

Jenna Vartiainen

Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen teho- osastolla

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
19.4.2012

Tekijä Otsikko	Jenna Vartiainen Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen teho-osastolla
Sivumäärä Aika	40 sivua + 3 liitettä 19.4.2012
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaajat	Lehtori Tuija Uski-Tallqvist Lehtori Minna Elomaa-Krapu
<p>Tämän työn tavoitteena oli kuvata Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuuluvan teho-osaston hoitotyön yhteenvedon nykytilaa. Työn tarkoituksena oli selvittää onko hoitotyön yhteenvedoon kirjaaminen valtakunnallisten ohjeiden mukaista ja minkälaisia kehityskohteita siinä mahdollisesti ilmenee. Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistä hanketta "Potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisen potilaan ja tehohoitopotilaan hoitotyössä". Hankkeen yhtenä tavoitteena on kehittää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin operatiivisen alan teho-osastoille yhtenäinen hoitotyön yhteenvedon malli.</p> <p>Opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin keväällä 2012 teho-osaston potilastietojärjestelmästä ja se koostui 20 hoitotyön yhteenvetolomakkeesta. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä, jonka jälkeen aineisto vielä kvantifioitiin.</p> <p>Tulokset osoittivat, että hoitotyön yhteenvedo kirjattiin jokaisesta potilaasta. Eniten kirjauksia tehtiin liittyen potilaan tulosityhyn, verenkiertoon, hengitykseen, eritykseen sekä jatkohoidon ohjeisiin liittyen. Kirjatun tiedon määrä vaihteli kuitenkin suuresti yhteenvetojen välillä.</p> <p>Nämä tulokset vahvistavat yhteenvedon kirjaamisen tarvitsevan kehittämistä, sekä yhtenäistä ohjeistusta yhteenvedon sisällöstä, jotta jokaisessa siirtotilanteessa potilaan vastaanottavalla sairaanhoitajalla olisi mahdollisuus saada yhtä kattava yhteenvedo. Tämän työn tuloksia voidaan hyödyntää yhteenvedon kehittämisessä, sekä apuna luodessa yhtenäistä hoitotyön yhteenvedon mallia Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin teho-osastoille.</p>	
Avainsanat	Hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön yhteenvedo, tehohoitotyö

Author Title	Jenna Vartiainen Nursing Summary in the Intensive Care Unit
Number of Pages Date	40 pages + 3 appendices 19 th April
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Tuija Uski-Tallqvist, Principal Lecturer Minna Elomaa-Krapu, Lecturer
<p>The aim of this final project was to describe the current state of nursing summary in Helsinki and Uusimaa's intensive care unit. The purpose of this study was to describe the content of nursing summaries and to find out how the national instructions of nursing documentation is followed in the nursing summaries and what kind of targets of development occur in these summaries. This study was a part of the project "Improving patient safety among patients of surgical- and critical care nursing" which was carried out with the hospital district of Helsinki and the Uusimaa and the Metropolia University of Applied Sciences. The purpose of this project was to improve patient safety in surgical wards and intensive care units. One goal of this project was to create a common model of nursing summary that can be used in all operative intensive care units in the hospital district of Helsinki and Uusimaa.</p> <p>The approach to this study was qualitative. The data was collected from a data system of intensive care unit in February 2012 using the random sample method and it consisted twenty nursing summaries. The data was analyzed by using the deductive content analysis and it was quantified as well.</p> <p>The results showed that the nursing summary was written after every care episode. Most summaries included records about reasons of admissions, blood circulation, ventilation, secretion and follow-up instructions. However, the amount of information written in summaries varied a lot.</p> <p>To conclude, the results sustained that nursing summary documentation needs development and uniform instructions for documentation so that the quality of content could be the same in every summary. These results can be utilized when developing nursing summary and as a help when creating a common model of nursing summary to intensive care units in the hospital district of Helsinki and Uusimaa.</p>	
Keywords	nursing documentation, nursing summary, critical care nursing

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kirjaaminen hoitotyössä	2
2.1	Sähköinen kirjaaminen hoitotyössä	4
2.2	Kirjaamista ohjaavat lait	6
2.3	Hoitotyön yhteenveto	8
3	Tehohoitotyö	9
3.1	Kirjaaminen teho-osastolla	11
4	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja kysymykset	13
5	Opinnäytetyön aineiston keruu	13
6	Opinnäytetyön aineiston analyysi	15
7	Opinnäytetyön tulokset	17
7.1	Potilaan taustatiedot	18
7.2	Hoidon tarve	20
7.3	Hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset	22
7.4	Jatkohoito	27
8	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	30
9	Pohdinta	32
	Lähteet	37

Liitteet:

Liite 1. Satakunnan sairaanhoitopiirin ohje yhteenvedon kirjaamisesta

Liite 2. STM:n ohje hoitotyön yhteenvedosta

Liite 3. Analyysirunko

1 Johdanto

Potilaan hoidon turvallisuus ja jatkuvuus ovat hoitotyön periaatteita. Potilaan siirtyessä teho-osastolta jatkohoitoon, hoitotyön kannalta tärkeän tiedon täytyy siirtyä potilaan mukana. Yksi tiedon siirtymisen muoto on sairaanhoitajan kirjoittama hoitotyön yhteenveto, joka on kooste potilaan hoitojakson keskeisimmistä asioista ja tapahtumista. Teho-osastojakson aikana potilaan hoidosta tallennetaan valtavasti tietoa ja hoitojakson ydinkohtien tiivistäminen helpottaa jatkohoitopaikkaa hoitotyön suunnitelman laatimisessa. Yhteenvedon kehittäminen teho-osastolla on tärkeää, jotta yhteenveto palvelee mahdollisimman hyvin jatkohoitopaikan tarpeita. Toimintatapojen yhtenäistäminen myös turvaa hoitoa sekä sen jatkuvuutta, ja siksi on tärkeää yhtenäistää teho-osastojen yhteenvedon kirjaamista.

Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistä hanketta ”Potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisen potilaan ja tehohoitopotilaan hoitotyössä”. Hankkeen tarkoituksena on kehittää potilasturvallisuutta eri näkökulmista operatiivisen alan kirurgisilla osastoilla sekä teho-osastoilla. Hankkeen yhtenä tavoitteena on kehittää operatiivisen alan teho-osastoilla sairaanhoitajan kirjoittamaa yhteenvetolomaketta. Kehityksen tuotoksena on tarkoituksena luoda Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin operatiivisen alan teho-osastoille yhtenäinen hoitotyön yhteenvedon malli. Hoitotyön yhteenvedon kehittämishankkeessa oli mukana kolme opinnäytetyöryhmää, joiden avulla kartoitettiin yhteenvedon kirjaamisen nykytilaa kolmella eri teho-osastolla.

Tämän työn tavoitteena on kuvata yhden Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan teho-osaston hoitotyön yhteenvedon nykytilaa. Työn tarkoituksena on selvittää, mitä asioita yhteenvetoihin kirjataan ja kuinka valtakunnallisten ohjeiden mukaista hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen osastolla on. Lisäksi työllä halutaan selvittää min-kälaisia kehityskohteita kirjaamisessa mahdollisesti ilmenee, ja kirjoitetaanko yhteenve-to jokaisesta potilaasta. Työn tuloksia voidaan käyttää myöhempänä yhteenvedon ke-hittämiseen ja apuna luodessa yhtenäistä hoitotyön yhteenvedon mallia Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin teho-osastoille.

2 Kirjaaminen hoitotyössä

Potilaan hoidon oikeaoppinen kirjaaminen on osa potilasturvallisuutta ja sen tehtävänä on luoda edellytys hoidon joustavalle etenemiselle. Kirjaaminen eli dokumentointi turvaa hoitoa koskevan tiedon saannin ja etenemisen, sekä varmistaa hoidon toteutumisen ja jatkuvuuden. (Blomster – Mäkelä – Ritmala-Gastrén – Säämänen – Varjus 2001: 181 – 186.) Hyvä kirjaaminen kuvastaa hyvää hoitotyötä ja se mitä on kirjattu, on myös tehty (Hallila 2005: 108). Hoitotyön kirjaamisen rakenteena on Suomessa käytetty Maailman terveysjärjestön päätöksenteon prosessimallia jo 1980-luvulta lähtien. Prosessimalli voi vaihdella kolmesta kuuteen vaiheeseen ympäristöstä riippuen. Prosessimallin rakenne voi olla muotoutunut otsikoiden mukaan esimerkiksi ”hoitotyön ongelmat”, ”toteutus” ja ”arviointi”. (Saranto - Sonninen 2007: 13.) Terveystieteiden tutkimusten jatkuvat leikkaukset lisäävät hoitotyöntekijöiden paineita, mutta se ei saisi vaikuttaa hoidon laatuun. Hoitotyön laatu merkitsee hoidon saatavuutta, asianmukaisuutta, tehokkuutta, turvallisuutta ja mitattavuutta. Kaikki nämä alueet vaativat hyvää ja tarkkaa hoitotyön kirjaamista. (Hallila 2005: 10–11.)

Jefferies, Johnson ja Griffiths (2009) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen (n=28) hoitotyön kirjaamisen laadullisesta sisällöstä. Tutkimuksessa havaittiin seitsemän teemaa, jotka ovat olennaisia laadukkaalle kirjaamiselle. Hoitotyön kirjaamisen tulisi olla teemojen mukaan potilaskeskeistä ja siitä tulisi näkyä hoitajan oikeasti tekemä työ, johon sisältyy psykologinen tuki sekä potilasohjaus. Kirjaukset eivät saa perustua oletuksiin vaan hoitajan tulee kirjata, mitä hän on oikeasti havainnut tai mitä potilas on sanonut. Kirjaaminen tulisi tehdä heti, kun havainto tai hoidon interventio on tehty, ja kirjausten tulee olla potilasasiakirjoissa loogisessa järjestyksessä. Kirjatessa hoitajan ei pidä toistaa potilaan tilan säilymistä ennallaan, vaan kirjauksiin on tärkeää merkata muutokset potilaan voinnissa. Potilasasiakirjoihin kirjatessa tulee myös noudattaa aina tarkasti lain määrittämiä ohjeita kirjaamisesta. (Jefferies – Johnson – Griffiths 2009.) Potilaskeskeisessä kirjaamisessa hoitoa arvioidaan jatkuvasti yhdessä potilaan kanssa hoidon kuluessa ja hoidon päättyessä. Potilaan oma arvio voimavaroistaan ja selviytymisestään on tärkeässä osassa myös hoitotyön yhteenvedon laadinnassa ja jatkohoidon suunnittelussa. (Kärkkäinen 2007: 89.)

Hoitamisen tulee olla näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuva hoitotyö (Evidence based nursing) tarkoittaa hoitotyön prosessia, jossa hyödynnetään tutkittua tietoa käytännössä. Kliinisen käytännön tulisi olla aina parhaan ajantasaisen tiedon mukaista.

Myös hoitotyön kirjaamisen tulee perustua yhtä lailla näyttöön ja kirjauksista tulee olla luettavissa hoidon näyttöön perustuvuus. Tämä tarkoittaa sitä, että kirjauksista tulisi käydä ilmi minkälaiseen tietoon päätökset perustuvat ja mitä hoitotyön keinoilla saatiin aikaan. Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat asiakirjoista luotettavaa tietoa, voimavarat saadaan kohdistettua oikein ja taloudellisesti, sekä hoitotyöstä saadaan karsittua tehottomat ja tieteellistä varmuutta vailla olevat käytännöt. (Hallila 2005: 13.)

Kirjaamisen arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa hoidosta, sen laadusta, sujuvuudesta, resursoinnista tai tuloksista. Kirjaamisen arviointi on siis hoitoprosessin arviointia, eli potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen arviointia. Jos kirjattujen hoitotietojen sisältö on puutteellinen, voi tietoja olla mahdotonta käyttää tarkoituksenmukaisesti. Puutteellinen sisältö altistaa hoitovirheille ja vaikeuttaa hoitamista. Myös hoidon ohjaus ja toiminnan arviointi on vaikeaa, jos tieto on puutteellista. (Ensio – Saranto 2007: 123.) Wang, Hailey ja Yu (2011) ovat tehneet tutkimuksen kirjaamisen arvioinnista. Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena (n=77) hoitotyön kirjaamista koskevista tutkimuksista. Tutkimuksen mukaan kirjaamisen kehittämisen yksi kulmakivi on standardoidut sähköiset potilastietojärjestelmät sekä hoitajien koulutus. Hoidon teorioiden, sekä hoidon harjoittamisen ohjeet auttoivat kehittämään kirjaamisen sisältöä. (Wang – Hailey – Yu 2011.) Kirjaamisen arvioinnissa on käytetty useita erilaisia mittareita ja ne on usein luotu alueelliseen tarkoitukseen arvioidakseen kirjaamista organisaation tasolla. (Wang ym. 2011; Saranto – Kinnunen 2008.)

Sairaanhoitajan on jatkuvasti kehitettävä ammattitaitoaan ja osaamistaan. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.) Hyvä kirjaaminen on hyvää hoitotyötä ja siksi kirjaamisen taitoja tulee ylläpitää ja kehittää. Sairaanhoitajan tulee kirjata parhaalla mahdollisella tavalla aikaan ja paikkaan nähden ja taata tällä tavalla potilaalle turvallisuutta sekä jatkuvuutta hänen hoidossaan. Kirjaaminen on muuttunut terveydenhuollossa paperisesta kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen ja se vaatii sairaanhoitajalta uusien toimintatapojen omaksumista sekä kouluttautumista uusiin taitoihin.

2.1 Sähköinen kirjaaminen hoitotyössä

Terveystieteiden tutkimuksessa organisaatiot ovat verkostoitumassa keskenään, jotta yhteistyötä voidaan tehostaa ja hoitoprosesseja parantaa. Näin organisaatiot voivat hoitaa potilaita entistä laadukkaammin. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on ollut valtakunnallinen terveyshanke, jonka tavoitteena oli toteuttaa valtakunnallisesti yhdenmukainen ja yhteistoinnallinen sähköinen potilaskertomus. (STM versio 3.0: 10–11.) Sähköisten potilastietojen arkisto Kanta tarjoaa organisaatioille hoitotietojen saatavuuden yli organisaatio-rajien (Sähköinen potilastiedon arkisto 2011). Tarkoituksena on, että eri palveluiden tarjoajat voivat hyödyntää toistensa tuottamia potilasasiakirjoja potilaan suostumuksella kansallisesta arkistosta. (STM versio 3.0: 10–11.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä on tullut voimaan huhtikuussa 2007 (STM 2007: 7). Sähköinen potilaskertomus on asiakirja, joka sisältää tietoa potilaan sairauksista ja niiden hoidosta. Se koostuu sekä sairaskertomuksesta että hoitokertomuksesta. (Ensio – Saranto 2004: 11.) Sähköinen hoitokertomus sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin ydintietojen mukaisesti. Sosiaali- ja Terveysministeriö on luonut valtakunnalliset ohjeet sähköisen hoitokertomuksen vakioiduista ydinsisällöistä. Ydintiedot on määritelty hoitoprosessin vaiheiden mukaan alkaen potilaan tulotilanteesta ja päättyen hoidon arviointiin (STM versio 3.0: 23). Määritellyt hoitotyön ydintiedot ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (Tanttu 2007: 3.) Hoitoisuudella tarkoitetaan eri potilasryhmien tarvitsemää hoidon määrää ja hoidon vaatavuutta. Hoitoisuus on hoitajan arvio potilaan hoitoon vaadittavasta työpanoksesta. Hoitoisuudella arvioidaan laatua, selvitetään kustannuksia sekä arvioidaan tarvittavaa henkilöstömäärää. (Tanttu 2007: 4.)

