
**LONKAN TEKONIVELLEIKATUN POTILAAN
TOIMINTAKYKYÄ TUKEVAN HOITOTYÖN
KIRJAAMINEN**




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 30.1.2014

Sanna Jokinen & Nadja Orpana



FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Jokinen Sanna, Orpana Nadja	Vuosi 2014
Työn nimi	Lonkan tekonivelleikatun toimintakykyä tukevan hoitotyön kirjaaminen	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa lonkan tekonivelleikatun potilaan toimintakykyä tukevan hoitotyön näkymistä kirurgisen osaston hoitajien kirjauksissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa toimintakykyä tukevan hoitotyön kirjaamisen toteutumisesta kirurgisella osastolla.

Asiallinen potilasdokumentointi on hoidon jatkuvuuden varmistamisen keino. Se on näyttö hoitajan tekemästä työstä sekä tarvittaessa myös hoitajan oikeusturva. Kirjaamisen tulisi olla potilaslähtöistä. Kirjauksissa tulisi näkyä myös hoitajien tekemät interventiot sekä interventioiden onnistumisen arviointi.

Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella. Aineistona toimivat yhdeksän lonkkaleikatun potilaan hoitokertomukset ja niissä olevat hoitajien kirjaukset. Aineisto analysoitiin sekä induktiivista, että deduktiivista sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Ennen analyysia, teoreettisen viitekehyksen avulla koottiin analyysirunko, jota käytettiin analyysin apuna.

Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että hoitajien tekemät hoitotyön toiminnot kirjattiin kattavasti. Toisaalta kirjaaminen ei ollut potilaslähtöistä. Kirjaamisesta puuttuivat kokonaan hoidon tavoitteiden asettaminen ja osittaan myös hoidon arviointi. Kivunhoidon kirjaamisessa ja moniammatillisen yhteistyön kirjaamisessa oli puutteita. Erityisen hyvin kirjattiin potilaan tekeminen itse fyysistä toimintakykyä vaativissa tilanteissa.

Kehittämiskohteiksi opinnäytetyön tulosten perusteella nousi toimintakykyä tukevan hoitotyön kirjaamisen parantaminen, kivunhoidon kirjaamisen parantaminen sekä hoitotyön suunnitelman käyttöönotto kohdeyksikössä.

Avainsanat Lonkkaleikkaus, kirjaaminen, dokumentointi, toimintakykyä tukeva hoitotyö.

Sivut 25 s. + liitteet 8 s.

Forssa
Nursing degree program
Nurse

Author	Jokinen Sanna, Orpana Nadja	Year 2014
Subject of Bachelor's thesis	The rehabilitation nursing documentation of hip arthroplasty patient	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to survey how rehabilitation nursing is transpired in hip arthroplasty patients nurses' documentation in surgical ward. The aim of this thesis was to get knowledge of how rehabilitation nursing transpires in nurses' documentation.

Adequate nursing documentation is a way to ensure the continuity of patient's care. It is a proof of made nursing and if needed, it is a legal protection. Nursing documentation should be patient centered. Nursing interventions along the assessment of interventions should be visible in nursing documentation.

This thesis was carried out by using qualitative approach. The examined data consisted of hip arthroplasty patients' nursing documentations. The data was analyzed using both inductive and deductive approach. Before analyzing the data an analyzing frame was made using the existing theory.

According to the results of this thesis the nursing implementation was documented comprehensively. On the other hand documentation lacked patient's view. In the documents nursing goals lacked entirely and nursing evaluation was deficient. Documentation of pain management and multi-professional nursing was also inadequate. Documentation of patients doing physical activities independently succeeded very well.

Development ideas based on the results of this thesis were improving rehabilitation nursing documentation, improving documentation of pain management and documentation according to nursing process.

Keywords Rehabilitation nursing, hip arthroplasty, documentation.

Pages 25 p. + appendices 8 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KIRJAAMINEN.....	2
3	LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS.....	4
4	TOIMINTAKYKÄ TUKEVA HOITOTYÖ.....	6
4.1	Toimintakyvyn arviointi ja tavoitteiden asettaminen.....	7
4.2	Toimintakykyä tukeva hoitotyö	8
4.3	Moniammatillinen yhteistyö	9
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	10
6.1	Aineiston kerääminen.....	10
6.2	Aineiston analysointi.....	11
6.3	Eettisyys	12
6.4	Luotettavuus	13
7	TUTKIMUSTULOKSET	14
7.1	Tarpeen arvioinnin ja tavoitteiden näkyminen hoitotyön kirjauksissa.....	14
7.2	Toimintakykyä tukevan hoitotyön suunnittelun ja toteutuksen näkyminen hoitajien kirjauksissa	14
7.3	Moniammatillisen yhteistyön näkyminen hoitotyön kirjauksissa.....	17
8	TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA	18
	LÄHTEET	21

Liite 1	Tutkimukset
Liite 2	Toimintakykyä tukevan hoitotyön analyysirunko
Liite 3	Toimintakykyä tukevan hoitotyön analyysirunko 2



1 JOHDANTO

Nivelrikkoa sairastaa Suomessa arviolta noin 400 000 henkilöä ja se on maailman yleisin nivelsairaus. Tekonivelkirurgia on vakiintunut hoitomuoto pitkälle edenneen nivelrikon hoidossa, silloin kuin konservatiiviset hoitokeinot eivät enää auta. Artroosin vuoksi lonkan tekonivelleikkauksia tehdään Suomessa vuosittain noin 8000. Potilaiden keski-ikä on noin 68 vuotta. Ilman komplikaatioita yksi tekonivelleikkaus sairaalahoitoinen maksaa noin 8000 euroa. Leikatuista potilaista noin 3,5 prosenttia joutuu uusintaleikkaukseen. Muita komplikaatioita ovat luksaatio, noin 3,3 prosentilla potilaista sekä toimenpiteen jälkeinen infektio, alle prosentilla potilaista. (Remes ym. 2007, 9–10, 22, 26–29.)

Hoitotyön dokumentointi on oleellinen osa hoitotyötä. Se on osoitus tehdystä työstä, hoidon jatkuvuudesta ja laadusta ja se on apuväline hoidon laadun ja vaikuttavuuden arviointiin. Se on myös laillinen todiste hoitotyön prosessista ja tuloksista ja siten terveydenhuollon toimijoiden oikeusturva. (Cheevakasemsook, Chapman, Francis ja Davies 2006, 367.) Jo vuonna 1859 julkaistuissa teksteissään, Florence Nightingale kehotti kirjoittamaan asioita muistiin paperinpalasille (Brotherus 1938, 133).

Kirjaamisen uuden vuosituhannen haasteiksi näyttäisi muodostuneen sähköiseen potilasdokumentointiin siirtyminen ja sitä myöten uudet kansalliset asetukset rakenteisesta ja hoitotyön prosessiajatteluun perustuvasta kirjaamisen menetelmästä. Vuonna 2007 asetettu laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, 7:25§) velvoittaa julkiset terveydenhuoltoalan toimijat liittymään valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi syyskuuhun 2014 mennessä.

Cheevakasemsookin ym. tutkimuksen (2006, 369–371) mukaan kirjaamisen ongelmia ovat sen epätäydellisyys, epäasiallisuus ja vääristyminen, joihin johtavia tekijöitä ovat hoitajien kompetenssin riittämättömyys, itsevarmuuden ja motivaation puuttuminen, tehottomat hoitotyön menettelytavat sekä johtajuuden ongelmat.

