitsemässä hoitosuunnitelmassa, muuten kuvaus oli joko vaillinainen, siitä löytyi alle puolet tai sitä ei ollut kuvattu lainkaan. Ravitsemuksen ja hygienian hoidon osalta noin puolessa hoitosuunnitelmista hoidon tarve oli kuvattu. Hygienian hoidossa hieman alle puolista hoitosuunnitelmista kuvaus puuttui kokonaan. Wc-toimintojen kuvaus oli ajan tasalla neljässä hoitosuunnitelmassa, seitsemässä hoitosuunnitelmassa kuvaus oli vaillinaisesti tai alle puolet tiedoista oli ajan tasalla ja kokonaan kuvaus puuttui kahdeksasta hoitosuunnitelmasta. Hygienian hoidon osalta kuvaus oli ajan tasalla vain kolmessa hoitosuunnitelmassa, vaillinaisesti tai alle puolet tiedoista oli ajan tasalla yhteensä seitsemässä hoitosuunnitelmassa ja yhdeksästä hoitosuunnitelmasta kuvaus puuttui kokonaan. Ravitsemuksen kuvaus oli ajan tasalla noin puolissa hoitosuunnitelmissa. Liikkumisen osalta kuvaukset olivat ajan tasalla neljässä hoitosuunnitelmassa, neljässä suunnitelmassa kuvaus oli vaillinaisesti ajan tasalla, neljässä alle puolet tiedoista oli ajan tasalla ja seitsemästä hoitosuunnitelmasta tietoa ei löytynyt lainkaan. Päivittäiset kirjaukset löytyivät wc-toimintojen, hygienian hoidon ja ravitsemuksen osalta hyvin, keskimäärin reilusta 70 prosentista löytyi tiedot kattavasti. Liikkumisen osalta päivittäiset kirjaukset löytyivät kahdeksasta hoitosuunnitelmasta, kahdeksassa hoitosuunnitelmassa tiedot olivat joko vaillinaiset tai tiedoista löytyi alle puolet ja kolmesta hoitosuunnitelmasta kirjausta ei löytynyt lainkaan.

Hoitosuunnitelmista hoidon tarve löytyi kattavasti. Toiminnon kuvauksessa ja kuvauksen ajan tasaisuudessa on parannettavaa kaikkien toimintojen osalta. Wc-toimintojen, hygienian hoidon ja ravitsemuksen osalta päivittäiset kirjaukset löytyivät suhteellisen hyvin, mutta liikkumisen osalta puutteita päivittäisissä kirjauksissa oli. Puutteet toiminnan kuvauksessa ja ajan tasaisuudessa heikentävät potilasturvallisuutta ja päivittäisillä kirjauksilla todistetaan potilaan saaneen hoitoa, niinpä näihin osa-alueisiin tulisi kiinnittää huomiota.

8 Pohdinta

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuoda tutkimuksella tietoa Hyvinkään kaupungille terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitosuunnitelmien ajantasaisuudesta ja päivittäisten kirjausten toteutumisesta sekä miten hoitosuunnitelmat tukevat hoitajan työtä päivittäisten toimintojen osalta potilasturvallisuuden näkökulmasta.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkittavaa aineistoa saatiin kattava otos, joka lisää tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. Vastaavasti tutkimuksen luotettavuutta heikentää tutkimuksen ulkopuolelle jääneet potilaat, joilta kirjallista suostumusta ei saatu. Nämä potilaat olivat pääasiassa pitkäaikaispotilaita joiden laskenut toimintakyky esti suostumuksen antamisen. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta olisi ollut tärkeää saada myös pitkäaikaispotilaiden hoitosuunnitelmien sisältö tutkimukseen mukaan, erityisesti hoitosuunnitelman ajantasaisuuden osalta.

Kaikissa tutkimuksissa on tavoitteena arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta virheiden välttämiseksi. Luotettavuutta voidaan arvioida mittaus- ja tutkimustapoja hyödyntäen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231). Opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja sen luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin sekä reliabiliteetin näkökulmista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Nämä kaksi menetelmää yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden (Vilka 2007, 152).

Tutkimuksessa validiteetti tarkoittaa sitä, mitataanko tutkimuksessa sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Kankkunen ym. 2013, 189). Reliabiliteetilla viitataan siihen, kuinka pysyviä tulokset ovat mittauksesta toiseen (Kankkunen ym. 2013, 189). Tutkimuksen kokonaisluotettavuus muodostuu siis yhdessä validiteetista ja reliabiliteetista. Kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittauksessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä, voidaan sanoa, että tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä. Sitä voidaan arvioida esimerkiksi uusintamittauksella (Vilka 2007, 152.)

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettisesti hyvässä tieteellisessä tutkimuksessa tutkittavilla on oltava oikeus kieltäytyä tai vetäytyä tutkimuksesta. Luottamuksellisen tiedon kerääminen ja sen käsittely on oltava asianmukaista ja raportoinnissa on vältettävä loukkaavia, tyypitteleviä, alistavia tai mitätöiviä ilmaisuja. (Vilka 2007, 91.)