Sähköisten hoitotietojen dokumentointiin siirtyminen edellyttää systemaattista eli rakenteista kirjaamista (Tanttu 2007: 7). Rakenteinen kirjaaminen avaa mahdollisuuksia automaattiseen tietojen käsittelyyn potilaan tietojen haussa, yhdistelyssä, esittämisessä sekä tilastoinnissa. Rakenteisessa kirjaamisessa käytetään hoitotyön luokituksia, jotka on laadittu kuvaamaan hoidon tarpeen arviointia (hoitotyön diagnoosi), hoidon toteutusta (hoitotyön toiminnot) sekä hoidon tuloksia. Suomessa on kehitetty Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen ja Kuopion Yliopistollisen sairaalan yhteistyöllä Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (FinCC). Toimintoluokituksen rakenne perustuu Yhdysvaltalaiseen HHC-luokitukseen (Home Health Care), joka on kehitetty Yhdysvalloissa

Georgetownin yliopiston laajassa tutkimushankkeessa. (Ensio – Saranto 2004: 44–49.) Suomalainen hoitotyön luokitus eli FinCC (Finnish Care Classification) koostuu kolmesta osiosta: hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) sekä hoitotyön tuloksen luokituksesta (SHTuL). FinCC on kehitetty niin, että hoidollinen päätöksenteko prosessi sekä hoitotyön ydintiedot nivoutuvat yhteen. Pääkomponentteja, jotka kuvaavat potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita, käyttäytymistä sekä terveyspalvelujen käyttöä on luotu 19 kappaletta (kuva 1.). Pääkomponentit eli hoitotyön sisältöalueet sisältävät vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. (Liljamo – Kaakinen – Ensio 2008: 3–6.)

AKTIVITEETTI	ERITTÄMINEN
SELVIYTYMINEN	NESTETASAPAINO
TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ
LÄÄKEHOITO	RAVITSEMUS
HENGITYS	KANSSAKÄYMINEN
TURVALLISUUS	PÄIVITTÄISET TOIMINNOT
PSYKKINEN TASAPAINO	AISTITOIMINTA
KUDOSEHEYS	JATKOHOITO
ELÄMÄNKAARI	VERENKIERTO
AINEENVAIHDUNTA	

Kuva 1. FinCC pääkomponentit (Liljamo – Kaakinen – Ensio 2008: 5).

Suomessa on vuonna 2005 tehty laaja kysely eri terveydenhuollon yksiköihin (n=90) perusterveydenhuoltoon, keskussairaaloihin sekä erikoissairaanhoidon, tutkiakseen miten hoitotyötä kirjataan. Kyselyyn vastasi 82 osastonhoitajaa oman yksikkönsä puolesta. Kyselyssä tuli ilmi, että silloin 39 % yksiköistä kirjasi sähköisesti. Vastanneista 29 % käytti suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL) sekä 19 % myös hoidon tarveluokitusta (SHTaL). Yksiköistä 48 % teki jonkinlaisen hoitotyön yhteenvedon ja loppuarvioinnin, mutta niiden sisältö vaihteli yksiköittäin. Hoitotyön yhteenvedoista 27 % oli prosessimallin mukaisia, ja 18 % teki hoitotyön yhteenvedon käyttäen Suomalaisista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL). Kyselyssä selvisi, että hoitotyön yhteenvedo oli yleisempi keskussairaaloissa kuin erikoissairaanhoidossa. (Tanntu – Rusi 2007: 117–119.) Kyselyn jälkeen käynnistyi valtakunnallinen hoitotyön sähköisen kirjaamisen hanke (HoiData) (Tanntu – Rusi 2007: 117–119), jossa 32 terveydenhuollon organisaatiota otti käyttöön hoitotyön ydintietojen ja FinCC-luokitusten mukaisen hoitotyön kirjaamisen mallin (HoiData 2009: 4).

Kaija Saranto ja Ulla-Maija Kinnunen (2008) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen hoitotyön kirjaamista arvioivista tutkimuksista (n=41). Kirjallisuuskatsauksessa neljätoista (n=14) tutkimusta on tehty hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta ja tutkimusten tulokset osoittavat hoitotyön kirjaamisessa enemmän positiivisia tuloksia kuin negatiivisia tuloksia. Yhdeksässä (n=9) tutkimuksessa tulokset osoittavat rakenteisessa kirjaamisessa positiivista edistymistä hoitotyön kirjaamisen sisällössä ja laadussa. Rakenteisen kirjaamisen terminologian käyttö helpottaa kirjaamisen yhtenäistämistä ja se myös helpottaa kirjaamisen laadun arviointia. (Saranto – Kinnunen 2008.)

2.2 Kirjaamista ohjaavat lait

Useat lait ja asetukset määrittävät, kuka potilasasiakirjoihin saa kirjata ja mitä niihin pitää kirjata. Potilasasiakirjoihin kuuluu lain mukaan potilaskertomus, siihen liittyvät potilastiedot sekä hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut potilaan hoitoa koskevat tiedot (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 2). Juridisesti kirjaaminen on tae siitä että, että hoitajan lailliset ja eettiset vastuut potilaalle ovat toteutuneet. Näillä vastuilla tarkoitetaan lakeja, asetuksia, sääntöjä ja ohjeita, sekä toimintayksikön sovittuja toimintatapoja. (Saranto – Sonninen 2007: 15.)

Potilastietojen käsittelyssä lähtökohtana on henkilötietolaki, jonka tarkoituksena on taata yksityiselämän suoja henkilötietoja käsiteltäessä (523/1999 § 1). Lain mukaan henkilötietoja on käsiteltävä asiallisesti ja huolellisesti eikä yksityisyyden suoja saa rajoittaa (Henkilötietolaki 523/1999: § 5–7). Asetus potilasasiakirjoista määrittää muun muassa, ketkä potilasasiakirjoihin saavat kirjata ja missä tilanteissa potilasasiakirjoja saa käsitellä (298/2009 § 4, § 6).

Jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta tulee olla merkintä potilasasiakirjoissa (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 11). Potilasasiakirjoissa tulee olla hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeeksi laajat tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä, ja niistä tulee ilmetä tietojen lähde. Potilasasiakirja merkinnät tulee tehdä myös viipymättä. Yhteenveto potilaalle annetusta hoidosta jatkohoito-ohjeineen tulee toimittaa potilaalle tai jatkohoitopaikkaan viipymättä, viimeistään viiden vuorokauden sisällä. Osastohoidossa olevan potilaan potilaskertomukseen tulee tehdä merkintöjä riittävän usein ja aikajärjestyksessä. (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 7, § 8, § 14.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa potilaalle tiedonsaantioikeuden. Potilaan tulee saada selvitys terveydentilastaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992: § 5) ja hänellä on oikeus tarkastaa häntä itseään koskevia tietoja potilasasiakirjoista (Henkilötietolaki 523/1999: § 26–28). Potilasta on myös hoidettava ymmärryksessä hänen kanssaan, ja mikäli hän ei itse pysty päättämään hoidostaan, on potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista kuultava ennen hoitopäätöksien tekoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992: § 6). Myös tästä on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009: § 19.)

Vuonna 2007 on tullut voimaan laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Tämän lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen turvallista sähköistä käsittelyä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.) Sähköisissä potilasjärjestelmissä tulee noudattaa asiakastietojen eheyden, muuttumattomuuden, sekä kiistämättömyyden periaatteita varmistamalla se sähköisellä allekirjoituksella (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007: § 9).

Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja. Merkintöjen tulee olla selkeitä, ja niissä voidaan käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä termejä sekä lyhenteitä. Potilasasiakirjaan tulee aina merkitä myös tietojen lähde, jos tieto ei perustu kirjoittajan omaan tutkimushavaintoon. (STM 2001.)

Lakien lisäksi hoitotyön kirjaamista ohjaa organisaation velvollisuus potilasasiakirjoja käsittelevän henkilökunnan kouluttamisesta asianmukaisiin toimintatapoihin. Toimintayksikön on annettava kirjallinen ohjeistus potilastietojen käsittelyyn liittyvistä menettelyistä omassa yksikössään. (Hallila – Graeffe 2005: 19.)

2.3 Hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön yhteenveto edellyttää päivittäistä kirjaamista hoidosta. Yhteenvetoon koostaan tiivistetysti keskeiset tapahtumat hoitajaksoilta ja yhtään potilassiirtoa ei tulisi tapahtua ilman hoitotyön yhteenvetoon lähettämistä potilaan mukana. (Hallila 2005: 109.)

Hoitotyön yhteenvetoon tekee yleensä sairaanhoitaja ja se koostuu hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista, jotka ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulos. Ydintietoja täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokilla, vapaamuotoisella tekstillä, sekä hoitoisuustiedolla. (HoiData 2009: 8.) Hoitotyön yhteenveto auttaa potilaan jatkohoidon suunnittelussa, sekä varmistaa hoidon jatkuvuutta (HoiData 2009: 16). Hoitotyön yhteenveto on osa palvelutapahtuman yhteenvettoa ja se tallennetaan erikoisalakohteisille näkymille. Tästä syystä yhteenvetolla on pitkäaikaisista merkitystä potilaan hoidossa. (STM 2007: 16.) Tarkoitus on, että tulevaisuudessa hoitotyön yhteenvetoon siirtyy automaattisesti muualta potilaskertomuksesta tarvittavat tiedot, kuten potilaan henkilötiedot, yksikön tiedot, päivämäärä, hoitajakso ja tulotilanne. Palvelutapahtuman jälkeen potilaan voimaan jäävää lääkitystä ei merkitä yhteenvetoon, vaan jatkohoitoon siirtyvän potilaan yhteenvetoon merkitään, mitkä lääkkeet ja mihin aikaan potilas on saanut lääkkeet lähtöpäivänä. (STM versio 3.0: 207.) Sosiaali- ja Terveysministeriö on luonut mallin hoitotyön yhteenvetosta (Liite 2.) (STM versio 3.0).

Anita Pyykkö (2007: 57) on kuvannut Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastolla käytettävää potilastietojärjestelmää. Kun potilas siirtyy teho-osastolta vuodeosastolle, mukana siirtyy myös yhteenvetoraportti hoidosta. Yhteenveto on sovitettu yhteen vuode-

osaston kirjaamis pohjaan, jotta pystytään paremmin turvaamaan hoidon jatkuvuus. Yhteenvetoreportissa korostetaan potilaan tehohoidon aikaisia vaikeita psyykkisiä ongelmia, vaikka niitä ei esiintyisi siirtohetkellä, koska tehohoidon aikaisien psyykkisten ongelmien on todettu vaikuttavan teho-osastojakson jälkeiseen ahdistukseen ja paniikkikohtauksiin. (Pyykkö 2007: 57–67.)

Virpi Jauhiainen (2009) on tehnyt pro gradu-tutkielman potilaan siirtymisestä tehohoidosta vuodeosastolle Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaalassa. Tutkielmassa kuvattiin potilassiirtotapahtumaa sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkielmasta käy ilmi, että tietoa siirtyi osastolta toiselle kirjallisesti teho-osaston tulosteina ja lääketieteellisessä yhteenvedossa. Osa hoitajista oli kuvannut potilaspapereita vaikeaselkoina. Teho-osaston sairaanhoitajat kirjasivat tietojärjestelmään potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan hoitotyön ydinasioita hoitojakson ajalta. Yhteenvetoon kirjattiin muun muassa potilaan hengityksestä, verenkierrosta, sairauden oireista, ravitsemuksesta, lääkehoidosta, hygieniasta, eritystoiminnasta, aktiviteeteista sekä toiminnallisuudesta. Hengityksen ja sairauden oireiden osalta kirjattiin lisähapen tarpeesta ja hygieniasta kirjattiin kanyylien, katetrien ja dreerien nimet sekä sijainti. Liikkumisen ja aktiviteettien osa-alueesta kirjattiin potilaan unirytmistä sekä liikkumisen avuntarpeesta. Ravitsemuksesta sekä lääkehoidosta kirjattiin avuntarpeesta ruokaillessa sekä unilääkkeen tarpeellisuudesta. (Jauhiainen 2009: 36.)

3 Tehohoitotyö

Tehohoito on kriittisesti sairaiden potilaiden hoitamista ja tarkkailua keskeytymättä (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997). Tehohoidossa vaikeasti sairaan potilaan elintoimintoja, kuten hengitystä, verenkiertoa ja munuaisten toimintaa valvotaan, ylläpidetään ja tuetaan. Tehohoitoa annetaan potilaille, joilla on ohimenevä hengenvaarallinen tila, ja jonka parannuttua heillä on mahdollisuus elää laadukasta ja omatoimista elämää. (HUS – Tehohoito.) Tehohoidon tavoitteena on voittaa aikaa perussairauden hoitamiseen estämällä hengenvaara. Tehohoitoa annetaan teho-osastoilla, joissa on elintoimintojen valvonnan ja ylläpidon osaava henkilöstö sekä tarvittava teknologia. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Tehohoidolla on luja eettinen perusta, ja elämän säilyttäminen ihmisarvoa kunnioittaen on tehohoidon selkeä tavoite. Tehohoidossa hoitamisen eettiset periaatteet ovat elämän säilyttäminen, kärsimysten lieventäminen, lisähaittojen välttäminen, oikeudenmukaisuus, totuudellisuus ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tehohoidossa potilaan kyvyttömyys itse päättää hoidostaan on pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Vaikea sairaus ja vahvat lääkehoidot vaikuttavat tajuissaankin olevan potilaan arvostelukykyyhin. Tilanteissa, joissa potilaan oma päätöksentekokyky horjuu, on käännyttävä hänen lähiomaistensa puoleen. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Jokainen ihminen reagoi vakavaan sairauteen erilailla, ja siksi teho-osastolla työskentelevän hoitajan on tunnistettava potilaan yksilölliset tarpeet ja mahdolliset yksilölliset sairauden aiheuttamat seuraukset. Hoitajan on kerättävä tärkeää tietoa potilaasta potilastietojärjestelmään ja osattava analysoida sekä arvioida tietoa ja sen seuraamuksia. Hoitajan on ylläpidettävä ja päivitettävä tietojaan ja taitojaan pysyäkseen nopeasti kehittyvän tehohoidon mukana. (Klein – Moseley – Sole 2005: 3–15.) Teho-osaston sairaanhoitajille itsenäinen työ on tärkeää ja he ovat motivoituneita työhönsä sekä sitoutuneita kehittämään ammatillista osaamistaan (Suominen – Varjus 2000: 125–141).