Toimintakykyä tukevan hoitotyön kohdalla, asianmukainen kirjaaminen on keino varmistaa potilaan hoidon onnistuminen sekä mahdollisimman pikainen toipuminen ja toimintakyvyn palautuminen. Oikeanlainen kirjaaminen helpottaa tiedon kulkua yksiköltä toiselle, mutta myös yksiköiden sisällä. Kun kirjaaminen on onnistunutta, kaikki potilasta hoitavat tahot näkevät mitä asioita potilaan hoidossa painotetaan ja mikä on hoidon tavoite.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan kirurgisen osaston hoitajien kirjauksia lonkan tekonivelleikatun potilaan toimintakykyä tukevan hoitotyön osalta. Tarkoituksena on selvittää toimintakykyä tukevan hoitotyön näkymistä hoitajien kirjauksissa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, kuinka toimintakykyä tukevan hoitotyön kirjaaminen kohdeyksikössä toteutuu. Opinnäytetyössä ilmeneviä käsitteitä ovat kirjaaminen ja dokumentointi sekä toimintakykyä tukeva hoitotyö.

2 KIRJAAMINEN

Nyky-suomen sanakirjan (1990, 176, 393) mukaan kirjata tarkoittaa ”merkitä, panna tai viedä kirjaan” ja dokumentointi tarkoittaa ”asiakirjoilla tms. keinoilla todistaa tai osoittaa oikeaksi”.

Potilasasiakirjalla tarkoitetaan laadittuja tai saapuneita asiakirjoja, joita käytetään potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Potilasasiakirja pitää sisällään potilaan hoitoon liittyviä tallenteita, kortistoja, paperitulosteita ja asiakirjoja, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia asioita ja muita henkilökohtaisia tietoja. (STM-oppaita 2012:4, 44.)

Terveydenhuollon toimijoiden velvollisuus on pitää jatkuvaa potilaskertomusta jokaisesta potilaasta. Osastolla tapahtuvaan hoitajaksoon liittyen, potilasasiakirjoista on käytävä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot/tutkimustulokset ja ongelmat, diagnoosi, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Olennainen osa potilaskertomusta on myös terveydenhuollon henkilöstön merkinnät koskien potilaan havainnointia ja niistä tehtyjä johtopäätöksiä. Tätä kutsutaan kirjaamiseksi tai dokumentoinniksi. (STM-oppaita 2012:4, 45–46.) Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 4:12§) mukaan hoitohenkilökunnan tulee dokumentoida potilasasiakirjoihin hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi kaikki tarpeelliset tiedot. Kaikki tiedot potilasasiakirjoissa ovat salassa pidettäviä eikä tietoja saa luovuttaa sivullisille ilman potilaan kirjallista suostumusta. Salassapitovelvollisuus säilyy myös palvelusuhteen päätyttyä.

Hoitotyön dokumentointi on oleellinen osa hoitotyötä. Se on osoitus tehdystä työstä, hoidon jatkuvuudesta ja laadusta ja se on apuväline hoidon laadun ja vaikuttavuuden arviointiin. Se on myös laillinen todiste hoitotyön prosessista ja tuloksista ja siten terveydenhuollon toimijoiden oikeusturva. (Cheevakasemsook ym. 2006, 367.) Hoitotyön ja kirjaamisen tulisi perustua näyttöön. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan ajan tasalla olevan tiedon käyttämistä potilaan terveyttä ja hoitoa koskevissa päätöksenteoissa ja itse hoitotyön toteutuksessa. (Hallila 2005, 10.)

Potilaan hoidon dokumentointi esimerkiksi hoitolomakkeisiin ja sairauskertomuksiin on yksi keskeisimmistä päätöksenteon sovellusmuodoista potilaan hoidossa. Dokumentoinnin tehtävänä on luoda edellytyksiä hoidon joustavalle etenemiselle, turvata tiedon saanti hoitoon liittyvissä asioissa, varmistaa hoidon toteutuminen ja sen seuranta, sekä turvata hoidon jatkuvuus. (Lauri, Eriksson ja Hupli 1998, 96).

Laadukkaan kirjaamisen kriteereitä ovat selkeys ja johdonmukaisuus, oleellisten ongelmien erittely ja hoidon vaikuttavuuden seuranta (Lauri ym. 1998, 96). Ohjaavana kriteerinä kirjaamiselle on, että kirjataan vain potilaan hoidon kannalta tarpeelliset tiedot, huomioiden potilaan yksityisyys ja salassapitovelvollisuus. Kirjauksien tulee olla selkeitä ja helposti luettavia, sekä tekstistä tulee käydä ilmi onko asia potilaan, omaisen kertomaa vai henkilökunnan päätelmä. (Hallila 2005, 33–34.) Laadukkaan hoitotyön kirjaamisen kriteereinä pidetään myös sitä, että se antaa selkeän

ja oikean kuvan potilaan hoidollisista ongelmista, hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Hoitotyön kirjauksissa tulisi ilmetä myös miten potilasta on hoidettu, mitä potilaalle on tehty ja mitä hoitotoimenpiteillä on saavutettu. Lisäksi potilasasiakirjoista tulisi löytyä perusteluja potilaan hoitoon liittyvistä päätöksistä. Dokumentoinnin tulisi olla enemmän arvioivaa kuin toteavaa, esimerkiksi tarkastellaan miten hoitotyön auttamiskeino vaikutti. (Hallila 1999, 18.)

Jeffriesin, Johnsonin ja Griffithsin (2010, 119–120) mukaan kirjaamisen tulisi olla potilaskeskeistä. Potilaan oman käsityksen tilastaan, tulisi olla dokumentoinnin sisällön perusta. Hoitajan tulisi kirjata myös oma interventionensa tilanteessa sekä intervention tuloksien arviointi. Kirjauksien tulisi sisältää hoitotyön toimenpiteiden ohella potilaan psykososiaalista tarkastelua sekä hänen saamaansa tukea ja ohjausta, jotka usein jäävät kirjaamatta. Dokumenteissa ei saisi olla näkyvillä hoitajan oletuksia potilaan tilasta vaan havaintoja, jotka ovat kuvailevia, esimerkiksi ”potilas näyttäisi olevan humalassa” -kirjaus ei erittele havaintoja, jotka ovat johtaneet tähän päätelmään. Parempi vaihtoehto kirjaamiselle olisi ”potilaan kävely on huteraa, puhe sammaltaa ja hänen henkensä haisee alkoholille”. Kirjaamisen tulee edetä loogisesti niin, että hoidon tarve on arvioitu ennen tehtyjä interventioita ja viimeiseksi on arvioitu interventioiden vaikuttavuutta. Potilaan saama hoito tulee kirjata niin kuin se on tapahtunut ilman tulkinnan varaa ja kirjaamisen tulee täyttää lain asettamat vaatimukset.

Nykyaikana hoitotyön dokumentoinnissa on samoja ongelmia kuin menneisyydessä. Ongelmia kautta aikain ovat olleet muun muassa potilaan jääminen suunnittelun ulkopuolelle sekä hoidon suunnitelman kirjaamattomuus. Ylös kirjaamisen sijaan tieto kulkee suullisesti, jolloin hoidon jatkuvuus on epävarmaa. Hoidon tavoitteita ei välttämättä aseteta ja täten hoitoon osallistuvien työ on koordinoimatonta. (Hallila 1999, 19.)