Tutkimuksessa eettisyys otettiin huomioon koko työn ajan. Tutkimukseen osallistumisen lähtökohta oli potilaiden itsemääräämisoikeus. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä oli mahdollisuus kieltäytyä. Potilaille kehitettiin lupalomakkeet, joissa heiltä kysyttiin suostumustaan omien hoitosuunnitelmien tietojen käyttöön tutkimuksessa. Potilaille annettiin mahdollisuus kieltäytyä tietojen luovuttamisesta sekä heille annettiin mahdollisuus kysyä tarvittaessa lisätietoja opinnäytetyötä tekevilta opiskelijoilta sekä osaston hoitajilta. Kirjallisen suostumuksen antaneiden potilaiden hoitosuunnitelmia käytettiin ainoastaan analysointivaiheessa, eikä hoitosuunnitelmat esiinny opinnäytetyössä. Lupalomakkeet säilytetään kunkin osaston osastonhoitajalla.

Henkilötietolaki 1999/523 ja Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621 edellyttävät tutkimusaineiston anonymisointia. Lainsäädännöllä tavoitellaan sitä, että henkilötietoja kerätään, käytetään, säilytetään ja luovutetaan asianmukaisella tavalla. (Vilka 2007, 96.)

8.3 Opinnäytetyö prosessi

Tieto kerättiin Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastojen hoitosuunnitelmista. Lisäksi tarkasteltiin teoriaa siitä, millainen hoitosuunnitelma tukee potilasturvallisuutta. Osastoilla on yhteensä 102 sairaansijaa ja tutkimushetkellä potilaita oli osastoilla yhteensä 112. Kirjallinen suostumus hoitosuunnitelmien tutkimiseen saatiin 53 potilaalta.

Tutkimusaineiston analysointi tapahtui paikan päällä osastoilla. Toimeksiantaja oli järjestänyt meille rauhallisen ympäristön joka mahdollisti häiriöttömän aineiston analysoinnin. Analysointi sujui vaivattomasti. Analysointi vaiheessa huomasimme, että osa auditointilomakkeen vastaus vaihtoehdoista oli tarpeettoman tulkinnanvaraisia. Vastaus vaihtoehtoja olisi voinut tiivistää, esimerkiksi yhdistämällä kohdat ”Tiedot ovat vaillinaiset” ja ”Tiedoista löytyy alle puolet”.

Analysoinnin tulokset koottiin diagrammeihin. Alkuun tuloksista tehtiin diagrammi jokaisen osaston osalta erikseen. Tämän johdosta diagrammeja tuli raporttiin tarpeettoman paljon ja tulokset eivät olleet helposti luettavissa. Tulokset jäsennettiin toimintoittain ja kaikkien osastojen tulokset saatiin samaan diagrammiin, jolloin tuloksista tuli selkeämpiä.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Työmme tutkimustulos antaa Hyvinkään kaupungille tietoa siitä, miten Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla kirjaaminen toteutuu. Tämän tutkimustuloksen myötä toimeksiantaja voi puuttua kirjaamisessa esiintyneisiin puutteisiin ja mahdollisesti järjestää henkilökunnalle aiheesta lisäkoulutusta. Vastaavan auditoinnin voisi suorittaa myöhemmin uudelleen, jolloin tutkimustuloksia voisi verrata toisiinsa tai tarkastella hoitosuunnitelmia esimerkiksi lääkehoidon tai haavahoidon näkökulmasta.

Lähteet

Kirjalliset lähteet

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoito-työn kirjaaminen. Kirjoittajat ja Kustannus-yhtiö Tammi.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. Painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Iivanainen, A. & Syväjoki, P. 2016. Hoida ja kirjaa. 9. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Mur-tonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hie-tanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Sa-noma Pro Oy.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 3. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saastamoinen, T., Hietanen, H., Juvonen, A. & Monto, R. 2010. Hoitotyön toiminnot. Helsinki: Kirjapaja.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kir-jaaminen. 2. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sähköiset lähteet

Institute for Work & Health. 2015. What researchers mean by... cross-sectional vs. longitudi-nal studies. Viitattu 12.10.2016. https://www.iwh.on.ca/system/files/at-work/at_work_81.pdf

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 27.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 1116/1990. Mielenterveyslaki. Viitattu 27.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

L 1116/1990. Henkilötietolaki. Viitattu 29.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

L 585/1986. Potilasvahinkolaki. Viitattu 29.10.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Viitattu 31.10.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 621/1999. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta. Viitattu 31.10.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>

L 434/2003. Hallintolaki. Viitattu 31.10.2016.