Sairaanhoitajan tulee toimia potilaan puolestapuhujana ja edustajana (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996). Tämä korostuu erityisesti teho-osastolla. Teho-osastolla toimivan sairaanhoitajan toiminta potilaan edustajana sisältää muun muassa tiedon antamisen ja vastaanottamisen. Tietoa annetaan niin ajasta kuin paikasta, sekä tulevista toimenpiteistä. Potilasta tuetaan toipumisessa ja tiedotettaessa asiat pyritään perustelemaan, jotta potilas sitoutuu hoitoon ja ymmärtää toimenpiteiden ja kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuden. Sairaanhoitajat antavat tietoa potilaalle sekä suullisesti että kirjallisesti. Kirjallinen tieto tarkoittaa esimerkiksi potilaasta tehtyä esihaastattelulomaketta, lääkärin sanelemaa tekstiä tai hoitotyön yhteenvetoa. (Peltonen – Suominen 2008.)

Mäenpää ja Leino-Kilpi (2000) ovat tutkineet potilaan ja teho-osaston sairaanhoitajan välistä hoitosuhdetta sairaanhoitajan näkökulmasta. Sairaanhoitajat kuvasivat suhdetta hyvin emotionaaliseksi, johon liittyy paljon ilon ja surun tunteita. Suhde sisältää muun muassa potilaan päivittäisten toimintojen avustamista sekä potilaan eduista huolehtimista varsinkin silloin, kun inhimillisyys ja eettisyys olivat uhattuna. Suhde sisältää myös läheisten tukemista, lohduttamista sekä toivon antamista. Tehohoidon hoitaja-potilas -suhteelle luonteenomaista on vuorovaikutusongelmat, potilaan riippuvuus hoitajasta sekä hoitajan dominoiva rooli. Hyvän hoitosuhteen luomiseen hoitajan tulee

ymmärtää sekä omia että potilaan ja hänen läheistensä tunteita. Sairaanhoitajan ja potilaan hoitosuhdetta edistää muun muassa onnistunut vuorovaikutus, omahoitajajärjestelmä, elämäkokemus sekä työnohjaus. (Mäenpää – Leino-Kilpi 2000: 97–111).

Teho-osasto, jolla tämä opinnäytetyö tehdään, on yksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin teho-osastoista. Osasto on kahdeksanpaikkainen tehohoitoa ja vaativaa tehovalvontaa antava osasto. Osaston potilaat sairastavat useimmiten sisätautien, kirurgian, keuhkosairauksien tai neurologian erikoisalaan liittyviä sairauksia. Vuosittain osastolla hoidetaan noin 400 potilasta hoitajakson pituuden keskimäärin ollessa neljä vuorokautta. Osaston potilaista noin 80 % tulee päivystyksestä. (Taskinen 2011.) Potilaat voivat siirtyä jatkohoitoon vuodeosastolle, muihin sairaaloihin, toiselle teho-osastolle tai valvontaosastolle tai jopa kotiin (Taskinen 2012).

3.1 Kirjaaminen teho-osastolla

Tehohoidossa kirjaamisen merkitys on erittäin korostunut. Tehohoidon potilas on usein sairautensa vuoksi tilassa, jossa hän ei itse pysty kertomaan voinnistaan. Kirjaamisella pystytään seuraamaan potilaan tilaa ja siinä tapahtuvia muutoksia sekä auttamismenetelmien vaikuttavuutta. (Blomster ym. 2001: 181–186.) Teho-osaston potilaiden vointi muuttuu yleensä nopeasti, ja silloin potilaan kannalta merkittäviäkin hoitopäätöksiä on tehtävä nopeasti. Mitä merkittävämpi hoitopäätös on, sitä yksityiskohtaisempia kirjauksia tarvitaan avuksi. Nopeat hoitopäätökset usein vaativat, että päätöksenteon perusteita pystytään tarkastelemaan myös jälkikäteen. (Pyykkö 2007: 58.)

Teho-osastolla kirjaamisen pääpaino on potilaan tilan seurannassa, tehtyjen toimenpiteiden, sekä niiden vaikutusten kirjaamisessa. Teho-osastoilla on usein käytössä tätä varten valvontalomake, joka on tehty kullekin yksikölle mahdollisimman tarkoituksenmukaiseksi. Vuorokauden valvontalomake usein sisältää verenkiertoa, hengitystä, virtsautuksen ja lämpötasapainon seuranta. Lisäksi siinä on lääkärin määräykset ja tilaa hoitajan tekemälle hoitosuunnitelmalle. Osastoilla on usein käytössä myös kirjaamisen minimikriteerit, jotka määrittelevät kirjaamisen vähimmäisvaatimukset. (Blomster ym. 2001: 181–186.) Tehohoidon tietojärjestelmä sisältää lääketieteellistä erityistietoa, potilaan elintoimintojen muutosten tarkkailu- ja seurantatietoa, terveysongelmien määrään ja laatuun liittyvää tietoa sekä hoitotyön vaikuttavuuden arviointiin liittyvää tietoa. Tietojärjestelmä osaa myös tallentaa automaattisesti tietoa potilaaseen liitetystä lait-

teista, sekä muista tietojärjestelmistä lähetettyjä tietoja, kuten laboratoriotuloksia. (Rantalainen 2010: 484.)

Hyvä kirjaaminen teho-osastolla edellyttää hoitajalta valpasta ja kriittistä ajattelukykyä, kokonaisuuksien hallintaa, kykyä hahmottaa potilaan elintoimintojen muutoksia ja lääkärin antamien ohjeiden lääketieteellisten perusteiden ymmärtämistä. Tehosairaanhoidajan tulee myös hallita työn priorisointi eli osata tehdä työt oikeassa järjestyksessä. (Rantalainen 2010: 484.)

Tuija Lehtikunnas (2001) on tehnyt pro gradu-tutkielman tehohoidon kirjaamisesta. Tutkielmassa selvitettiin, mitä Suomen teho-osastoilla kirjataan ja miten sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto on toteutunut Suomen teho-osastoilla. Tutkielma on koko Suomen laajuinen ja siinä on ollut mukana yhteensä 22 teho-osastoa. Kultakin teho-osastolta kyselyyn vastasi yksi hoitaja koko osaston puolesta. Kyselyyn vastanneista 96 % totesi, että heidän osastollaan tehdään siirtotiedote vastaanottavalle yksikölle potilaan siirtyessä. Kuitenkaan hoidon kannalta oleellinen tieto ei siirtynyt elektronisissa tietojärjestelmissä automaattisesti siirtotiedotteeseen. Kehittämisalueina tutkielmassa nousikin juuri esiin yhteenvedon sisällön kehittäminen. (Lehtikunnas 2001.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvilla teho-osastoilla on käytössä muista sairaanhoitopiirin osastoista eroava potilastietojärjestelmä. Se on perusteltu erilaisesta potilasryhmästä syntyvästä runsaasta potilaskertomustiedon määrästä erilaisten tutkimuksien ja valvonnan vuoksi. Tietoa joudutaan lisäksi tiivistämään arkistoitavaksi potilaskertomustiedoksi. (HUS 2006.)

Osastolla, jossa tämä työ tehtiin, on käytössä Centricity Clinical Care Clinisoft - tietojärjestelmä, joka otettiin osastolla käyttöön vuonna 2001. Järjestelmä kerää reaaliaikaista tietoa potilaan voinnista monitoreista ja hengityskoneista. Sairaanhoitaja kirjaa tunneittain muun muassa lääkitykseen, diureesiin eli virtsan eritykseen, sekä tehtyjen hoitotyön toimenpiteisiin liittyvät asiat. Potilasta ulos kirjatessa järjestelmä koostaa jatkohoitoreportin, joka on tiivistelmä potilaan hoitajaksosta. Jatkohoitoreportti sisältää potilaan perustiedot, diagnoosit, hoidon aikana tehdyt toimenpiteet, lääkärin kirjaukset sekä hoitotyön yhteenvedon. Hoitotyön yhteenvedon kirjaamiseen ei ole minimikirjaamisen kriteereitä, vaan sairaanhoitaja kirjaa omasta mielestään hoidon kannalta oleelliset ja tärkeät asiat. Lomakkeessa on valmiiksi väliotsikoita, jotka ohjaavat kirjaamista. Nämä otsikot ovat: tulosyy, allergiat, tartuntatauti/altistus, hengitys, verenkierto, ravit-

semus ja nestehoito, erityis, ihon kunto, erikoishoidot/huomiot, henkinen tila, liikunta-kyky- ja luvat. Lääkäri allekirjoittaa jatkohoitoreportin ja se tulostetaan potilaan pape-reihin mukaan jatkohoitopaikkaan. (Taskinen 2012.)

4 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja kysymykset

Tämän työn tavoitteena on kuvata yhden Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin teho-osaston hoitotyön yhteenvedon nykytilaa. Tarkoituksena on saada tietoa, mitä asioita yhteenvedoon kirjataan ja kirjoitetaanko yhteenvedo jokaisesta potilaasta. Lisäksi työssä selvitetään miten valtakunnallisten ohjeiden mukaista yhteenvedoon kirjaaminen teho-osastolla on ja ilmeneekö kirjaamisessa jotain kehityskohteita.

Opinnäytetyön kysymykset ovat:

1. Mitä asioita teho-osaston hoitotyön yhteenvedoon kirjataan?
2. Minkälaisia puutteita yhteenvedoissa ilmenee?
3. Kirjoitetaanko hoitotyön yhteenvedo jokaisesta potilaasta?

5 Opinnäytetyön aineiston keruu

Tämän työn teoriaosuus koostuu hoitotyön kirjaamisesta sekä tehohoito-työstä. Olen hakenut kirjallisuutta ja tutkimuksia työtäni varten tietokannoista Medic ja Cinahl sekä käsikirjastosta ja lähdeluetteloista. Tietokantahakujen hakusanoina olen käyttänyt nursing documentation, quality, intensive care, evaluation, hoitotyön kirjaaminen, tehohoi-to ja tehohoito-työn kirjaaminen. Haut olen rajannut englanninkieliseen ja suomenkieli-seen tekstiin. Hakuja ei ole alkuun rajattu vuosiluvuilla, mutta joissain tapauksissa jos hakutuloksia on tullut liikaa, hakuja on supistettu vuosille 1995–2011. Tutkimuksia olen löytänyt muun muassa kirjaamisen laadun arvioinnista ja laadullisesta sisällöstä. Wang, Hailey ja Yu (2011) (n=77) sekä Saranto ja Kinnunen (2008) (n=41) ovat tehneet kir-jallisuuskatsaukset hoitotyön kirjaamisen arviointia koskevista tutkimuksista ja Jefferie-

sin, Johnsonin ja Griffithsin (2009) (n=28) kirjallisuuskatsauksessa puolestaan on kar-
toitettu laadukkaan kirjaamisen sisältöä.

Tähän työhön sopivia tutkimuksia tehohoito-työn kirjaamisesta en ole löytänyt. Pro gra-
du-tutkielmia, jotka käsittelevät tehohoidon kirjaamista sekä hoitotyön yhteenvedoa, on
löytynyt jonkin verran. Tuija Lehtikunnas (2001) on tehnyt pro gradu-tutkielman teho-
hoitotyön kirjaamisesta. Lehtikunnas on tutkinut, mitä Suomen teho-osastoilla kirja-
taan, miten elektronisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto on sujunut osastoilla
sekä miten se palvelee hoitotyötä (Lehtikunnas 2001). Virpi Jauhiainen (2009) on puo-
lestaan tehnyt pro gradu-tutkielman potilaan siirtymisestä tehohoidosta vuodeosastolle
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaalassa. Tutkielmassa kuvataan muun
muassa teho-osaston ja vuodeosaston välistä kirjallista tiedonsiirtoa (Jauhiainen 2009).
Jauhiaisen tutkielman valitsin sen perusteella, että se on tehty saman sairaanhoitopiirin
sisällä kuin tämä opinnäytetyö.

Tehohoito-työtä koskevia tutkimuksia on Suomessa tehty muun muassa sairaanhoitajan
toimimisesta potilaan edustajana (Peltonen – Suominen 2008), potilaan ja hoitajan
välisestä hoitosuhteesta (Mäenpää – Leino-Kilpi 2000) sekä autonomian merkityksestä
tehosairaanhoitajan työssä (Suominen – Varjus 2000).

Käsi- kirjastona olen käyttänyt Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastoa, Helsingin yli-
opiston terveystieteiden kirjastoa sekä Vantaan kaupunginkirjastoa. Kirjoja hoitotyön
rakenteellisesta kirjaamisesta, näyttöön perustuvasta kirjaamisesta sekä tehohoidosta
löytyy runsaasti. Potilasasiakirjoja ja kirjaamista koskevat lait ja asetukset (Finlex) sekä
Sosiaali- ja Terveysministeriön ohjeet kirjaamisesta (STM 2001) ovat saatavissa inter-
netissä.

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on ollut valtakunnallinen sähköisen kirjaamisen terveys-
hanke, jossa on kehitetty valtakunnallisesti yhtenäisiä ohjeita ja sisältöjä sähköiseen
kirjaamiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon (STM versio 3.0). Tämän hankkeen raportit
ovat saatavissa internetissä. Varsinais-suomen sairaanhoitopiirillä ja Sosiaali- ja terve-
ysministeriöllä on ollut valtakunnallinen hanke ”Hoitotyön ydintiedot sähköisessä poti-
laskertomuksessa” (HoiDok) (Tanttu 2007) sekä sen rinnakkaishanke ”Kansallisesti
yhtenäiset hoitotyön tiedot ” (HoiData 2008). HoiDok -hankkeessa luotiin valtakunnalli-
nen hoitotyön kirjaamisen malli sosiaali- ja terveysministeriön ydintietojen pohjalta
(Tanttu 2007: 6). Hankkeen raportit ovat saatavissa internetissä. HoiData -hankkeessa

oli tarkoituksena testata HoiDok -hankkeessa luotua kirjaamisen mallia käytännössä. (Hoidata 2009: 5). Tämän hankkeen raportit ovat myös saatavissa internetissä.

Tämän työn aineisto kerättiin satunnaisotannalla osaston tietojärjestelmästä keväällä 2012. Aineistoa kootessa on otettava huomioon, että näytteen tulisi edustaa mahdollisimman tarkoin perusjoukkoa (Pietilä 1973: 67). Tällainen näyte saadaan aikaiseksi kun aineisto valitaan otannalla. Otannassa tutkija ei itse päättää, mitkä perusjoukon jäsenistä eli tässä tapauksessa dokumenteista, hän ottaa mukaan. (Pietilä 1973: 67.) Satunnaisotannassa jokaisella perusjoukon jäsenellä on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi (Parahoo 2006: 259).