Kärkkäisen ja Erikssonin (2005, 205–206) tutkimuksessa havaittiin, että potilaiden lääkinnälliset määräykset sekä potilaan tilan muutoksien kirjaaminen lääkäriä varten, toteutuivat pääsääntöisesti hyvin. Vitaalielintointojen sekä potilaan fyysistä kuntoa ilmaisevien tekijöiden kirjaaminen toteutui myös hyvin. Puutteita kirjaamisessa havaittiin potilaan ohjauksen ja opetuksen, potilaan tilan muutoksien sekä potilaan psyykkisen tilan kartoituksen sekä emotionaalisen tuen kohdalla. Lisäksi kirjaaminen oli hoitajalähtöistä potilaslähtöisyyden sijaan.

Sähköisen kirjaamisen ongelmia Kuusiston ja Saloniemen (2010, 16–17) tutkimuksen mukaan pidettiin muun muassa taitojen puutetta, tietokoneiden vähäisyyttä ja hoitohenkilökunnan asenteita. Taidoilla tarkoitetaan niitä psykomotorisia taitoja, joita tarvitaan tietojärjestelmää käyttäessä. Tietokoneiden vähäisyyden aiheuttamia ongelmia olivat esimerkiksi kirjaamisen viivästyminen tai jopa laiminlyönti, unohtaminen, ruuhka koneella tai kirjaamisen kehittämisen vaikeutuminen. Tutkimuksen mukaan nuorten asenteet ovat suvaitsevampia kuin kokeneiden hoitajien. Riittävä koulutus ja tukipalvelut edistävät positiivista asennoitumista sähköistä kirjaamista kohtaan. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, 1:1§, 7:25§) tarkoituksena on edistää asiakastietojen

tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lain avulla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä, joka edistää potilaan tiedonsaantimahdollisuutta turvallisesti. Laki velvoittaa julkiset terveydenhuoltoalan toimijat liittymään valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi syyskuuhun 2014 mennessä.

3 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS

Lonkan tekonivelleikkaus eli arthroplastia on potilaalle suuri operaatio, josta toipuminen vie aikaa. Arthroplastiassa potilaan vaurioitunut nivel korvataan tekonivelellä (Walker 2012, 14). Leikkausta ei suoriteta kevein perustein. Käypä hoidon (2012) mukaan lonkantekonivelleikkaukselle ei löydy erikseen lueteltuja aiheita vaan leikkauspäätös perustuu aina leikkaavan ortopedin yksilölliseen arviointiin potilaan sairaudesta ja sen tilasta. Potilaalta pitää kuitenkin löytyä joko radiologisesti kliininen löydös artroosista ja siihen liittyvää nivelkipua, joka ei konservatiivisesti tai lääkkeellisesti ole hallittavissa tai kliinisesti havaittu, toimintakykyyn oleellisesti vaikuttava löydös, esimerkiksi nivelen liikevajaus tai virheasento. Leikkauksen hyödyn tulee aina olla riskiä suurempi. Leikkaus voi olla suunniteltu tai se voidaan tehdä saadun trauman korjaamiseksi.

Lonkan tekonivelleikkaukseen joutumisen syynä on yleensä lonkan kulumata, toiselta nimeltään nivelrikko eli artroosi. Kyseessä on koko nivelen sairaus, ja se on erittäin yleinen yli 50 prosentilla 65-vuotiaista ja artroosin oireita on jopa neljällä viidestä 75-vuotiasista. (Iivanainen, Jauhiainen ja Pikkarainen 2001, 635.) Tekonivelleikkauksessa kipeä ja kulunut nivel saadaan liikkuvaksi ja kivuttomaksi (Erämies ja Kuurne 2011, 395).

Nivelrikkoja on kahdenlaisia, primaarisia tai sekundaarisia. Primaarinen artroosi on idiopaattinen eli itsestään syntynyt ilman tunnettua syytä. Sekundaarisen nivelrikon taustatekijänä on jokin sairaus, muun muassa synnynäiset sairaudet ja reumataudit, sekä lonkan ja lonkkamaljakon murtumat. Nivelrikko kehittyy vuosien aikana ja perinnöllisillä tekijöillä on merkitys sen kehittymisessä. Nivelrikon ehkäiseminen on vaikeaa, sillä sen etiologiaa ei täysin tunneta. Terveelliset elämäntavat sekä normaali paino estävät artroosia. Tärkeää on myös huolehtia hyvästä työergonomiasta, hyvästä tuki- ja liikuntaelimestön kunnosta sekä pyrkiä välttämään tapaturmia. Osteoporoosi ei vaikuta nivelrikon syntymiseen. Tyypillisiä oireita nivelrikosta kärsivillä potilailla ovat liikearkuus, rutina nivelessä ja liikerajoitukset sekä epäsymmetriset rustokadon aiheuttamat asentovirheet. Leikkaukseen päädytään, jos konservatiivisesta hoidosta ei ole apua. Konservatiiviseen hoitoon sisältyy ensisijaisesti laihduttaminen ja lihasten vahvistaminen. Fysikaalisista hoidoista ja kipulääkityksestä voi olla apua. Lisäksi opetellaan apuvälineiden käyttöä. (Iivanainen ym. 2001, 636.)

Ennen lonkan tekonivelleikkausta on tarvittaessa hoidettava potilaan ylipaino siten, että se ei ole esteenä leikkaukselle. Kun ylipainoa on vähemmän, proteesin oletettu kestoaikakin pitenee. On tärkeää huolehtia ja tarkistaa, että iho on kauttaaltaan ehjä. Ihossa ei saa olla absesseja eli paiseita, ihottumaa tai ihorikkoja. Ennen leikkausta on käytävä myös hampaiden tarkistuksessa ja hoidossa. Potilaan on hyvä käydä fysioterapeutin vas-

taanotolla ennen leikkausta. Fysioterapeutti tutkii potilaan liike- ja toimintakyvyn ja antaa ohjeita sekä tietoa sairaalavaiheen kuntoutukseen ja aika-tilaan liittyen. Lisäksi hän antaa ohjeita muun muassa asentohoidosta, verenkiertoa vilkastuttavista liikkeistä, sauvakävelystä ja hengitysharjoituksista. (Erämies ja Kuurne 2011, 395.)

Lonkan tekonivelleikkaus tehdään yleensä epiduraalipuudutuksessa ja leikkaus kestää tavallisesti yhdestä tunnista kahteen tuntiin. Leikkauksessa poistetaan nivelrikkoutunut lonkkanivel, joka korvataan muovisella niveluopalla ja metallista valmistetulla nivelnupilla. Leikkauksessa käytettävät proteesin osat kiinnitetään paikoilleen luustoon luusementillä. Toisena vaihtoehtona on karheapintainen tekonivelproteesi, jossa luu kasvaa kiinni proteesin huokosiin ja kiinnittää osat yhteen jolloin luusementtiä ei tarvita. Osien kiinnittymisen varmistamiseksi voidaan käyttää ruuveja apuna. Kaikille potilaille ei sovi metalli tai luusementti, koska se aiheuttaa proteesin irtoamisen. Tällöin on tehtävä uusintaleikkaus, käyttäen eri materiaaleja kuin aikaisemmassa leikkauksessa. Uusintaleikkaus voidaan suorittaa myös tulevaisuudessa, silloin kun proteesin käyttöikä lähenee loppuaan. Tällöin ilmenee kipua jalkaan varattaessa ja röntgenkuvassa saattaa näkyä luun syöpymistä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki ja Valtonen 2004, 717.)