<http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434>

L 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 21.9.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298#Pidm2928912>

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2014. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Viitattu 10.1.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Potilasturvallisuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.9.2017. <http://stm.fi/potilasturvallisuus>

Potilasturvallisuus. THL. 2017. Viitattu 21.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Potilasturvallisuus ja riskien hallinta. 2015. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry. Viitattu 21.9.2017. http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf

Potilasturvallisuusopas. 2011. THL. Viitattu 17.1.2017. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Terveyskeskussairaala 2016. Hyvinkää. Viitattu 15.12.2016. <http://www.hyvinkaa.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyvien-palvelut/terveyskeskussairaala>

Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas Osa I. THL. Viitattu 15.12.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1

Virtuaali ammattikorkeakoulu. 2016. Kuvaileva tutkimusote. Viitattu 11.10.2016.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289369433/1194290332634.html>

Taulukot

Taulukko 1: WC-toiminnot: Hoitosuunnitelmassa on hoidon tarve	23
Taulukko 2: WC-toiminnot: Suunniteltu toiminto on kuvattu	23
Taulukko 3: WC-toiminnot: Toiminnon kuvaus on ajan tasalla	24
Taulukko 4: WC-toiminnot: Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin	24
Taulukko 5: Hygienian hoito: Hoitosuunnitelmassa on hoidon tarve	25
Taulukko 6: Hygienian hoito: Suunniteltu toiminto on kuvattu	25
Taulukko 7: Hygienian hoito: Toiminnon kuvaus on ajan tasalla	26
Taulukko 8: Hygienian hoito: Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin	26
Taulukko 9: Ravitseminen: Hoitosuunnitelmassa on hoidon tarve	27
Taulukko 10: Ravitseminen: Suunniteltu toiminto on kuvattu	28
Taulukko 11: Ravitseminen: Toiminnon kuvaus on ajan tasalla	28
Taulukko 12: Ravitseminen: Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin	29
Taulukko 13: Liikkuminen: Hoitosuunnitelmassa on hoidon tarve	29
Taulukko 14: Liikkuminen: Suunniteltu toiminto on kuvattu	30
Taulukko 15: Liikkuminen: Toiminnon kuvaus on ajan tasalla	31
Taulukko 16: Liikkuminen: Toiminto on kirjattu päivittäisiin toimintoihin	31

Liitteet

Liite 1: Tiedote potilaalle	42
Liite 2: Lupalomake potilaalle	43
Liite 3: Auditointilomake	44

Liite 1: Tiedote potilaalle



Tiedote potilaalle

1

xx.xx.2017

|

Tiedote opinnäytetyöhön osallistuvalla potilaalla

Teemme opinnäytetyötä Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastojen sähköisistä hoitosuunnitelmista. Opinnäytetyön toimeksianto on tullut Hyvinkään kaupungilta.

Analysoimme opinnäytetyössämme hoitosuunnitelmien sisältöä ja sitä kuinka hoitosuunnitelma tukee hoitotyötä. Opinnäytetyössä emme käytä sinun henkilötietoja eikä sinua voida tunnistaa tutkimusaineistosta. Osallistuminen opinnäytetyöhön ei edellytä sinulta muuta kuin kirjallisen suostumuksen hoitotietojesi tutkimiseen. Tutkimukseen ei ole osallistumispakkoa.

Tarkastelemme hoitosuunnitelmia potilasturvallisuuden näkökulmasta. Pyrimme saamaan mahdollisimman kattavan aineiston, jotta tutkimustulos olisi luotettava ja laadukas. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda tutkimuksella tietoa toimeksiantajalle hoitosuunnitelmien palvelevuudesta.

Aineiston analysoinnin jälkeen kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti. Tutkimustulos esitetään Hyvinkään kaupungin lisäksi opinnäytetyön seminaarissa Laurean ammattikorkeakoulussa Hyvinkäällä.

Lisätietoja tutkimukseen osallistumisesta saatte osaston hoitajilta.

Ystävällisin terveisin,

Laurean sairaanhoitajaopiskelijat

Anni Järvinen
Jenni Nurmi
Perttu Ruokola

Liite 2: Lupalomake potilaalle



|

- Annan suostumuksen hoitotietojeni tutkimiseen osana ”Hoitosuunnitelmien analyysi Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla”-opinnäytetyötä.

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Allekirjoitus: _____

- En anna suostumusta hoitotietojeni tutkimiseen.

Liite 3: Auditointilomake

Lomakkeen nro.

|

WC-toiminnot

	5	4	3	2	1
Hoidosuunnitelmassa on tarve					
Suunniteltu toiminto on kuvattu					
Toiminnon kuvaus on ajan tasalla					
Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin					

Hygienian hoito

	5	4	3	2	1
Hoidosuunnitelmassa on tarve					
Suunniteltu toiminto on kuvattu					
Toiminnon kuvaus on ajan tasalla					
Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin					

Ravitsemus

	5	4	3	2	1
Hoidosuunnitelmassa on tarve					
Suunniteltu toiminto on kuvattu					
Toiminnon kuvaus on ajan tasalla					
Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin					

Liikkuminen

	5	4	3	2	1
Hoidosuunnitelmassa on tarve					
Suunniteltu toiminto on kuvattu					
Toiminnon kuvaus on ajan tasalla					
Toiminto on kirjattu päivittäisiin kirjauksiin					

- 5 = Tarvittavat tiedot löytyvät
- 4 = Tiedoissa epäolennaista
- 3 = Tiedot ovat vaillinaiset
- 2 = Tiedoista löytyy alle puolet
- 1 = Tietoa ei ole kirjattu lainkaan