Osaston vastaavan sairaanhoitajan yhteystiedot saatiin opinnäytetyön ohjaajalta ja hänen kanssa sovittiin sähköpostitse tapaaminen osastolla. Sairaanhoitajalle sekä osastonhoitajalle kerrottiin työn tarkoituksesta ja toteutuksesta. Osaston sairaanhoitaja tulosti tietojärjestelmästä kaksikymmentä (n=20) peräkkäistä yhteenvetoa aakkosjärjestyksessä. Yhteenvedoista poistettiin potilaan tunnistetiedot ennen kuin ne luovutettiin työn tekijälle seuraavana päivänä osastolla.

6 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Työ toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa korostuu kokemusten, tulkintojen, käsitysten, motivaatioiden tai ihmisen näkemysten kuvaus. Kvalitatiivinen tutkimus sopii jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen silloin, kun siitä halutaan saada uusi näkökulma (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 49). Laadullisessa tutkimuksessa yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Sara-järvi – Tuomi 2009: 71).

Laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysiä (Elo – Kans-te – Kyngäs – Kääriäinen – Pölkki 2011). Sisällönanalyysillä voidaan tutkia erityisesti kommunikaatioprosesseja, ja koska dokumentti on inhimillisen toiminnan ja käyttäytymisen tuote, pidetään sisällönanalyysiä tästä syystä myös dokumenttien analyysimenetelmänä. (Kyngäs – Vanhanen 1999.)

Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti tai deduktiivisesti, ja se kumpaa käytetään, riippuu tutkimuksen tarkoituksesta (Elo ym. 2011). Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aihepiirin kategoriat määritellään etukäteen aikaisemman tiedon perusteella ja niihin etsitään aineistosta sisältöä (Sarajärvi – Tuomi 2009: 113). Työn aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoituksena on luoda selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto selkeään sekä tiiviiseen muotoon säilyttämällä samalla sen sisältämä informaatio. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 108.)

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksiköiden määrittäminen. Analyysiyksikön valinta riippuu tutkimustehtävästä ja aineiston laadusta. Deduktiivista sisällönanalyysiä voi ohjata teema, käsitekartta tai malli, joka perustuu aikaisempaan teorian tietoon. Deduktiivisen sisällönanalyysin runko voi olla strukturoitu tai strukturoimaton. Strukturoitua runkoa käytettäessä aineistosta poimitaan analyysirunkoon sopivia ilmaisuja. Käytettäessä strukturoitua runkoa analyysin voi tehdä joko niin, että aineistosta poimitaan vain ne ilmaisut jotka soveltuvat runkoon tai niin, että sieltä poimitaan myös ilmaisuja jotka eivät ole rungon mukaisia. Tällöin näistä runkoon sopimattomista ilmaisuista voidaan muodostaa induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti omia luokkia. Sisällönanalyysiä voidaan kategorioiden muodostuksen jälkeen myös jatkaa kvantifioimalla aineisto. Kvantifioinnissa lasketaan kuinka montaa kertaa jokin asia ilmenee aineistossa, tai kuinka moni tutkittava ilmaisee saman asian. (Kyngäs – Vanhanen 1999.)

Tätä opinnäytetyötä varten tehtiin sisällönanalyysirunko, jota käytettiin dokumenttien analysoinnissa. Analyysirunko on tehty mukailen Satakunnan sairaanhoitopiirin luomaa hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen mallia (Liite 1.). Yhteenvedon malli on luotu mukailen kansallisia hoitotyön kirjaamisen kriteerejä (SalpaNet 2012). Satakunnan sairaanhoitopiiriltä saatiin lupa käyttää mallia analyysirungon luomisessa. Analyysirungossa on viisi pääotsikkoa: potilaan taustatiedot, hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset sekä jatkohoito. Pääotsikot ovat sisällönanalyysin yläkategorioita. Jokaisen yläkategorian alla on lisäksi rakenteisen kirjaamisen komponenttien mukaisia alaotsikoita, jotka ovat sisällönanalyysin pääkategorioita. Analyysirunko on liitteenä työn lopussa (Liite 3.).

Sisällönanalyysi aloitettiin numeroimalla yhteenvedot yhdestä kahteenkymmeneen. Tämän jälkeen aineisto luettiin läpi ja sieltä alleviivattiin analyysirunkoon sopivia ilmaisuja. Aineistoa luettiin läpi useampaan kertaan hakemalla samalla sieltä ilmaisuja yläkategoria kerrallaan. Lauseet olivat yhteenvedoissa jo niin pelkistettyjä itsessään, että

lauseiden pelkistys jätettiin kokonaan tekemättä. Kun ilmaisut olivat liitetty jonkun pääkategorian alle, muodostettiin alakategoriat yhdistelemällä samankaltaisista asioista kertovia ilmaisuja. Sisällönanalyysia jatkettiin vielä kvantifoimalla aineisto, jotta siitä saatiin selville kuinka monessa lomakkeessa on kerrottu samankaltaisia asioita.

Yhteenvedojen jokainen lause sijoitettiin johonkin yläkategoriaan ja samoja ilmaisuja pystyttiin sijoittamaan usean otsikon alle. Koska mukaan otettiin kaikki yhteenvedoissa kirjoitetut ilmaisut, muodostui analyysissä hoitotyön toimintojen ja tuloksien alle uudeksi pääkategoriaksi potilaan lääkehoito.

7 Opinnäytetyön tulokset

Hoitotyön yhteenvedo on osa jatkohoitoraporttia. Osaston hoitotyöyhteenvedo lomakkeessa on valmiiksi väliotsikoita rakenteellisen kirjaamisen mukaan, mutta sairaanhoitaja voi itse muokata lomaketta haluamallaan tavalla. Valmiit otsikot yhteenvedossa ovat: tulosyy, allergiat, tartuntatauti/altistus, hengitys, verenkierto, ravitsemus ja nestehoito, erityis, ihon kunto, erikoishoidot ja -huomiot, henkinen tila, liikuntakyky ja -luvut. Lomakkeisiin voi kirjoittaa vapaata tekstiä, uusia väliotsikoita tai poistaa olemassa olevia väliotsikoita. Lomake on mahdollista jättää myös tyhjäksi. Jokaiseen yhteenvedoon tulostuu automaattisesti potilaan nimi, syntymäaika sekä ikä. Työssä analysoitiin yhteensä 20 hoitotyön yhteenvedoa, joista yksikään ei ollut kokonaan tyhjä. Jonkin näköinen hoitotyön yhteenvedo oli kirjoitettu siis jokaisesta potilaasta.

Työn tulokset esitetään analyysirungon mukaisessa järjestyksessä. Analyysirungon pääotsikoita, jotka ovat yläkategorioita, on neljä: potilaan taustatiedot, hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja tulokset sekä jatkohoito. Hoitotyön toiminnot ja hoitotyön tulokset olivat alkuun omia otsikoitaan, mutta analysointivaiheessa ne päätettiin yhdistää, koska otsikoiden alle tulevat ilmaisut olivat suurilta osin samoja. Jokaisen yläkategorian alle sijoittuu valmiiksi runkoon määritellyt pääkategoriat. Pääkategoriat oli määritelty hoitotyön kirjaamisen kriteereistä Satakunnan sairaanhoitopiirin ohjetta hyödyntäen. Pääkategoriat esitellään tuloksien yhteydessä. Samoja ilmaisuja voitiin sijoittaa monen yläkategorian alle. Esimerkiksi hoidon tarpeen, hoitotyön toimintojen ja jatkohoitohjeiden alle sijoittuvat ilmaisut olivat joltain osin samoja.

7.1 Potilaan taustatiedot

Analyysirungon ensimmäinen osio oli potilaan taustatiedot. Potilaan taustatietojen alle oli määritelty kolme eri pääkategoriaa: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen. Potilaan taustatietojen alle määritellyt alakategoriat näkyvät taulukossa 1.

Taulukko 1. Potilaan taustatiedot.

Alakategoria	Pääkategoria	Yläkategoria
Tartuntataudit Allergiat Päihteet Aikaisemmat terveysongelmat Apuvälineet Kotilääkitys Ruokavalio Tehdyt toimenpiteet	Fyysinen	Potilaan taustatiedot
Vireystila Hoitoon sitoutuminen Mieliala	Psyykinen	
Omaiset Kotona pärjääminen Kotipaikkakunta	Sosiaalinen	

Kahdeksantoista (n=18) yhteenvetoa sisälsi fyysiseen osa-alueeseen liittyvää tietoa. Potilaan fyysisistä taustatiedoista kerrottiin tartuntatauteihin, allergioihin, päihteisiin, aikaisempiin terveysongelmiin, apuvälineisiin, kotilääkitykseen, ruokavalioon sekä hoitojakson aikana tehtyihin toimenpiteisiin liittyviä asioita.

Tartuntataudeista oli maininta kahdeksassa (n=8) yhteenvedossa. Osaston tietojärjestelmän yhteenvetolomakkeessa on valmiiksi väliotsikko: "tartuntatauti/altistus" ja siitä syystä yleisimmin tähän vastattiin "ei" tai "ei tiedossa". Mikäli potilaalla oli tiettävästi joku tartuntatauti, mainittiin myös tarttuvan taudin nimi. Allergioista mainittiin puolessa kaikista yhteenvedoista. Allergiat oli myös automaattinen väliotsikko osaston yhteenvetolomakkeessa ja tähän kirjattiin myös joko "ei tiedossa" tai "ei ole". Potilaan päihteiden käytöstä mainittiin vain yhdessä (n=1) yhteenvedossa:

"bubrenorfiini vastaus ollut positiivinen Turussa"

Aikaisemmista terveysongelmista oli kirjattu puoleen kaikista yhteenvedoista. Potilaan aikaisemmista terveysongelmista kerrottiin muun muassa aikaisempia diagnooseja sekä tehtyjä toimenpiteitä:

"Aiemmin perusterve"

"Kyseessä 33-vuotias nainen, jolla insuliinihoitoinen DM ja Mirandan SIS-lehden mukaan komplikaationa retinopatia, nefropatia ja gastropareesi. Toistuvien ulcusten vuoksi päädytty Lohjalla 15.12 ventrikkelsektioon ja Roux'n Y-rekonstruktioon."

Apuvälineiden käytöstä mainittiin kahdessa (n=2) yhteenvedossa ja kotilääkityksestä kolmessa (n=3) yhteenvedossa. Apuvälineiden käytöstä kirjattiin toisessa yhteenvedossa potilaan käyttävän pyörätuolia kotioloissa, sekä toisessa kirjattiin potilaalla olevan tahdistin. Potilaan ruokavaliosta mainittiin ainoastaan kahdessa (n=2) yhteenvedossa ja maininnat olivat hoitotyön toimintojen yhteydessä, kun potilaan esimerkiksi kuvailtiin syövän hyvin kasviruokaa. Hoitajakson aikana tehdyistä toimenpiteistä mainittiin kuudessa (n=6) yhteenvedossa ja niissä kerrottiin potilaalle tehtyjä leikkauksia, plastiikkakirurgisia toimenpiteitä tai kuvantamistutkimuksia:

"Päädytty päivystysleikkaukseen vitaali-indikaatiolla, siirretty leikkausosastolle"

"Plastiikkakirurgit käyneet viikoittain. Plastiikkakirurgisia toimenpiteitä mm. Oik. Käden sormien II-V sekä molempien jalkojen varpaitten I-V amputaatioita ja ihoalueiden revisioita tehty leikkaussalissa 6.8, 11.8 ja 15.8. Myös ihonsiirtoja käsiin, ihoa otettu vas.kädestä."

Psyykkisen alueen ilmaisuja oli kolmessatoista (n=13) yhteenvedossa. Psyykkisestä alueesta kirjoitettiin potilaan vireystilaan, hoitoon sitoutumiseen sekä potilaan mielialaan liittyviä kuvauksia. Vireystilaa kuvailtiin yhteensä viidessä (n=5) yhteenvedossa kertomalla potilaan vastailevan yksisanaisesti tai pitämällä silmiä ainoastaan hetkellisesti auki. Hoitoon sitoutumisesta mainittiin ainoastaan kahdessa (n=2) yhteenvedossa ja molemmat kertoivat potilaan olevan hoitomyönteinen. Potilaan mielialasta kirjoitettiin kahdeksassa (n=8) hoitoyhteenvedossa ja kirjaukset kuvailivat potilaan henkistä tilaa siirtohetkellä:

”Asiallinen ja rauhallinen”

”Voipunut, väsähtänyt rouva”

”Asiallinen, rauhallinen, huumorintajuinen potilas”

Yhteenvedoista viidessätoista (n=15) oli maininta sosiaalisesta taustasta. Jokaisessa näissä oli maininta potilaan omaisista ja joissain yhteenvedoissa oli myös lisätty omaisten yhteystiedot. Omaisten tietojen lisäksi sosiaalisesta alueesta kirjattiin yhdessä yhteenvedossa potilaan kotipaikkakunnasta, sekä yhdessä yhteenvedossa kotona pärjäämisestä:

”88-vuotias yksin kotona asuva nainen. Kotona itsenäisesti pärjällyt.”

7.2 Hoidon tarve

Hoidon tarve oli analyysirungossa jaettu kolmeen yläkategoriaan: hoitoon tulon syy, hoitotyön tavoitteet ja potilaan hoidon fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen tarve (taulukko 2).

Taulukko 2. Hoidon tarve.