Leikkauksen jälkeen tarkkaillaan tehokkaasti diureesia, verenkiertoa ja mahdollisia vuotoja. Kipua lievitetään epiduraaliltaan jätettävällä katetrilla, jonka kautta kipulääke annostellaan elimistöön jatkuvana, hitaana infuusiona maksimissaan neljän vuorokauden ajan. Asentohoito määräytyy leikkauksessa tehdyn viillon mukaan. Potilaan ollessa makuullaan sängyssä hänen on käytettävä tyynyä jalkojen välissä (Erämies ja Kuurne 2011, 395.)

Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä potilas autetaan ylös sängystä ja istuma-asentoon terveen lonkan kautta. Tämä tapahtuu joko sairaanhoitajan tai fysioterapeutin valvonnassa. Fysioterapeutti ohjaa leikatun lonkan liikeharjoituksissa ja antaa ohjeita kyynärsauvakävelyssä. Potilaan on tärkeää istua noin 1-3 kuukautta leikkauksen jälkeen korkealla tuolilla tai käyttäen istumakoroketta. Ylösnoustaessa estetään leikatun jalan kiertoliike ja lonkan koukistaminen. Liikerajoitukset ja kuormitus vaihtelevat leikkaustekniikan, luustontilan, käytetyn proteesimallin ja leikkauksessa tehdyn viillon mukaan. Leikkauksen suorittanut lääkäri päättää astumisen varausluvut. Varauslupia on kolme: hipaisu-, osa- ja täyspainovaraus. Kotiutus tapahtuu 5. – 15. leikkauksen jälkeisenä päivänä jatkohoitopaikan ja kuntoutustarpeiden mukaisesti. (Erämies ja Kuurne 2011, 395.)

Lonkan tekonivelleikkauksen onnistumisprosentti on 90 prosenttia (Holmia ym. 2004, 717). Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen potilastyytyväisyys on korkea. Maricondan, Galasson, Costan, Recanon ja Cerbasin (2011) tutkimuksen mukaan 96 prosenttia potilaista oli tyytyväisiä leikkauksen jälkeen ja 96,8 prosenttia potilaista olisi valmis läpikäymään saman operaation uudelleen.

4 TOIMINTAKYKÄ TUKEVA HOITOTYÖ

Toimintakyky on keskeinen osa ihmisten hyvinvointia. Toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä jokapäiväisen elämän tilanteista ja haasteista, kuten itsestä ja toisista huolehtimisesta, työstä, vapaa-ajasta ja harrastuksista. Toimintakyky on ”ihmisen kykyä vastata elinympäristönsä hänelle asettamiin vaatimuksiin, mihin liittyy kyky huolehtia itsestään, hoitaa työnsä ja nauttia vapaa-ajan toiminnasta”. (Suvikas, Laurell ja Nordman 2010, 77.) Toimintakykyyn luetaan yleensä neljä osa-aluetta: fyysinen toimintakyky, psyykinen toimintakyky ja sosiaalinen toimintakyky sekä kognitiivinen toimintakyky (Lyyra, Pikkarainen ja Tiikkainen 2007, 21).

Ihmisen ikääntyessä toimintakyky laskee. Käsitteestä toimintakyky on tullut tärkeä tekijä kuvaajana iäkkäiden terveydentilassa. Pelkästään sairauksien määrä ei kuvaa sitä, miten sairastavuuden lisääntyminen ja vanhenemisprosessi hankaloittavat iäkkäiden itsenäistä selviytymistä arjessa. (Helin 2000, 15.) 75 ikävuoden jälkeen toimintakyvyn alenemisen riskit lisääntyvät. Toimintakyvyn laskun on todettu kiihtyvän 80–85 ikävuoden jälkeen. (Salonen, Kaunonen ja Tarkka, 2005, 283.) Lähes 90 prosenttia 70–74-vuotiaasta suoriutuu arjen keskeisistä perustoiminnoista eli pukeutumisesta, vuoteeseen asettumisesta ja asunnossa liikkumisesta, 85 vuotta täyttäneistä enää runsas kolmannes. Ihmisen ikääntyessä toimintakyky arvioidaan yleensä jokapäiväisestä elämästä suoriutumisen avulla. (Lyyra ym. 2007, 21.) Ympäristön toimintaedellytykset vaikuttavat iäkkään kykyyn selviytyä arjen päivittäisissä toiminnoissa (Aejmelaeus, Kan, Katajisto ja Pohjola 2007, 36).

Iäkkäiden psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä on selvitetty paljon, mutta sosiaalinen toimintakyky on jäänyt huomattavasti vähemmälle. Syy siihen saattaa olla se, että fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä on helpompi tutkia, esimerkiksi käsien puristusvoimaa tai muistamista. Näitä kolmea toimintakyvyn aluetta eli sosiaalista, fyysistä ja psyykkistä ei tulisikaan erottaa erillisiksi, koska muutos yhdellä alueella vaikuttaa aina myös muihin alueisiin. (Jyrkämä 2004, 157.)

Kuntoutus tai lääkinällinen kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, tavoitteena edistää ja tukea toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia ja työllisyyttä ja siten auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa (STM-julkaisuja 2002:6). Hoidon ja kuntoutuksen raja voi olla epäselvä, ja usein sitä ei ole tarpeellista määritelläkään. Lääkinällinen kuntoutus on osa sairaanhoitoa, jota saa perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä (Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 1015/1991, 1§).

Hoitohenkilökunnan näkemyksien mukaan kuntoutuminen on interaktiivinen prosessi hoitajan ja potilaan välillä, jossa potilas tuo tilanteeseen omat terveysongelmansa ja hoitaja ammattitaitonsa ja -tietonsa (Routasalo, Arve ja Lauri 2004a, 209). Kuntoutuminen on ennen kaikkea potilaan oma projekti, jota hoitaja tukee ammattitaidollaan motivoiden, rohkaisten ja kannustuen potilasta tekemään itse. Potilas toimii kuntoutusprosessissaan ak-

tiivisesti ja tuo esiin omia mielipiteitään tavoitteistaan ja toiveistaan. (Routasalo 2005, 14.)

Kuntoutusprosessi käynnistyy kuntoutuksen tarpeesta, jollaisia voi olla akuutti sairaus tai toimenpide, esimerkiksi sydäninfarkti tai kirurginen operaatio, progressiivinen sairaus kuten artroosi tai alzheimerin tauti, sairauden väliaikainen paheneminen esimerkiksi MS-taudissa tai jatkuva sairaus tai vamma, kuten kehon osan amputaatio. Prosessi koostuu kuntoutustarpeen arvioinnista, tavoitteiden asettamisesta, suunnitelluista toiminnoista, joilla tavoitteet saavutetaan sekä jatkuvasta, koko prosessin arvioinnista. (Booth ja Jester 2007, 3–5).

Toimintakykyä tukevan hoitotyön ja normaalin hoitotyön välille on vaikea asettaa rajaviivaa, sillä kaiken hoitotyön koetaan olevan luonteeltaan toimintakykyä tukevaa (Routasalo 2002, 258–259; Routasalo, Wagner ja Virtanen 2004b, 224). Toimintakykyä edistävä hoitotyö on ennen kaikkea hoitajan tekemiä interventioita eli väliintuloja kuntoutusprosessissa, jotka perustuvat hoidolliseen päätöksentekoon (Routasalo ym. 2004a, 211; Routasalo 2005, 14).

Asianmukainen kirjaaminen on keino tarkkailla toimintakykyä tukevan hoitotyön toteutumista ja vaikuttavuutta sekä varmistaa hoitajien yhdenmukainen toiminta, jotta potilaan edistyminen maksimoituisi. Kirjaaminen ei tarkoita vain potilaan saavutusten muistiinmerkitsemistä tai hoitajan tehtävälistaa vaan asiakirjoissa pitää näkyä myös potilaan edistyminen hoitajien antama tuki ja suorittamat interventiot, jotta toimintakykyä tukeva hoitotyö olisi mahdollisimman läpinäkyvää ja mitattavissa olevaa. (Routasalo 2005, 14; Routasalo ym. 2004a, 211.)

4.1 Toimintakyvyn arviointi ja tavoitteiden asettaminen

Mietittäessä potilaan tarpeita, tulee olla selvillä potilaan lähtötilanteesta. Mihin potilas on kykenevä, missä potilas tarvitsee apua? Potilaan itsensä tulisi aina olla mukana keskustelussa. (Routasalo 2005, 14; Burke ja Dooody 2012, 35.) Resnickin, Bolzin, Galikin, ja Pretzer-Aboffin (2012, 17) mukaan potilaan tilaa arvioidessa, tulisi käyttää erilaisia strukturoituja apuvälineitä, kuten tulohaastattelua. Jesterin (2007, 98) mukaan arthropalastian yhteydessä potilaan kapasiteettia tulee mitata arvioimalla nivelten liikelaajuutta goniometrin avulla sekä arvioimalla lihasten vahvuutta ja kuntoa. Samalla tulee asettaa toimintakyvyn tukemisen kannalta olennaiset tavoitteet. Tavoitteet eivät saa olla liian suuria ja kauaskantoisia, vaan niiden tulee olla saavutettavissa lyhyen aikavälin kuluessa ja niiden tulee olla lähtöisin potilaasta itsestään. (Burke ja Dooody 2012, 35; Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen ja Sivenius 2009, 26; Routasalo ym. 2004b, 224; Routasalo ym. 2004a, 210; Kneafsey 2007, 332.)

Läheisten rooli ja sosiaaliset suhteet ovat potilaan hoidossa merkittävä voimavara. Etenkin lonkkaleikatun potilaan hoito jatkuu lähestulkoon aina kotona, jossa potilaan omainen jatkaa potilaan hoitoa ja toimintakyvyn tukemista. Läheisen voimavarat huomioimalla hyvissä ajoin, taataan poti-

laalle mahdollisimman hyvät jatkoselviytymismahdollisuudet. Läheinen tarvitsee tukea ja tietoa, jotta voi auttaa potilasta selviytymään unohtamatta omaa jaksamistaan. (Routasalo 2005, 14; Haapaniemi, Routasalo ja Arve 2006, 204; Routasalo ym. 2004a, 209.)

Toimintakyvyn tukeminen on kuntoutumisen kannalta myös mahdollisten uhkien ennakkointia ja minimointia. Lonkan tekonivelleikatun potilaan kohdalla toipumista saattaa vaikeuttaa asetetun proteesin sijoiltaan meno. Hoitajan ammattitaito ja tieto sairaudesta, leikkauksesta ja toipumisesta ja tiedon käytäntöön soveltaminen, saattavat ehkäistä monia riskejä. Potilasta tulee aktiivisesti ohjata liikkumisessa ja sopivissa asennoissa ja ympäristön asettamiin esteisiin tulisi kiinnittää huomiota. Nämä ovat toimintoja, jotka varmistavat potilaan kuntoutusprosessin jatkumisen sen sijaan, että otettaisiin askelia taaksepäin tai jopa palattaisiin takaisin lähtötilanteeseen. (Jester 2007, 98.)

4.2 Toimintakykyä tukeva hoitotyö

Potilaan voinnin tulee pysyä hyvänä, jotta hän jaksaa keskittyä kuntoutumiseen. Huolellinen perushoito on osa hoitajien tekemää toimintakykyä tukevaa hoitotyötä. Pitämällä huolta muustakin kuin sairaudesta, jonka takia potilas on sairaalahoidossa, maksimoidaan potilaan hyvinvointi ja siten säilytetään potilaan toimintakyky ja jaksaminen. Perushoito pitää sisällään muun muassa hygieniasta huolehtimisen, ravinnon saannin varmistamisen, riittävän nesteytyksen ja komplikaatioiden, kuten painehaavaumien ehkäisyyn. (Haapaniemi ym. 2006, 204; Routasalo ym. 2004a, 211; Mäntynen ym. 2009, 28.)

Leikkauksen jälkeiseen hoitoon kuuluu potilaan tarkkailu ja elintoimintojen mittaaminen, esimerkiksi pulssin, verenpaineen, hengityksen ja lämmön mittaaminen. Arvojen rutiininomainen mittaaminen mahdollistaa ongelmien havaitsemisen hyvissä ajoin ja niiden hoitamisen ennen, kuin suurta haittaa ehtii aiheutumaan. Potilaan kokonaisvaltaisessa havainnoinnissa tulee kiinnittää huomiota erityisesti leikkausalueen tarkasteluun: haavan kuntoon, eritteeseen, ihon väriin ja verenkiertoon. (Walker 2012, 17–18.)

Operaatioon liittyy aina kipuja. Jotta tekonivelleikatun potilaan voisi edes ajatella suorittavan mobilisaatioharjoituksia, tulee hyvästä kivunhoidosta pitää huolta. Ongelmia esiintyy etenkin silloin, kun potilas ei omaaloitteisesti ilmaise kipuaan esimerkiksi ajatellessaan kivun kuuluvan osana toipumiseen. Hoitajan tuleekin aktiivisesti arvioida kipua relevantteja mittareita käyttäen. Hoitaja ei saa vähätellä potilaan kipua, vaan potilaan omaan kipukokemukseen tulee luottaa ja kipua tulee hoitaa oikeita lääkkeitä käyttäen ja oikein annosteltuina. (Jester 2007, 98.) Haapaniemen ym. (2006, 204) mukaan huolellinen kivunhoito tarkoittaa myös hoitajan tietämystä potilaan lääkkeistä ja niiden mahdollisista sivuvaikutuksista sekä kipulääkkeen vaikutuksen seuraamista.

Toimintakykyä tukevan hoitotyön peruseriaatteita on potilaan tekeminen itse. Hoitaja antaa ohjeita, tukee ja kannustaa potilaan vieressä tämän teh-

dessä itse niin paljon kuin mahdollista. Hoitajan tulee myös perustella potilaan omatoimisuuden hyödyt ja ohjata myös läheisiä auttamaan potilasta, mutta ei tekemään tämän puolesta. Yhteisestä toimintatavasta tulee sopia koko henkilökunnan kesken. (Haapaniemi ym. 2006, 202.)