Alakategoria	Pääkategoria	Yläkategoria
Tulosyy	Hoitoon tulon syy	Hoidon tarve
Fyysinen hoidon tarve	Hoidon fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen tarve	

Hoidon tavoitteita ei ollut mainittu yhdessäkään yhteenvedossa. Hoidon tarpeista kertovat kirjaukset koskivat potilaan fyysisiä hoidon tarpeita ja niitä oli kirjattu viidessätoista (n=15) yhteenvedossa. Hoidon tarpeista kirjattiin muun muassa haavoista, verenpaineista tai verenkierron seurantaan liittyvistä asioista, kuntoutuksesta tai potilaan kivun tunteesta:

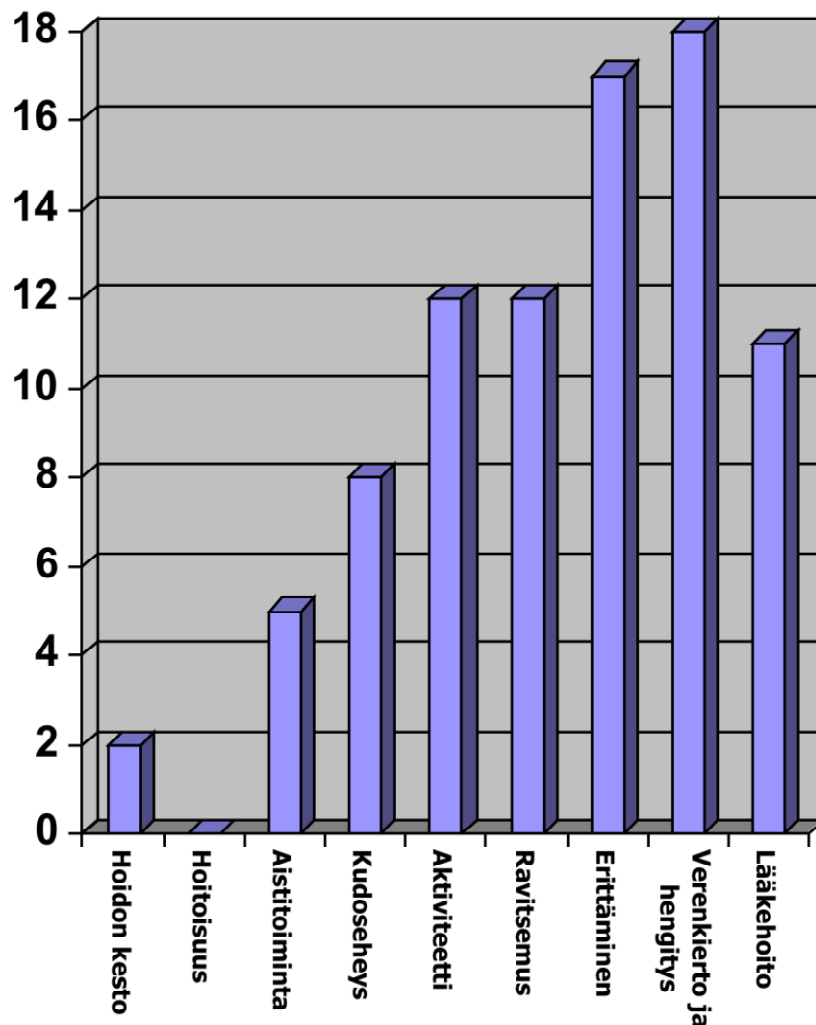
”Suuri ongelma tällä hetkellä kipu. Rytmii sinustakykardinen, ei tarvetta tukilääkkeille.”

”Kivulias mies. Seurattava punktiokohtaa. Verenpaineet ajoittain korkea”.

Hoitoon tulon syy oli täytetty jokaisessa lomakkeessa, ja se on ainoa kohta, johon oli vastattu jokaisessa kahdessakymmenessä (n=20) yhteenvedossa. Hoitoon tulon syy on myös valmiina otsikkona yhteenvetolomakkeessa osaston tietojärjestelmässä. Tulosyy kirjattiin joko kertomalla lääketieteellinen diagnoosi lyhyesti muutamalla sanalla, tai kuvailemalla potilaan sairaalaan joutumisen tilanne kotoa ambulanssiin ja sieltä osastolle. Kahdessa yhteenvedossa ei ollut kirjattu mitään muuta kuin potilaan hoitoon tulon syy.

7.3 Hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset

Hoitotyön toiminnot ja tulokset olivat ennen analyysiä eri pääkategorioita, mutta analyysiä tehdessä huomattiin niihin tulevan samoja ilmaisuja niin paljon, että oli järkevää yhdistää ne yhdeksi otsikoksi. Tämän yläkategorian kvantifioinnista tehtiin diagrammi kuvaamaan, kuinka monessa yhteenvedossa hoitotyön toimintojen ja tulosten osaluueita oli täytetty (kuva 2).



Kuva 2. Hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset.

Yhteenvetoihin kirjattiin eniten erittämiseen, sekä verenkiertoon ja hengitykseen liittyviä asioita. Hengityksestä ja verenkierrosta kirjattiin kahdeksaantoista (n=18) yhteenvetoon ja erittämiseen liittyviä ilmaisuja löytyi seitsemästätoista (n=17) yhteenvedosta. Potilaan hoidon aktiiviteeteista ja ravitsemuksesta kirjoitettiin hieman yli puoleen yhteenvedoista. Hoidon kestosta oli mainittu ainoastaan kahdessa yhteenvedossa ja poti-

laan hoitoisuusluokkaa ei ollut yhdessäkään yhteenvedossa. Kudoseheyden osa-alueesta oli kirjattu alle puoleen kaikista yhteenvedoista ja potilaan aistitoimintaan liittyvistä toiminnoista ja tuloksista vain viiteen (n=5) yhteenvetoon. Potilaan lääkehoito oli uusi analyysissä muodostunut pääkategoria ja lääkehoitoon liittyviä asioita kirjattiin yhteensä yhdessätoista (n=11) yhteenvedossa.

Hoitotyön toimintojen ja tuloksien alle saatiin muodostettua yhteensä 21 alakategoriaa, jotka ovat esitelty taulukossa 3.

Taulukko 3. Hoitotyön toiminnot ja tulokset.

Alakategoria	Pääkategoria	Yläkategoria
Hoitojakson alkamispäivä	Hoidon kesto	Hoitotyön toiminnot ja tulokset
Kipu ja kivun hoito	Aistitoiminta	
Haavat Iho	Kudoseheys	
Mobilisointi Puhtaus Uni- ja valvetila	Aktiviteetti	
Ravitsemuksen muoto Nestehoito Ruokailussa avustaminen Ravitsemukseen liittyvä ohjaus	Ravitsemus	

Vatsan toiminta Diureesi Muut eritteet	Erittäminen	
Hemodynaamikka Hengitys ja lisähapen tarve Veren menetys	Verenkierto ja hengitys	
Lopetetut lääkkeet Aloitettut lääkkeet Suunnitellut lääkkeet Ylimääräisenä annetut lääkkeet	Lääkehoito	

Hoidon kestoa ei ollut suoranaisesti mainittu yhdessäkään yhteenvedossa, vaan kahdessa (n=2) lomakkeessa oli kirjattu osastolle tulopäivä. Aistitoiminnasta kirjattiin potilaan kipua ja kivun hoitoon liittyviä asioita viidessä (n=5) yhteenvedossa. Kipua koskevissa kirjauksissa kuvailtiin potilaan kivun tunnetta esimerkiksi kovaksi tai suurimmaksi ongelmaksi tällä hetkellä. Lisäksi kirjauksissa kerrottiin kivun sijainnista tai potilaalle annetusta kipulääkityksestä. Kirjauksissa ei ollut käytetty mitään kivun mittareita, eikä myöskään kerrottu millä tavoin kipua helpotettiin.

Kudoseheydestä kirjattiin potilaan haavojen ja ihon kunnon osalta yhteensä kahdeksassa (n=8) lomakkeessa. Ihon kuntoa kuvailtiin neljässä (n=4) yhteenvedossa:

"Iho kuiva. Ei palovammoja."

"Normaali iho."

"Ihoalueilla ensin petekkioita, sitten rakkuloita, etenkin kädet ja sääret pakaroiden seutu. Ihon ekkymoosi/petekkia-alueet lisääntyneet. Oikean käden sormien kärkijäsenissä ja varpaissa jo kuivahtavaa nekroosia."

Haavoista kirjattiin yhteensä viidessä (n=5) yhteenvedossa ja useimmiten kirjaukset kuvailivat haavan kuntoa tai tehtyjä haavahoitoja. Aktiviteetin osa-alueesta kirjauksia tehtiin mobilisaation, puhtauden, sekä uni- ja valvetilan osalta. Puhtaudesta mainittiin vain kahdessa (n=2) yhteenvedossa ja kummassakin kirjauksessa kerrottiin potilaan käyneen suihkussa. Uni- ja valvetilasta mainittiin vain yhdessä (n=1) lomakkeessa kertomalla potilaan huonosta, levottomasta unesta. Aktiviteetin osa-alueesta eniten kirjauksia oli mobilisaation osalta, yhteensä kahdessatoista yhteenvedossa (n=12). Mobilisaation osalta kirjattiin muun muassa potilaan avustamisesta istumaan nousussa tai kävelyssä. Kuntoutumista lisäksi kuvailtiin kertomalla jalkojen kannattavan vain tietyn aikaa tai potilaan päässeen itse vessaan kävellen ilman apua. Mobilisaatioon liittyvissä kirjauksissa kerrottiin myös, mikäli potilas oli ollut kokonaan vuodepotilaana tehohoitojakson ajan.

Ravitsemuksen osalta yhteenvedoissa oli kirjattu ravitsemuksen muodosta, nestehoidoista, ruokailussa avustamisesta sekä yhdessä (n=1) lomakkeessa potilaalle annetusta ravitsemukseen liittyvästä ohjauksesta. Kymmenessä (n=10) lomakkeessa kirjattiin potilaan ravitsemuksen muodosta kertomalla oliko potilas saanut tavallista vai nestemäistä ruokaa suun kautta tai nenämahaletkuun vai suonensisäistä ravitsemusta. Lisäksi lomakkeissa kerrottiin potilaan mahdollisesta pahoinvoinnista ruokailun jälkeen tai siirtopäivänä nautitusta ravinnosta.

Nestehoidosta kirjattiin puoleen (n=10) kaikista yhteenvedoista ja kirjaukset koskivat siirtopäivänä saatuja suonensisäisiä nestemääriä, sekä suun kautta saatuja nestemääriä. Ruokailussa avustamisesta mainittiin kahdessa (n=2) yhteenvedossa ja molemmissa kirjauksessa kerrottiin, että potilasta oli avustettu ruokailussa. Ravitsemukseen liittyvästä ohjauksesta kirjattiin yhdessä lomakkeessa:

“Tietää, että pitäis syödä hyvin, jotta saa haavoille rakennusainetta.”

Erittämisestä kirjattiin seitsemässätoista (n=17) lomakkeessa ja useimmiten kirjaukset koskivat potilaan diureesia. Diureesista kirjattiin kuuteentoista (n=16) lomakkeeseen ja kirjaukset koskivat pääosin siirtopäivän diureesin määrää, katettrin tarvetta sekä diureesin tilaa. Kirjauksissa oli myös mainittu mahdollisista toimenpiteistä diureesin vauhdittamiseksi tai erikoisesta virtsan koostumuksesta.

Vatsan toiminnasta mainittiin ainoastaan alle puolista yhteenvedoista (n=6) ja nämä kirjaukset sisälsivät tietoa muun muassa siitä, milloin vatsa oli viimeisimmän kerran toiminut, oliko toiminta normaalia tai oliko potilaalla rektaalikatetri. Lisäksi kahdessa (n=2) yhteenvedossa kirjattiin myös muista eritteistä, kuten dreeneistä tulleista eritteistä, sekä nenämahaletkusta tulleista eritteistä. Nenämahaletkusta tulleesta eritteestä kuvailtiin lisäksi eritteen koostumusta ja väriä.

Verenkierron ja hengityksen osa-alue oli toiseksi eniten kirjattu alue yhteenvedoissa tulossyyn jälkeen. Tästä yläkategoriasta kirjattiin eniten potilaan hemodynaamikasta eli verenkierron toiminnasta, yhteensä kahdeksassatoista (n=18) yhteenvedossa. Hemodynaamikan tilaa kuvailtiin kirjauksissa kertomalla sen vakaudesta, periferian eli ääreisosien lämpötilasta tai potilaan verenpaineesta. Lisäksi kirjauksissa mainittiin potilaan sydämen rytmistä, veren menetyksistä, mitatusta kuumeesta sekä sykkeestä:

“Sinusrytmi. Korkeahkot verenpaineet”

“Korkea systolinen RR”

“Junktionaalinen rytmi, syke 55, RR 110/50”

“Rytmi sinustakykardinen, ei tarvetta tukilääkkeille. Hd vakaa”

Hengityksestä ja lisähapen tarpeesta kirjattiin toiseksi eniten tässä yläkategoriassa, yhteensä seitsemässätoista lomakkeessa (n=17). Kirjaukset kuvailivat potilaan hengityksen tilaa, lisähapen tarvetta, tehtyjä toimenpiteitä hengityksen helpottamiseksi sekä hengityskoneesta irrottautumista. Potilaan happeutumista kuvailtiin hyväksi tai kaasujenvaihtoa kohtalaiseksi. Kirjauksissa kerrottiin tarkasti minkälaista lisähapen tarvetta potilaalla oli ja minkälaisia happisaturaatio- eli veren happipitoisuusarvoja, potilaalta oli mitattu. Hengityskoneesta irrottautumisesta kerrottiin päivämäärä ja miten potilas oli reagoinut koneesta irrottautumiseen. Yhteenvedoissa kerrottiin myös, mikäli potilaalla oli ollut hengitysteissä limaa, ja mikäli sen poistamiseksi oli tehty hoitotoimenpiteitä.

Lääkehoitoa ei ollut alkuperäisessä analyysirungossa ollenkaan. Lääkehoitoa koskevia kirjauksia kuitenkin oli yhdessätoista yhteenvedossa (n=11), joten niistä muodostui uusi pääkategoria hoitotyön toimintojen ja tuloksien alle. Lääkehoidosta kirjattiin potilaan lopetettuja lääkkeitä, aloitettuja lääkkeitä, ylimääräisinä annettuja lääkannoksia,

sekä aloitettavaksi suunniteltuja lääkityksiä. Lääkityksistä mainittiin myös lääkkeiden aloittamisen syitä tai niiden haittavaikutuksia.

7.4 Jatkohoito

Jatkohoito oli myös osaston yhteenvedon lomakkeessa valmiina otsikkona. Analyysirungossa jatkohoito sisälsi viisi eri pääkategoriaa: jatkohoitoon siirtymisen syy, jatkohoidon tarve, jatkohoitopaikka, siirtoaika sekä jatkohoito-ohjeet. Tähän yläkategoriaan oli kirjattu tietoja seitsemässätoista (n=17) yhteenvedossa, mutta suurin osa kirjauksista koski vain jatkohoito-ohjeita. Jatkohoitoon siirtymisen syytä, jatkohoitopaikkaa, eikä siirtoaikaa ollut mainittu yhdessäkään yhteenvedossa. Jatkohoidon alle muodostuneet alakategoriat ovat taulukossa 4.

Taulukko 4. Jatkohoito.