Showalterin, Burgerin ja Salyerin (2000) mukaan, potilaat kokivat saaneensa liian vähän tietoa tekonivelleikkauksestaan tai he eivät muistaneet saamaansa tietoa, koska sitä tuli liikaa liian lyhyessä ajassa. Potilaan tiedottaminen tulisi tapahtua vähän kerrallaan ja kirjallista materiaalia tukena käyttäen (Haapaniemi ym. 2006, 202–204). Jotta potilas pystyy tiedostamaan tilanteensa ja tarvittavat muutokset, tulee hänelle antaa tietoa (Routasalo ym. 2004a, 211). Pelkkä tiedottaminenkaan ei riitä, sillä potilas tarvitsee jatkuvaa ohjausta sekä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen, että kotona selviämiseen. Potilasta tulee myös motivoida ja tukea, sekä hänelle tulee antaa kannustavaa palautetta edistymisestään, jotta hän jaksaisi edelleen jatkaa kuntoutumista. (Haapaniemi ym. 2006, 204; Routasalo 2005, 14; Routasalo ym. 2004a, 210.)

4.3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö takaa sen, että potilaan toimintakyvyn palauttamisesta huolehtivat eri alojen ammattilaiset, joista jokainen tuo työryhmään omat tietonsa ja taitonsa omalta alaltaan (Booth ja Jester 2007, 6–7). Moniammatilliseen työryhmään voi toimiyksiköstä riippuen kuulua esimerkiksi lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä (Routasalo ym. 2004b, 224).

Moniammatillisella työryhmällä on potilaan kuntoutumiseen tarvittavat tiedot ja taidot. Hoitajien tulee tässä työryhmässä huolehtia potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista, fyysisten toimintojen ylläpitämisestä (esim. ravitsemus, liikkuminen, komplikaatioiden ehkäisy) sekä potilaan ja omaisten opettamisesta ja ohjauksesta. (Routasalo ym. 2004a, 207–211.) Kaiken kuntouttavan toiminnan lähtökohtana on, että se tukee potilaan itsenäistä selviytymistä (Mäntynen ym. 2009, 24).

Lonkan tekonivelleikkauksen toimintakykyä tukevan hoitotyön kohdalla potilaan mobilisoituminen on välttämätöntä. Potilaan liikkumisen ohjauksessa hoitajan kanssa työskentelee fysioterapeutti. Potilaalle tulisi paitsi opettaa oikeita tekniikoita esimerkiksi istumaan nousemisessa, myös tarjota väliaikaisia apuvälineitä liikkumisen tueksi. (Jester 2007, 98.)

Potilaan osastohoidon päättyessä, tulee jatkohoito suunnitella ja varmistaa kuntoutumisen jatkumisen turvaamiseksi. Potilaan mennessä jatkohoitoon, tulevaa hoitoyksikköä informoitava potilaasta ja varmistettava, että toimintakykyä tukeva työote säilyy edelleen potilaan hoidossa. Potilaan siirtyessä kotiin toipumaan, tulee potilasta ja hänen läheisiään ohjata hyvin ja varmistaa heidän ymmärtämyksensä. (Mäntynen ym. 2009, 30; Haapaniemi ym. 2006, 204.) Showalterin ym. (2000) mukaan kotiutuminen potilaiden keskuudessa on koettu haastavana, jopa kulttuurishokin kaltaisena. Esimerkiksi kotiuttamistilanteessa ympäristön vaihdos on osoittautunut

haastavaksi, koska sairaalassa potilaalla on ollut apu saatavilla kokoajan, mutta kotiololoissa hän on yksin vastuussa kaikesta.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lonkkaleikatun potilaan toimintakykyä tukevan hoitotyön näkymistä hoitajien kirjauksissa. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa siitä, kuinka toimintakykyä tukevan hoitotyön kirjaaminen kohdeyksikössä toteutuu.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Miten tarpeen arviointi ja tavoitteet näkyvät hoitotyön kirjauksissa eri toimintakyvyn alueilla?
- Miten toimintakykyä tukevan hoitotyön suunnittelu ja toteutus näkyvät kirjauksissa?
- Miten moniammatillinen yhteistyö näkyy hoitotyön kirjauksissa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullista tutkimusta pidetään yleisesti ymmärtävänä tutkimuksena, jossa kohdetta tutkitaan kokonaisvaltaisesti. Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja todellisuuden ollessa moninainen, tarvitaan tutkimusmenetelmä, joka sallii ns. ”inhimillisen tekijän”. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 157; Metsämuuronen 2006, 88.) Esimerkiksi tutkimuskysymykset saattavat muuttua tutkimuksen edetessä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei niinkään pyritä todentamaan olemassa olevia väitteitä, vaan löytämään uusia asioita. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan pyrkiä uuden ilmiön käsitteellistämiseen ja kuvaamiseen, jolloin se on tärkeä osa kehitettäessä kvantitatiivisen tutkimuksen mittareita. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 57.)

6.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyö toteutettiin erään sairaalaan kirurgisella osastolla. Opinnäytetyön kohteena olivat potilasasiakirjoissa olevat hoitajien kirjaukset potilaan osastohoidon ajalta. Kirjaukset koskivat arthroosia sairastavia potilaita, joille oli tehty elektiivinen eli ennalta sovittu lonkan tekonivelleikkaus. Leikkaus oli toteutettu vuoden 2013 keväällä (helmi-, maaliskuu- tai huhtikuun aikana). Potilaalla, jonka hoitotyön kirjauksia tarkasteltiin, ei saanut olla muistiin tai kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavaa sairautta, joka saattaisi vaikuttaa potilaan kuntoutumiseen, kommunikointiin henkilökunnan kanssa tai asioiden omaksumiseen. Sairaus saattaisi muuttaa toimintakykyä tukevan hoitotyön toteuttamista ja siten myös kirjaamista.

Kohdeyksikkö oli koonnut valmiiksi listan, jossa oli kohdeyksikön mielestä kriteerit täytettävissä potilaita. Listaa tarkemmin tutkittaessa kävi ilmi, että osa potilaista oli ollut hoidettavana ajankohtana, joka ei sopinut opinnäytetyön kriteereihin. Lopulta opinnäytetyöhön mukaan valikoituivat yhdeksän potilaan hoitotyön kirjaukset. Ne kaikki olivat ajallisesti sekä muiden kriteerien osilta sopivia. Dokumentit tulostettiin kohdeyksikön tiloissa, osastonhoitajan avustuksella. Kaikki potilaan tunnistamisen mahdollistavat henkilötiedot leikattiin dokumenteista pois välittömästi tulostamisen jälkeen.

6.2 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen aineiston perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysi mahdollistaa useiden erilaisten aineistojen analyysin ja niiden kuvaamisen. Sisällönanalyysillä pyritään esittämään tutkimuksen kohdetta laajasti, mutta samalla myös tiiviisti. Usein sisällönanalyysin tuloksena muodostuu erilaisia käsitejärjestelmiä tai -luokituksia. Sisällönanalyysin mahdollisuuksia ovat sen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustaminen ja analysoidusta aineistosta voidaan tavoittaa myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Toisaalta sisällönanalyysia leimaa yksinkertaisuus ja tilastollisten analyysien muodostamisen puute. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 133–134.)

Sisällönanalyysin voi toteuttaa induktiivisella tai deduktiivisella lähestymistavalla. Induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi perustuu induktiiviseen ajatteluun ja sitä on aiheellista käyttää, jos aihe on ennestään vähän tutkittu tai siitä saatavilla oleva tieto on hajanaista. Induktiivisessä analyysissä käytetään analyysiyksiköitä, jotka johdetaan tutkimusaineistosta tutkimusongelmien ohjaamana. Tutkimuksen raportointi on myös aineistolähtöistä. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 135.)

Deduktiivista eli teorialähtöistä aineistonanalyysiä ohjaa teoria ja teoreettiset käsitteet ja niiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Apuna käytetään yleensä jonkinlaista mallia tai kehikkoa, joka on koostettu ennen aineiston analyysiä olemassa olevan teorian ja tutkimuksen perusteella. Analyysirunko voi olla hyvin väljä tai strukturoitu. Aineistosta voidaan poimia vain asiat, jotka sopivat analyysirunkoon tai myös asiat, jotka jäävät rungon ulkopuolelle. Ulkopuolelle jäävät asiat analysoidaan muodostamalla uusia luokkia induktiivisten periaatteiden mukaan. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 135–136.)

Tutkittu aineisto muodostui hoitajien päivittäisistä kirjauksista sähköisissä potilasasiakirjoissa. Tutkitut dokumentit sijaitsivat Efficatietojärjestelmän kirsu-välilehdellä (kirurgian suunnitelma). Teoriatiedon perusteella (liite 1) koostettiin analyysirunko aineiston analysointia varten (liite 2). Rungon yläotsikot muodostettiin niin, että ne mukailevat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä. Alaotsikoihin muodostettiin kategoriat teoriatiedosta esiin nousseiden asioiden mukaan. Alaotsikot jaettiin vielä pienempiin yksiköihin selventämään ja helpottamaan aineiston analyysiä

Tulosten tarkastelun edetessä, kävi ilmi, että analyysirunko ei täysin palvellut opinnäytetyötä. Runkoon jouduttiin tekemään muutoksia (liite 3). Toimintakyvyn arviointi ennen leikkausta poistui kokonaan, sillä se oli tehty ennen potilaan saapumista hoitajaksoille kohdeyksikköön ja siten se ei ole näkyvissä kirsu-lehdellä. Tavoitteet-osio jätettiin runkoon edelleen, mutta se kuvaa vain hoitajakson alussa asetettuja tavoitteita. Toimintakykyä tukeva hoitotyö-osiossa alakategorian luokitusjärjestelmä hylättiin ja tilalle laitettiin hoitotyön prosessiin perustuvat kategoriat: hoitotyön tavoitteet, tehdyt toiminnot ja arviointi. Näin valmis analyysirunko palvelee kohdeyksikköä paremmin.

Tässä opinnäytetyössä analyysirunko toimi deduktiivisena lähtökohtana. Analyysi aloitettiin lukemalla aineisto läpi potilaskohtaisesti, jonka jälkeen jokainen kirjaus eriteltiin ja tarvittaessa pelkistettiin lause kerrallaan. Tämä osuus oli induktiivista aineistonanalyysiä (taulukko 1). Induktiivisen osion jälkeen saadut analyysiyksiköt sijoitettiin analyysirunkoon. Jokaisesta potilasdokumentista täytettiin oma analyysirunko. Kirjauksien määrä vaihteli potilaskohtaisesti. Määrä oli sidoksissa hoitajakson pituuteen. Lyhimmillään hoitajakso kesti kolme päivää (1,5 A4-sivua) ja pisimmillään kymmenen päivää (4,5 A4-sivua). Analyysirunkoon sijoittamisen jälkeen, potilaskohtaiset tulokset yhdistettiin ja niitä tarkasteltiin kokonaisuutena.

Taulukko 1. Esimerkki induktiivisesta osiosta

Kirjaus	Eritelty ja pelkistetty kirjaus	Alakategoria	Yläkategoria
Ei kipuja, illalla, haavalapulla jkv. vanhaa vuotoa, päivällisellä ja iltapalalla sai syötyä, ei pah.vointia.	Kivunarviointi. Haavan hoito. Ravinto. Potilaan havainnointi.	Kivunhoito. Perushoito. Hoidollisten toimenpiteiden suorittaminen. Perushoito. Hoidollisten toimenpiteiden suorittaminen.	Toimintakykyä tukeva hoitotyö.
Oikean jalan kipuun Oxynorm 10 mg po klo 00.15.	Lääkkeiden antaminen.	Kivunhoito.	Toimintakykyä tukeva hoitotyö.

6.3 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on kaikkea tieteellistä toimintaa ohjaava lähtökohhta. Tutkimusten tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin, mutta eettiset kannat vaikuttavat myös tutkijan ratkaisuihin. Laadullisessa tutkimuksessa eettiset kysymykset korostuvat, johtuen tiedonhankintamenetelmistä, joissa mahdollistuu tutkittavan oman ”äänen” ja näkökulmien esilletulo, tutkittavien havainnointi todellisissa tilanteissa ja kokonaisvaltainen tiedonhankinta. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 125.)

Tutkimuksen eettisyyttä tulisi tarkastella tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Jo aihetta valitessa, tulisi miettiä kuinka tutkimus vaikuttaa mahdollisiin osallistujiin. Tutkimus oikeutetaan sen hyödyllisyydellä. Tutkimus voi hyödyttää tutkittavia, esimerkiksi potilaita, mutta usein hyöty kohdistuu vasta seuraaviin potilaisiin. Tutkijan tulee miettiä myös tutki-

muksen mahdollisia haittoja tai epä mukavuuksia, esimerkiksi fyysiset, emotionaaliset tai sosiaaliset haitat. Tutkijan tulee omalla toiminnallaan minimoida kaikki tutkittaviin kohdistuvat haitat ja tehdä toimintasuunnitelma tilanteisiin, joissa tutkittava esimerkiksi reagoi hyvin tunnepitoisesti. Erityisesti hoitotieteellisen tutkimuksen yhteydessä tutkittavat, joskus hyvin sensitiivisetkin aiheet, voivat aiheuttaa tutkittavissa voimakkaita reaktioita. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 176–177.)

Tässä opinnäytetyössä eettisen haasteen tuo hoitotyön asiakirjojen käyttäminen tutkimusmateriaalina. Potilaat eivät ole hoitosuhteen aikana tienneet omien tietojensa luovuttamisesta tutkimuksen käyttöön. Tällöin arvioinnin ja päätöksen tekee tutkimusluvan myöntäjä. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 179.) Tässä opinnäytetyössä kaikki tarkasteluun tulleet asiakirjat olivat henkilötiedottomia eikä tulosten raportoinnin aikana ei paljastettu asiakirjoista ilmi tulevia henkilökohtaisia tietoja niin, että potilas olisi tunnistettavissa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen asiakirjat hävitetään asianmukaisesti.

6.4 Luotettavuus

Cuban ja Lincolnin (1981 ja 1985) esittämiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä käytetään yleisesti yhä nykyäänkin. Heidän mukaansa tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida muun muassa uskottavuuden ja siirrettävyyden valossa. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen kulun kuvaamista tarpeeksi selkeästi. Ulkopuolisen lukijan tulee pystyä seuraamaan tutkimuksen kulkua ja ymmärtämään tutkimuksen mahdolliset vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyydellä tarkoitetaan esimerkiksi osallistujien valinnan ja aineiston keruun kuvaamista niin tarkasti, että lukija pystyy seuraamaan prosessia. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 160). Tässä opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan tutkimuksen kulkua mahdollisimman yksityiskohtaisesti aina aineiston valinnasta sen analyysivaiheeseen.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2010, 160) mukaan tutkimuksen luotettavuuden ja aineiston keruun hahmottamisen varmistamiseksi käytetään suoria lainauksia tutkitusta aineistosta. Toisaalta pitkien lainauksien käyttö ei ole suotavaa, sillä se saattaa olla merkki jäsentymättömästä analyysistä. Suorien lainauksien käytön yhteydessä pitää ottaa huomioon myös sen mukanaan tuoma eettinen problematiikka. Lainaukset saattavat paljastaa sen esittäjän esimerkiksi murre sanojen perusteella. Opinnäytetyön tuloksissa on käytetty suoria lainauksia hoitajien kirjauksista, jotta lukija voi arvioida päätelmiemme paikkansapitävyyttä. Lainaukset ovat kuitenkin yleiskielisessä muodossa, eikä niiden kirjoittaja ole tunnistettavissa.