Alakategoria	Pääkategoria	Yläkategoria
Ei jatkohoidon tarvetta	Jatkohoidon tarve	Jatkohoito
Lääkitys Post-tehokäynti Dreenit ja katetrit Haavahoidot Omaisten informointi Suunnitellut toimenpiteet Siirtopäivän nestetasapaino Mobilisointi Omaisuus Ravitsemus Muut sovitut asiat Hoitotahto	Jatkohoito-ohjeet	

Jatkohoidon tarve oli mainittu yhdessä (n=1) yhteenvedossa ja siinä jatkohoidon tarvetta ei enää ollut, koska potilas oli menehtynyt hoitojakson aikana. Jatkohoito-ohjeita kirjattiin melkein jokaisessa yhteenvedossa, sillä yhteensä seitsemässätoista (n=17) lomakkeessa oli ohjeita potilaan vastaanottavalle osastolle. Jatkohoito-ohjeissa kerrottiin potilaan lääkityksestä, suunnitellusta post-tehokäynnistä, potilaalla olevista dreeneistä ja katetreista, haavahoito-ohjeista, suunnitelluista toimenpiteistä, siirtopäivän nestetasapainosta, mobilisaatio ohjeista ja luvista, potilaan omaisuudesta, omaisten informoinnista, ravitsemuksen rajoitteista tai luvista, sekä muista sovitusta asioista potilaan hoitoon liittyen.

Potilaan lääkityksistä kirjattiin viiteen (n=5) yhteenvedoon. Lääkityksien osalta yhteenvedoihin kirjattiin siirtopäivänä saaduista lääkkeistä, aloitettavaksi suunnitelluista lääkkeistä, siirtopäivänä tehdyistä lääkemuutoksista, sekä lääkkeiden antotavan ohjeistuksia.

Post-tehokäynti yhteenvedossa tarkoittaa suunniteltua teho-osaston sairaanhoitajan vierailua vuodeosastolla ja tästä oli maininta kuudessa (n=6) yhteenvedossa. Tämä otsikko oli myös valmiina osaston yhteenvedon pohjassa. Kahdessa (n=2) yhteenvedossa post-tehokäyntiä ei järjestetty ja neljässä (n=4) yhteenvedossa kirjattiin suunnitellusta post-tehokäynnistä.

Potilaan dreeneistä ja katetreista oli kirjattu viiteen (n=5) yhteenvedoon. Potilaan katetreista kirjattiin usein katetrin tyyppi, ja dreeneistä kirjattiin drenin sijainti sekä drenin tuottama erityis viimeiseen vuorokauteen. Haavahoidon jatkohoito-ohjeita oli kirjattu kolmeen (n=3) yhteenvedoon ja ohjeet koskivat haavan seurantaan, haavahoitoon liittyviä ohjeistuksia sekä tehtyjä haavahoitoja siirtopäivänä:

10: "Vas.nivusesta poistettu liotuskatetri, seurattava punktiokohtaa" "Kts.kirjelehti"

13: "Haava siisti, vähän erityistä. Sidos vaihdettu klo 13."

Omaisten informoinnista kirjattiin puoleen (n=10) kaikista yhteenvedoista ja kirjauksissa useimmiten kerrottiin oliko potilaan omaisia informoitu vuodeosastolle siirrosta. Yhdessä (n=1) lomakkeessa kerrottiin omaisten saaneen omaisten ohjeet ja jutelleen lääkärin kanssa potilaan menehtyessä.

Suunniteltuja toimenpiteitä mainittiin kuudessa (n=6) yhteenvedossa ja ne koskivat joko suunniteltuja leikkauksia ja toimenpiteitä, laboratoriokokeita tai sovittuja aikoja muihin terveydenhuollon palveluihin.

Siirtopäivän nestetasapainosta kirjattiin yhdeksässä (n=9) yhteenvedossa. Kuudessa (n=6) näistä oli maininta sekä saaduista nesteistä, että diureesista ja lopuissa mainittiin vain toisesta. Useimmiten kirjauksissa oli laskettu neste- ja eritysmääriä vuodeosaston nestevuorokauden mukaan. Teho-osastolla potilaan saatujen ja menetettyjen nesteiden laskenta aloitetaan keskiyöllä vuorokauden vaihtuessa, kun taas vuodeosastoilla nestevuorokausi alkaa kuudelta aamulla. Nestetasapainon laskeminen vuodeosaston nestevuorokauden mukaan helpottaa potilaan vastaanottavaa sairaanhoitajaa laskemaan ensimmäisen hoitovuorokauden nestetasapainon. Lisäksi kolmessa (n=3) yhteenvedossa annettiin jatkohoito-ohjeita potilaan mobilisoinnille sekä kolmessa (n=3) yhteenvedossa kirjattiin potilaan mahdollisesta omaisuudesta. Ravitsemuksen osalta jatkohoito-ohjeet koskivat ravitsemuksen muotoa, sekä lupaa kiinteään ruoan tai nesteiden ottamiselle. Jatkohoidon osa-alueesta kirjattiin myös kahdessa (n=2) yhteenvedossa muista sovituista asioista kuten viranomaisten ja sosiaalihuollon yhteistyöstä. Yhdessä (n=1) yhteenvedossa oli mainittu potilaan hoitotahdosta:

“Hoidon intensiteettiä ei lisätä, eikä uutta elvytystä.”

8 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta käsitellään usein käsitteiden validiteetti sekä reliabiliteetti kautta. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä on luvattu ja reliabiliteetti tutkimusten toistettavuutta (Sarajärvi – Tuomi 2009: 136). Tutkimuksen reliabiliteettia lisää se, että eri käyttäjät keräävät samaa tiedonkeruumenetelmää käyttäen tietoja samasta ilmiöstä samoissa tutkittavissa yksiköissä (Pietilä 1973: 234). Tässä opinnäytetyössä käytetään mittaria, jota käytetään myös kahdessa muussa opinnäytetyössä, joissa käsitellään samaa aihetta. Opinnäytetöitä ei tehdä samalla osastolla, mutta kuitenkin ne tehdään samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvilla teho-osastoilla. Näiden kolmen opinnäytetyön tulokset ovat siis vertailtavissa keskenään ja se lisää tämän työn luotettavuutta. Työn tutkimuskysymyksiin saatiin vastattua, joten työssä on tutkittu sitä mitä on luvattu.

Yleensä pienen otoksen tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta koska laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ilmiötä, eikä luomaan tilastollisesti hyödynnettävissä olevia tuloksia, ei opinnäytetyön aineiston koko ole merkittävä kriteeri luotettavuutta mitattaessa. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 136.) Tämän työn otos oli pieni, vain kaksikymmentä yhteenvedoa analysoitiin. Pieni otos ei kuitenkaan oleellisesti heikennä tulosten luotettavuutta, koska työssä pyrittiin vain kuvaamaan yhteenvedon sisältöä.

Aineiston keruu suoritettiin niin, että dokumentteja ei valikoitu etukäteen. Ne kerättiin satunnaisesti aakkosjärjestyksessä. Yhteenvedon kirjoittamisen ajanjaksoa ei otettu huomioon, joten siihen vaikuttaviin ulkoisiin tekijöihin, kuten keitä ajanjakson aikana on osastolla työskennellyt, tai onko ajanjakso sijoittunut esimerkiksi normaalista poikkeavaan aikaan osastolla, ei ole kiinnitetty huomiota. Ajanjaksoon vaikuttavia tekijöitä ei oteta missään vaiheessa aineistoa analysoitaessa huomioon. Työssä analysoidaan pelkkää dokumenttia kiinnittämättä huomiota sen kirjoittajan pätevyyteen tai olosuhteisiin, jotka ovat vallinneet dokumenttia kirjoitettaessa. Sarajärvi ja Tuomi (2009) toteavatkin, että yksityisiä dokumentteja arvioitaessa tutkimusaineisto sisältää aina oletuksen, että kirjoittaja on ollut parhaimmillaan kirjoittaessaan dokumenttia.

Työn aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä ja se todetaankin sopivaksi analyysimenetelmäksi silloin, kun halutaan saada kuva kirjaamisen nykytilasta tai alkutilanteesta ennen sen kehittämistä (Ensio – Saranto 2007: 126). Se, että työssä on käytetty tarkoituksenmukaista ja työhön sopivaa analyysimenetelmää, lisää työn luotet-

tavuutta. Ennen analyysirungon tekemistä tutustuttiin hyvin teoriapohjaan hoitotyön kirjaamisesta, tehohoidosta sekä hoitotyön yhteenvedosta. Analyysirunko muodostettiin jo olemassa olevista hoitotyön yhteenvedon ohjeista, jotka oli luotu valtakunnallisia ohjeita mukailleen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Ohjeiden kirjoittajalta kysyttiin lupa niiden hyödyntämisestä tässä työssä.

Opinnäytetyön luotettavuutta horjuttaa se, että tuloksien analysoija ei ole ennen analysoinut aineistoa deduktiivisella sisällönanalyysillä. Opinnäytetyöllä on kuitenkin ohjaava opettaja, joka tarkastaa työn laatua ja paikkansapitävyyttä. Sisällönanalyysiä tehdessä, varmistettiin sen oikeellisuus opinnäytetyön ohjaajalta.

Työtä varten haettiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä, joka mahdollisti aineiston keruun teho-osaston tietojärjestelmästä. Työn eettisyyttä tarkastellessa voidaan todeta, että työn tarkoitus on jo itsessään eettinen. Työllä halutaan kehittää hoitotyön kirjaamista ja hyvä kirjaaminen vahvistaa hoitotyön eettisyyttä. Tässä työssä käsiteltiin potilasasiakirjoja, ja eettisyyden nimissä asiakirjoja käsiteltiin vain tähän työhön liittyvissä tilanteissa. Asiakirjoista peitettiin henkilötiedot sekä niiden salassa pysymisestä varmistettiin.

Eettisesti kestävä työn tulokset tulee esittää ja arvioida hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti noudattamalla yleistä huolellisuutta, tarkkuutta sekä rehellisyyttä (Sarajärvi – Tuomi 2009: 132). Suomen Akatemian tutkimuseettisten ohjeiden mukaan eettisesti kestävässä tutkimuksessa noudatetaan yleistä huolellisuutta ja rehellisyyttä tutkimustyössä, sekä tuloksien arvioinnissa ja esittämisessä. Tutkimuksessa tulee myös kunnioittaa työssä käytettyjä muita tutkimuksia asianmukaisella viittaamisella ja tuloksien oikealla tulkinnalla. (Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003.)

Tutkimuksen tuloksissa on esitettävä analyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. Kategorioiden sisällöt tulee kuvata yksityiskohtaisesti ja suorat lainaukset lisäävät raportin luotettavuutta. Kirjoittajan tulee lisäksi varmistua, ettei henkilötietoja paljastu suorien lainauksien vuoksi. Luotettavuuden kannalta ongelma sisällönanalyysissä on se, että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulokset perustuvat ainoastaan tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Analyysin haasteena on se, kuinka onnistuneesti tutkija pystyy muodostamaan sellaiset kategoriat, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös tutkijan kyky osoittaa yhteys tuloksien ja aineiston välillä. (Vanhanen – Kyngäs 1999.)

Sisällönanalyysiä tehdessä joutuu tulkitsemaan toisen ihmisen kirjoittamaa tekstiä, joten tulkintavirheiden mahdollisuus on aina olemassa. Aineistossa tuli esille tuntemattomia sanoja ja lyhenteitä, joiden merkitys tarkastettiin teho-osaston sairaanhoitajalta.

9 Pohdinta

Tämän työn tavoitteena oli kuvata teho-osaston hoitotyön yhteenvedon nykytilaa. Tarkoituksena oli saada tietoa, mitä yhteenvetoihin kirjataan ja miten valtakunnallisten ohjeiden mukaista yhteenvetoon kirjaaminen teho-osastolla on. Lisäksi työllä haluttiin selvittää onko kirjaamisessa jotain kehityskohteita ja kirjoitettiin se jokaisen potilaan kohdalla.

Osaston yhteenvetolomakkeessa käytettiin automaattisia väliotsikoita, joiden tarkoitus on ohjata sairaanhoitajan yhteenvedon kirjaamista. Otsikot seuraavat rakenteisen kirjaamisen ydintietoja, mutta niiden alle kirjoitetaan vapaata tekstiä, ei valikoida rakenteiden kirjaamisen komponentteja. Osastolla ei ole tarkkaa ohjeistusta yhteenvedon sisällöstä, joten sairaanhoitajalla on hyvin vapaat kädet yhteenvetoa kirjoitettaessa. Tämän takia on mahdollista, että yhteenvedoista puuttuu oleellisia asioita hoitojaksosta tai että se jätetään kokonaan tyhjäksi.

Suurimmassa osassa yhteenvedoista oli näkyvissä hoitotyön prosessi hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista ja arvioinnista. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen pitäisi mielestäni olla kuitenkin nähtävissä jokaisessa yhteenvedossa. Yhteenvedoissa ei käytetty Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitusten komponentteja ollenkaan, vaan sairaanhoitaja kirjasi omin sanoin potilaan tilanteesta. Tulos eroaa vuonna 2005 Suomessa tehdystä laajasta hoitotyön kirjaamista koskevasta tutkimuksesta, jossa hoitotyön yhteenvedoista 27 % oli prosessimallin mukaisia, ja 18 % teki hoitotyön yhteenvedon käyttäen Suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL) (Tanttu – Rusi 2007: 117–119). Vapaan tekstin kirjaaminen mielestäni aiheutti sen, että joidenkin yhteenvetojen kohdalla lauseet olivat epäloogisia, vaikeita tulkita sekä täynnä lyhenteitä. Teho-osastolla käytetään hyvin usein vuodeosastosta poikkeavia hoitoja, joten lyhenteitä

käyttäessä tulisi ottaa huomioon osastojen erilainen sanavarasto. Lyhenteet voivat vaikeuttaa tulkintaa tai jopa aiheuttaa väärinymmärryksiä. Potilasasiakirjoissa saa Sosiaali- ja terveysministeriön (2001) mukaan käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä termejä ja lyhenteitä.

Potilaan taustatiedot olivat yleisesti ottaen kerrottu melko kattavasti sisältäen potilaan fyysisiä, sosiaalisia sekä psyykkisiä tietoja. Potilaan aikaisempaa sairaushistoriaa kerrottiin vaihtelevasti ja sosiaalisesta alueesta kerrottiin yleensä lähiomaisen yhteystiedot. Potilaan psyykkisen tilan arviointi oli sairaanhoitajan oma arvio tilanteesta, eikä potilaan omaa arviota hänen psyykkisestä jaksamisesta tai selviytymisestä ollut nähtävissä. Yhdessäkään lomakkeessa ei ollut mainittu, miten potilas oli psyykkisesti voinut koko tehohoitojakson ajan, vaan kirjaukset keskittyivät kuvailemaan potilaan jaksamista siirtohetkellä. Tieto koko tehohoitojakson aikaisesta selviytymisestä voisi helpottaa vastaanottavan osaston sairaanhoitajaa varautumaan etukäteen psyykkisien ongelmien kohtaamiseen. Teho-osastojakson aikaiset psyykkiset ongelmat voivat purkautua ahdistuksena ja paniikkikohtauksina myöhemmin, vaikka siirtohetkellä ei olisi ongelmia ollutkaan (Pyykkö 2007: 57–67).

Hoitotyön toimintojen ja arvioinnin osa-alueita, lukuun ottamatta hoitoisuusluokkaa, oli täytetty melkein jokaisessa yhteenvedossa. Hoitoisuusluokkaa ei ollut kirjattu yhdessäkään yhteenvedossa. Hoitotyön yhteenvedo on osa jatko-hoitoraporttia ja voi olla, että raportti itsessään sisältää jo potilaan hoitoisuusluokan, ja näin ollen yhteenvedoissa sitä ei ole mainittu välttääkseen päällekkäiskirjauksia. Hoitotyön toimintojen ja arvioinnin osa-alueesta kirjattiin eniten potilaan verenkierrosta sekä hengityksestä. Yleisesti ottaen hoitotyön toiminnoista ja arvioinnista kirjattiin hoitajan tekemiä havaintoja, toimintoja tai mitattuja arvoja. Potilaan näkemys tai kanta ei näkynyt kirjauksissa, vaan kirjaukset olivat sairaanhoitajan omia havaintoja potilaan tilasta tai tehdyistä toimenpiteistä.

Kaikissa niissä yhteenvedoissa, joissa kirjattiin kudoseheydestä, oli haavoja sekä ihon kuntoa kuvailtu monipuolisesti. Erittämisen sekä verenkierron ja hengityksen osa-alueet olivat täytetty melkein jokaisessa yhteenvedossa ja kirjauksissa kerrottiin useimmiten potilaan tilanteesta tällä hetkellä, ei niinkään tiivistelmää koko hoitojakson ajan tapahtumista. Hengityksen osa-alueesta kirjaukset useimmiten kertoivat mahdollisesta lisähapen tarpeesta. Tulokset ovat samankaltaisia myös Jauhiais (2009:36) tutkimuksessa, jossa yhteenvedoihin kirjattiin muun muassa verenkierrosta, hengityksestä ja

lisähapen tarpeesta sekä erityksestä. Hoidon tuloksia arviointiin ainoastaan sanallisesti, ei käyttämällä rakenteisen kirjaamisen parantunut/säilynyt ennallaan/huonontunut –asteikkoa. Tuloksia kuvailtiin sanallisesti esimerkiksi kertomalla verenkierron normalisoituneen tai vatsan toiminnan rauhoittuneen. Potilasohjaus ei juuri näkynyt yhteenvedoissa, sillä ainoastaan yhdessä lomakkeessa mainittiin annetusta ravitsemusohjauksesta. Mielestäni potilasohjaus on yksi tärkeimpiä sairaanhoitajan tehtäviä ja tämä tulisi näkyä myös yhteenvedoissa.

Jatkohoidosta oli kirjattu myös melkein jokaiseen yhteenvedoon. Jatkohoidosta jätettiin kuitenkin kirjoittamatta jatkohoitoon siirtymisen syy, jatkohoitopaikka sekä siirtoaika. Koska työssä analysoitiin vain hoitotyön yhteenvedoa, ei koko jatkohoitoreporttia, ei ole tiedossa näkyvätkö nämä asiat jatkohoitoreportissa. Se voi olla yksi syy kirjoittamatta jättämiseen. Suurimmaksi osaksi jatkohoidon osa-alueesta kirjattiin jatkohoitohjeita, jotka sisälsivät useimmiten tietoa omaisten informoinnista ja siirtopäivän nestetasapainosta. Lisäksi ohjeet sisälsivät kirjauksia muun muassa katetreista ja dreeneistä sekä niiden sijainneista. Näitä samoja asioita tuli esille myös Jauhaisen (2009:36) tutkimuksen tuloksissa. Nestetasapainosta kirjattiin suurimmaksi osaksi sekä saadut nesteet että diureesi, samassa lomakkeessa. Melkein kaikissa yhteenvedoissa oli myös laskettu siirtopäivän nestetasapaino vuodeosaston nestevuorokauden mukaisesti. Mielestäni tämä oli ehdottomasti positiivinen ja tärkeä asia, koska se helpottaa vuodeosaston sairaanhoitajaa laskemaan ensimmäisen osastovuorokauden nestetasapainon.

Hoidon tarve oli hoitoon tulon syyn osalta kirjattu erinomaisesti, sillä tulosyyn oli kirjattu jokaiseen yhteenvedoon. Tulosyyn oli ainoa osa-alue, joka löytyi jokaisesta yhteenvedosta. Hoidon tarpeen osa-alueesta jätettiin kuitenkin kokonaan kirjoittamatta hoidon tavoitteet. Hoitotyön kirjaamisessa tulisi mielestäni selvästi näkyä hoitotyön prosessi myös tavoitteiden määrittämisen osalta, jotta tiedetään mihin potilaan hoidolla pyritään. Yhteenvetolomakkeita ei ollut kirjattu noudattaen rakenteisen kirjaamisen rakennetta aloittaen hoidon tarpeesta ja tavoitteista, päätyen toimintojen kautta tuloksiin. Vaikka kaikkia prosessin vaiheita lomakkeissa esiintyi, olivat asiat niissä välillä epäloogisessa järjestyksessä. Kirjaamalla prosessin vaiheiden mukaan, voisi yhteenvedon lukeminen helpottua. Joissain yhteenvedoissa oli vaikeuksia ymmärtää oliko esimerkiksi verenpaineiden kanssa ongelmia tulovaiheessa, hoidon aikana vai siirtohetkellä. Yhteenvetolomakkeissa oli myös lauseita, joita oli vaikea tulkita pelkän yhteenvedon perusteella. Koska työssä ei käytetty muita potilaan hoidon ajan kirjauksia, ovat ilmaisut luokiteltu työn tekijän oman tulkinnan mukaan. Mielestäni hoitotyön kirjaamisessa ei

saisi olla tulkintavirheiden vaaraa, vaan yhteenveto pitäisi kirjata niin selkeästi, ettei kirjauksia tarvitsisi tarkentaa muista potilaspapereista.

Selvä kehityskohde kirjaamisessa oli kirjaamatta jättäminen. Yhteenvetojen sisältö vaihteli suuresti, vaikka jokaisesta potilaasta oli kirjoitettu jonkinlainen yhteenveto. Kahteen yhteenvetoon oli esimerkiksi kirjattu ainoastaan potilaan tulosityy. Näissä kahdessa yhteenvedossa oli jätetty kirjoittamatta keskeiset asiat hoitojaksosta ja tämä ei turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta. Myös muutamat analyysirungon otsikot, kuten hoitoisuusluokka, hoidon tavoite, jatkohoitoaika, jatkohoitoon siirtymisen syy ja siirtoaika eivät esiintyneet yhdessäkään yhteenvedossa. Kirjaamatta jättämiseen on kuitenkin voinut vaikuttaa se, että asiat esiintyvät jo jatkohoitoreportissa. Mielestäni yhteenvetoa ei saisi missään nimessä olla mahdollista jättää kirjoittamatta eikä päällekkäiskirjauksia tulisi vältellä yhteenvetoa laatiessa. Hoitotyön yhteenveto on kuitenkin kokonaisuudessaan tiivistelmä muista kirjauksista ja se on potilaan vastaanottavalle sairaanhoitajalle ainoastaan hyödyllinen sekä työtä helpottava asia, vaikka siinä olisikin kirjattu uudelleen muista potilaspapereista löytyviä asioita.

Yleinen kieliasu yhteenvedoissa oli siisti, vaikka niissä käytettiin paljon puhekielen ilmaisuja. Yhteenvedoissa oli käytetty väliotsikoita, mutta siitä huolimatta otsikon alle saatettiin kirjoittaa tietoja, jotka eivät vastanneet otsikkoa. Asioita oli myös joissain yhteenvedoissa kirjoitettu kahteen kertaan. Yhteenvetoa kirjoittaessa voi sairaanhoitajalla olla kiire tai osastolla voi olla tekijöitä, jotka häiritsevät keskittymistä ja tämä voi omalta osaltaan vaikuttaa tekstikokonaisuuden loogisuuteen. Yhdessäkään yhteenvetolomakkeessa ei näkynyt sen kirjoittajan nimeä eikä ammattinimikettä, vaikka potilasasiakirjoissa tulisi aina olla lain mukaan näkyvissä tietojen lähde. (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 7.) Työssä ei ole kuitenkaan otettu huomioon mahdollisesti yhteenvedon tulostamisen jälkeen siihen merkattavia tietoja tai allekirjoituksia.

Teho-osastojakson aikana järjestelmät keräävät potilaasta paljon tietoa ja hoitojaksot voivat olla viikonkin mittaisia. Tämä vaatii teho-osaston sairaanhoitajalta taitoa tiivistää hoitojakson tärkeimmät tapahtumat yhteenvedoksi. Yhteenvedot pitäisi olla ymmärrettäviä, riittävän kattavia ja tarpeeksi lyhyitä samanaikaisesti. Sairaanhoitajalta vaaditaan siis myös taitoa asettua vastaanottavan sairaanhoitajan asemaan ja ilmaisemaan itseään riittävän selkeästi. Kokonaisuudessaan jatkohoitoreportti voi olla yhteensä kymmeniä sivuja ja vuodeosaston sairaanhoitajan voi olla vaikea erottaa sen tietomäärän joukosta hoitotyön kannalta tärkeimmät asiat. Tehohoitotyö on hyvin erikoistunutta ja

tämä osaltaan myös vaikeuttaa vuodeosaston sairaanhoitajaa ymmärtämään teho-osastojakson kirjauksia. Mielestäni tästä syystä hoitotyön yhteenvedon kirjaamiseen tulisi panostaa entistä enemmän. Yhteenvedolla teho-osaston sairaanhoitaja voi auttaa vuodeosastoa ymmärtämään tehohoidon aikaisia hoidon tarpeita ja suunnittelemaan hoitoa perusteellisemmin vuodeosastolla.

Hoitotyön kirjaaminen on siirtymässä kokonaan sähköiseen kirjaamiseen, jonka kautta kirjaamista saadaan yhtenäistettyä. Tässä työssä kehityskohteenä ilmeni yhteenvetoihin kirjoitettavien asioiden vaihtelevuus ja kirjattavan tiedon määrä. Jotkut yhteenvedot sisälsivät tietoa ainoastaan muutaman lauseen verran tietoa ja jotkut yhteenvedot olivat hyvinkin kattavia raportteja potilaan hoitajaksosta. Hoitotyön yhteenvedo pitäisi kuitenkin jokaisen potilaan kohdalla olla yhtä kattava, ja mielestäni yhteenvetolomake tulisi rakentaa niin, ettei sitä olisi mahdollista jättää tyhjäksi. Lisäksi tarkat yhtenäistetyt ohjeet yhteenvedon sisällöstä helpottaisivat sairaanhoitajaa kirjaamaan yhteenveetoon kaikki hoidon kannalta oleelliset asiat ja varmistaisi yhteenvedon tasalaatuisuuden. Potilaan vastaanottavalla sairaanhoitajalla tulisi joka kerta olla mahdollisuus saada yhtä kattava yhteenvedo potilaan hoitajaksosta teho-osastolla.

Koska yhteenvedo auttaa nimenomaan vastaanottavaa osastoa hoidon tavoitteiden määrittämisessä ja hoidon suunnittelussa, ehdottaisinkin tutkimaan jatkossa enemmän yhteenvedojen sisällön hyödynnettävyyttä vuodeosastojen sairaanhoitajien näkökulmasta. Yhteenvedoa kehittäessä olisi tärkeä tietää mitä vuodeosastot pitävät yhteenvedossa tärkeänä ja miten he pystyvät hyödyntämään yhteenvedon tietoja. Yhteenvetolomakkeen kehittämisessä tulisi ottaa huomioon kenelle lomake on pääasiassa tarkoitettu ja mitä lomakkeen sisällöllä halutaan kertoa ja saavuttaa. Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitusten käyttäminen yhteenvedoissa toisi selkeästi esiin hoitotyön prosessin mikä kaiken hoitamisen taustalla kuuluisi olla. Komponenttien käyttäminen helpottaisi yhteenvedon lukemista ja olisi tulevaisuuden tietojärjestelmien kannalta ihanteellista. Yhteenvedon kehittämisessä mielestäni pitäisi ottaa myös huomioon vuodeosastojen erilainen tietojärjestelmä teho-osastoon verrattuna ja suunnitella lomaketta mukaillen heidän kirjaamis pohjaa. Kun yhteenvetolomake on yhtenäinen kaikilla sairaanhoitopiirin teho-osastoilla, on myös sen sisällön laadun seuranta jatkossa helpompaa.

Lähteet

- Asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Annettu Helsingissä 30.3.2009.
- Blomster, Marika – Mäkelä, Merja – Ritmala-Gastrén, Marita – Säämänen, Jari – Varjus, Sirkka-Liisa 2001: Tehohoitotyö. Tammi.
- Björvell, Catrin – Thorell-Ekstrand, Ingrid – Wredling, Regina 2002: Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of registered nurses. *Journal of clinical Nursing* 2003 (12). 206-214.
- Finlex. Valtion säädöstietopankki. <<http://www.finlex.fi/fi/>>. Luettu 1.9.2011.
- Ensio, Anneli – Saranto, Kaija – Sonninen, Anna-Liisa – Tanttu, Kaarina 2007: Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY.
- Ensio, Anneli – Saranto Kaija 2007: Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Toimittanut Hopia Hanna ja Koponen Leena. Sairaanhoidtajaliitto. Gummerus Jyväskylä.
- Ensio, Anneli – Saranto, Kaija 2004: Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen Sairaanhoidtajaliitto, Sipoo.
- Elo, Satu – Kanste, Outi – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Pölkki, Tarja 2011: Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23 (2), 138-148.
- Hallila, Liisa 2005: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi Keuruu.
- Hallila, Liisa – Graeffe, Reija 2005: Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Toimittanut Hallila Liisa. Tammi. Keuruu.
- Henkilötietolaki 523/1999. Eduskunnan päätöksen mukaisesti annettu Helsingissä 22.4.1999.
- HoiData 2009: Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot. Loppuraportti. Verkkodokumentti. <<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf>>. Luettu 1.9.2011
- HUS. Tehohoito. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,3666,3669>>. Luettu 18.8.2011.
- HUS 2006: Potilashoidon järjestelmien uusiminen ja siirtyminen sähköisen potilaskertomuksen käyttöön vuosina 2006–2009. Hallituksen kokous pöytäkirja. Verkkodokumentti. <<http://asiakirjat.hus.fi/djulkaisu/kokous/KOKOUS-260-2.HTM>>. Luettu 5.10.2011.
- Jauhiainen, Virpi 2009: Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoidtajien kuvaamina. Pro Gradu. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Jefferies, Diana – Johnson, Maree – Griffiths, Rhonda 2009: A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice* 2010 (16). 112–124.
- Klein – Moseley – Sole 2005: *Introduction of Critical Care Nursing*. St Louis: Elsevier Saunders.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* vol. 11. (1/99), 3-12.
- Kärkkäinen, Oili 2007: Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa: Hopia, Hanna – Koponen, Leena: *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Eduskunnan päätöksen mukaisesti annettu Helsingissä 17.8.1992.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Eduskunnan päätöksen mukaisesti annettu Helsingissä 9.2.2007.
- Lehtikunnas, Tuija 2001: *Tehohoitotyön kirjaaminen*. Pro Gradu. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Liljamo, Pia – Kaakinen, Pirjo – Ensio Anneli 2008: Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Verkkodokumentti. <http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E118B522651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSIO_1_0_final_a.pdf>. Luettu 3.10.2011.
- Mäenpää, Inger – Leino-Kilpi, Helena 2000: Hoitosuhde teho-osastolla – hoitajan suhde potilaaseen ja hänen läheisiinsä sairaanhoitajan näkökulmasta. Teoksessa: Mäkelä, Merja – Suominen, Tarja – Leino-Kilpi, Helena: *Tehohoitotyön tutkimus – tehohoitopotilaan ja -hoitajan parhaaksi*. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.
- Parahoo, Kader 2006: *Nursing research; Principles, process and issues*. Second Edition. London: Palgrave Macmillan.
- Peltonen, Petra – Suominen, Tarja 2008: Sairaanhoidaja tehohoitopotilaan edustajana. *Tutkiva hoitotyö* 6 (2), 10-12.
- Pietilä, Veikko 1973: *Sisällön erittely*. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.
- Pyykkö, Anita 2007. Hoitotyön dokumentointi tehohoidon tiedonhallintajärjestelmässä. Teoksessa: Hopia Hanna, Koponen Leena: *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.
- Rantalainen, Terhi 2010: *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Toimittanut Kaarlola Anne, Larmila Maarit, Lundgrén-Laine Heljä, Pyykkö Anita, Rantalainen Terhi ja Ritmala-Gastrén Mari-ta. Helsinki: Duodecim.
- Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996. Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Verkkodokumentti. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_ty_o/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/>. Luettu 10.10.2011.

- SalpaNet 2012. Verkkodokumentti. < <http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8398&%20culture=fi-FI&contentlan=1>>. Luettu 12.4.2012.
- Saranto, Kaija – Sonninen, Anna-Liisa 2007: Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto, Kaija – Ensio, Anneli – Tantt, Kaarina – Sonninen, Anna Liisa: Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Saranto, Kaija – Kinnunen, Ulla-Mari 2008: Evaluating nursing documentation – research desings and methods: systematic review. Journal of Advanced Nursing 65 (3). 464-476.
- Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003. Verkkodokumentti. < <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%22ohjeet%202003.pdf>>. Luettu 5.10.2011.
- Suomen Tehohoito Yhdistys 1997. Eettiset ohjeet.<[http://www.sthy .fi/infot/eettiset.pdf](http://www.sthy.fi/infot/eettiset.pdf) > . Luettu 18.8.2011.
- Suominen, Tarja – Varjus, Sirkka-Liisa 2000: Autonomia ja merkityksellisyys tehosairaanhoitajan työssä. Teoksessa: Mäkelä, Merja – Suominen, Tarja – Leino-Kilpi, Helena: Tehohoitotyön tutkimus – tehohoitopotilaan ja –hoitajan parhaaksi. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.
- STM 2001: Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden säilyttäminen ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Verkkodokumentti. <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/opas.htm>>. Luettu 1.9.2011.
- STM Opas 2007: Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Verkkodokumentti. <www.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>. Luettu 1.9.2011.
- STM versio3.0: Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Versio 3.0. Verkkodokumentti. <https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206>. Luettu 1.9.2011.
- Sähköinen potilastiedon arkisto 2011. Kanta: Kansallinen terveysarkisto. Verkkodokumentti. <<https://www.kanta.fi/fi/sahkoinen-potilastiedon-arkisto>>. Luettu 11.10.2011.
- Tantt, Kaarina 2007. HoiDok- hanke Loppuraportti osa I: Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomuksessa. Verkkodokumentti. <http://www.google.fi/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CAQQxAWAA&url=http%3A%2F%2Fwww.vsshp.fi%2Ffi%2Fdokumentit%2F16562%2FHoiDokLoppuraporttiosa1&rct=j&q=hoidok%20hanke%20loppuraportti&ei=uJd5TtnMHYbP4QSxq_XyDw&usg=AFQjCNEIauehjrHjhoWO5GqdFn7EshL2MA&cad=rja>. Luettu 1.9.2011.
- Tantt, Kaarina – Rusi, Reetta 2007: Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa: Hopia, Hanna – Koponen, Leena: Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto. Gummerus. Jyväskylä.

Valvira 2011. Potilasasiakirjoihin merkittävät keskeiset tiedot. Verkkodokumentti. <http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat/potilasasia_kirjoihin_merkittavat_keskeiset_tiedot>. Luettu 23.8.2011.

Wang, Ning – Hailey, David – Yu, Ping 2011: Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2011, 67 (9). 1858–1875.

Julkaisemattomat lähteet:

Taskinen Maarit 2012. Asiantuntijahaastattelu. 22.2.2012

Taskinen Maarit 2011: Taitava tehohoitaja.

Satakunnan Sairaanhoidopiirin hoitotyön yhteenvedon malli:

Liite 1.

1(2)

Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen HOIY-lehdelle (HOIY/K, HOIY/R, HOIY/S)

Satakunnan sairaanhoitopiiri Ohje hoitohenkilökunnalle 2010

Mukaillen STM. 2009. Ydintieto-opas Versio 3.0. 6.9.2010

Copyright © 2010, Satshp

Alkutieto: *Tämä on sähköisen hoitotyön yhteenvedon ensimmäinen tietorivi (fraasi, `alkuh`, F8). Vain ensimmäisen kerran kun aloitetaan HOIY-lehti.*

Hoitopaikka: HOITOTYÖN YHTEENVETO (fraasi, `hoiy`, F8): yksiköstä: sairaala, erikoisala, yksikön nimi ja puhelinnumero. Hoitojakson ajankohta.

Potilaan taustatiedot:

Kirjataan lyhyesti oleelliset asiat hoitojakson kannalta.

Fyysinen: Aikaisemmat sairaudet ja riskitiedot (allergiat, MRSA, HIV, hepatiitti). Siirännäiset, proteesit, implantit, tahdistimet,

keinoläppä, kuulolaite tai muut keinotekoiset laitteet tai apuvälineet. Ruokavalio, päihteet ja tupakointi jne.

Psyykinen: mieliala, muisti

Sosiaalinen: Kotipaikka. Miten asuu. Lähin omainen ja hänen yhteystietonsa. Kotipalvelu, kotisairaanhoido, laitoshoido; yhteystiedot.

Hoidon tarve:

Hoitoon tulon syy. Mitä hoidon tarpeita potilaan tilanne tai sairaus aiheuttaa.

Huomioidaan potilaan fyysisen tarpeen lisäksi psyykinen ja sosiaalinen tarve.

Hyödynnetään olemassa olevia mittareita: kipu, haavan koko, kuume, toimintakyky, muisti, masennus, jne. *esim. ruokahalu*

huono leikkauksen jälkeen

Kirjataan hoitotyön **tavoitteet**, joiden avulla ilmaistaan mihin hoitotyöllä pyritään.

Hoitotyön toiminnot:

Kirjataan hoidon tarpeeseen liittyvät ja potilaan hoidon kannalta merkitykselliset **hoitotyön** toiminnot (avustaminen,

seuranta, toimenpide *esim. haavahoito*, tutkimus *esim. Pef-mittaus*, ohjaus, lääkehoidon toteutus).

Esim. avustettu ruokailussa

ja tarjottu mieliruokia

Lääkitystietojen kirjaamisessa toimitaan tulosalueen/tulosyksikön kirjallisten ohjeiden mukaan

Tarkista lääkitys epikriisistä. (fraasi, `lääkitys`, F8).

Hoidon tulokset:

Tähän kirjataan arviointi eli miten hoitojakso on edennyt ja minkälaisia tuloksia on saavutettu. Arvioidaan potilaan tilassa

tapahtuneita muutoksia, *esim. parantunut / ennallaan / huonontunut*. Lisäksi kuvataan tarkasti potilaan vointi kotiutuessa/

siirtyessä jatkohoitoon. **Sisältää sairaanhoitajan arvion potilaan tilasta, voinnista, toimintakyvystä ja selviytymisestä**

päivittäisistä toiminnoista hoitojakson päättyessä. Kirjataan potilaan kokemukset toteutuneesta hoidosta. Hyödynnetään olemassa olevia mittareita: kipu, haavan koko, kuume, toimintakyky, muisti, masennus, jne. *Esim. Ruoka maittanut lounaalla jo melko hyvin.*

2(2)

Hoitoisuus: Kirjataan potilaan hoitoisuusmittauksen tulos siirtopäivänä numerolla ja sanallisesti. Esim. Luokka 1: vähimmäishoidon tarve, Luokka 2: keskimääräinen hoidon tarve, Luokka 3: keskimääräistä suurempi hoidon tarve, Luokka 4: maksimaalinen hoidon tarve ja Luokka 5: intensiivinen hoidon tarve.

Jatkohoito:

Jatkohoitoon siirtymisen syy. Jatkohoitopaikka. Siirtoaika. Jatkohoito kotona tai muualla ja tehdyt varaukset sekä jatkohoit-

ohjeet. Kenelle ilmoitettu siirrosta. Hoitotahdon olemassaolo. Potilaan mukana siirtyvät arvoesineet.

Nimi (F9), ammattinimike

STM:n ohje hoitotyön yhteenvedosta:

Liite 2.
1(2)

KIR/ HOKE/ YHTEENVETO Testi Teija Tellervo
070727-0707

Hoidon arviointi

TYKS, Kirurgia, osasto 214

15.1.2008 - 22.1.2008

Loppuarvio

Omainen löytänyt kotoa lattialle kaatuneena ja toimittanut ensiapuun. Tu-
lotilanteessa potilas erittäin levoton ja sekava. Pään CT tehty 17.9.08, ei
poikkeavaa. Oikea lonkka virheasennossa ja kivulias liikuteltaes-
sa. Gammanaus tehty 15.1.08. Leikkaus onnistunut,
mutta kuntoutuminen hidasta sekavuudesta johtuen. Tarvitsee edelleen ki-
pulääkettä.

Hoidon tarve

Aistitoiminta. Toimenpiteeseen liittyvä kipu.

Aktiviteetti. Aktiviteetin heik-
keneminen. **Kudoseheys.** Ki-
rurginen haava. **Ravitsemus.**
Ruokahaluttomuus. **Erittämi-**
nen. Ummetus.

Jatkohoito. Hoidon jatkuvuuden tarve.

Hoitotyön toiminnot

Aistitoiminta. Kivun hoito. Kipua hoidettu määrätyn lääkeyksen mukaises-
ti.

Kudoseheys. Haavasidoksen vaihto. Haavan suojaksi tänään
Mepilex Border. Asennonvaihdosta huolehtiminen. Tehty päi-
vittäisten toimintojen yhteydessä. **Aktiviteetti.** Aktiviteettiä
edistävä toiminta. Kuntoutettu voinnin mukaan. Varaus

Päivittäiset toiminnot. Puhtaudesta huolehtiminen. Käynyt tänään avustet-
tuna
suihkutuolilla suihkussa.

Ravitsemus. Ravinnon saannin turvaaminen. Avustettu
ruokailussa. **Erittäminen.** Suoliston toiminnan ylläpitä-
minen. Vatsa toimitettu tänään peräruiskeella.

Jatkohoito. Terveyskeskuksen vuodeosasto. Siirtyy jatkohoitoon
Turun kaupungin ortopediselle kuntoutusosastolle.
Erikoissairaanhoidon yksikkö. Kontrolli TYKS ortopedian pkl:lla
2.3.2008klo
Ompeleiden poisto. Hakasten poisto 1 kk kuluttua leikkaukses-
ta. Haavan suojaksi haavateippi hakasten poistoon saakka.

Hoidon tulokset

Aistitoiminta. Kipua leikkausalueella on edelleen. Tarvitsee päi-
vittäin kipulääkettä etenkin liikkumisia ja hoito-toimia edeltäväs-
ti. **Tilanne Ennallaan.**

2(2)

Kudosehevs. Haava on parantunut normaalisti. **Tilanne Parantunut.**

Ravitsemus. Ruokahalu on ollut huonohko leikkauksen jälkeen.

Tänään lounaalla syötettynä syönyt jo melko hyvin. **Tilanne Parantunut.**

Erittäminen. Ummetusta herkästi. **Tilanne Ennallaan.**

Aktiviteetti. Sekavuus ja levottomuus on jatkunut. Tarvinnut lähes päivittäin ylimääräistä Opamoxia. Leikkauksesta kuntoutuminen edistynyt hitaasti sekavuudesta johtuen. Tarvitsee apua edelleen peseytymisessä, pukeutumisessa ja ruokailussa. Täysin autettava/ohjattava (1-2 aut.) siirtymisessä pyörätuoliin. Fordilla kävelymatkat eivät vielä onnistu. **Tilanne Ennallaan.**

Hoitoisuus	Luokka 4 Täysin tai lähes autettava
Lääkehoito	Aamulääkkeet saanut tänään klo 7 22.1.2008 Maija Metso sairaan- hoitaja

Tieto, että lääkkeet on annettu ilmaistaan hoitotyön yhteenvedossa potilaan siirtyessä heti hoitoon toiseen organisaatioon. Itse lääkitystiedot ovat VLÄÄ-näkymällä.

Analyysirunko:

Liite 3.

HOITOTYÖN YHTEENVEDON KIRJAAMINEN 2012

Teho-osaston loppuyhteenvedon kirjaamismalli

Potilaan taustatiedot:

Fyysinen: aikaisemman sairaudet ja riskitiedot, ruokavalio, päihteet, tupakointi, apuvälineet

Psyykinen: mieliala, muisti

Sosiaalinen: miten asuu, kotihoito, laitoshoido

Hoidon tarve:

Hoitoon tulon syy

Hoitotyön tavoitteet

Fyysinen, Psyykinen ja Sosiaalinen tarve

Hoitotyön toiminnot:

Aistitoiminta: kivun hoito

Kudoseheys: haavan ja ihon kunto

Aktiviteetti: uni, lepo ja vireystila

Ravitsemus

Erittäminen: virtsaaminen (katetri), vatsan toiminta

Verenkierto ja hengitys

Hoidon tulokset:

Hoidon kesto

Hoitoisuusluokka

Aistitoiminta: kivun hoito

Kudoseheys: haavan ja ihon kunto

Aktiviteetti: uni, lepo ja vireystila

Ravitsemus

Erittäminen: virtsaaminen (katetri), vatsan toiminta

Verenkierto ja hengitys

Potilaan tilanne: Parantunut/Ennallaan

Jatkohoito:

Jatkohoitoon siirtymisen syy

Jatkohoidon tarve

Jatkohoitopaikka

Siirtoaika

Jatkohoito-ohjeet