Joskus kvalitatiivista tutkimusta yksin tekevälle tutkijalle saattaa tapahtua ilmiö, jota kuvataan käsitteillä holistinen harhaluulo tai virhepäätelmä. Se tarkoittaa tutkijan sokeutumista oman tutkimuksensa suhteen ja omien johtopäätöksiensä itsepuolustamisesta puolustamisesta vaikka ne eivät kuvaisikaan todellisuutta tai oikeita tutkimustuloksia. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 159.) Tämä opinnäytetyö toteutettiin parityönä. Tärkeää on myös, ettei työn tekijöillä ollut minkäänlaisia ennako-oletuksia, jotka

olisivat päässeet vaikuttamaan tutkimuksen kulkuun ja tuloksiin. Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta heikentää aineiston ja tutkimuksen suorittamisen välinen aika. Ei ole varmaa onko kirjaamiskäytänteissä tapahtunut muutoksia kevään 2013 jälkeen.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Jokaisen potilaan kohdalla dokumentointipohja oli yhtenäinen. Dokumentointipohjassa oli seuraavanlaiset kohdat: tulosy/toimenpide, ikä, diagnoosi, aikaisemmat sairaudet, jatkuvat määräykset, jatkohoidot, esitiedot, tulotilanne sekä hoidon kirjaamiseen varattu tila. Opinnäytetyössä tarkastellaan koko kirsu-lehteä, mutta erityisesti hoidon kirjaamiseen varattua tilaa, johon päivittäinen hoitotyö kirjataan.

7.1 Tarpeen arvioinnin ja tavoitteiden näkyminen hoitotyön kirjauksissa

Potilaan tarpeiden, arviointia, jotka ohjaavat myös tavoitteiden asettamista, ei selkeästi oltu kirjattu muistiin. Joissain dokumenteissa potilaiden fyysistä toimintakykyä oli arvioitu, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ei oltu arvioitu yhdessäkään dokumentissa. Yhdessä dokumentissa ilmaistiin selvästi potilaasta lähtöisin olevat voimavarat liikkumisen suhteen.

”Liikkuminen hankalaa ja jalat puuduksissa tai kankeat.”

”...asuintilat kahdessa kerroksessa, on tottunut niitä kulkemaan, ei usko, että on esteenä kotiutukselle.”

Dokumenteissa ei ollut näkyvillä hoitotyötä ohjaavia tavoitteita, jotka olisi potilaan kanssa yhdessä asetettu hoidon alussa. Yleensä kotiinlähtöpäivää edeltävältä päivältä tai kotiinlähtöpäivältä kirjauksia löytyi esimerkiksi kotiin lähdöstä. Ne olivat toteamuksia. Vain yhdessä dokumentissa on kirjattu myös potilaan oma halukkuus lähteä kotiin. Yhtäkään kohtaa ei kuitenkaan oltu kirjattu tavoitteen muotoon.

”Huomenna alustavasti kotiin.”

”Kotiutuu.”

”...mielellään jo kotiin lähtee...”

7.2 Toimintakykyä tukevan hoitotyön suunnittelun ja toteutuksen näkyminen hoitajien kirjauksissa

Toimintakykyä tukevat hoitotyön toiminnot jaettiin analyysirungossa alaosikoihin. Suurin osa dokumenttien kaikista kirjauksista sijoittui tähän kohtaan analyysirunkoa. Perushoitoa oli kirjattu runsaasti. Suurin osa pe-

rushoitoa koskevista kirjauksista koski hygieniaa. Dokumenteissa ei oltu kirjattu näkyviin tavoitteita perushoitoa koskien eikä toteutuksen arviointia. Kirjaukset koskivat vai tehtyjä toimintoja. Osassa kirjauksista kävi myös ilmi, että potilas oli omatoimisesti tehnyt esimerkiksi peseytymiseen liittyvät toiminnot. Osassa kirjauksissa ei käynyt ilmi, onko potilas laisinkaan osallistunut toimintoon.

”Omatoimisesti hoitanut aamupesut.”

”Suihkussa käynyt avustettuna.”

”Vuodepesut.”

”Aamupesuja tehty.”

Kivunhoitoa oli kirjattu paljon ja vaihtelevasti. Useimmiten kivunhoidon osalta oli merkitty vain kipulääkkeen nimi, vahvuus, antoreitti ja kellonai-ka. Toisinaan potilaan kipua oli arvioitu, mutta kipumittareita ei oltu käytetty kertaakaan. Kipulääkkeiden antamisen yhteydessä, ei juurikaan oltu kirjattu kipulääkkeen vaikuttavuutta. Joissakin kirjauksissa kivun arviointi, lääkkeen antaminen ja lääkkeen vaikuttavuuden seuranta oli kirjattu selvästi näkyviin. Useissa tapauksissa kipulääkkeen antamiselle ei kirjausten perusteella löytynyt kirjattua perustetta.

”Oxynorm 10 mg po.”

”Kipua --> Oxynorm 10 mg p.o -> auttoi.”

”Vointi hyvä. Oxynorm 10 mg p.o klo 20.00.”

”Ei lisäkipulääkkeen tarvetta.”

Potilaan mobilisaatiosta kertoneet kirjaukset olivat lähinnä fysioterapeuttien tekemiä. Ne koskivat enimmäkseen oikeanlaisen liikkumisen harjoittelua apuvälineiden avulla. Jokaisesta dokumentista kävi ilmi, että potilas oli saanut jonkun apuvälineen, jonka käyttö oli tälle ohjeistettu. Usein apuväline oli kyynärsauvat ja kahdessa tapauksessa rollaattori. Kirjaaminen oli usein mekaanisen oloista, eikä potilaslähtöistä. Ylös ei oltu useinkaan merkitty mitä mobilisaatioharjoitteet pitivät sisällään. Joissakin dokumenteissa oli kirjattu kattavammin, esimerkiksi mitä oli sinä päivänä harjoiteltu. Hoitajien kirjaukset sisälsivät erityisesti avun tarpeen arviointia liikkumisessa päivittäisten toimintojen yhteydessä. Tavoitteet puuttuivat kokonaan.

”Kerrattu liike- ja lihasharjoitteita.”

”Kävely sujuu hyvin rollaattorin avulla. Harjoiteltiin myös kyynärsauvojen avulla liikkumista.”

”Apua tarvitsee jalkojen nostossa sänkyyn.”

Hoidollisten toimenpiteiden suorittamista oli kirjattu runsaasti. Ne koskivat enimmäkseen erilaisten mittauksien tekemistä ja haavanhoitoa. Kirjauksissa ei ilmennyt tavoitteiden muotoon asetettuja ilmauksia. Lähinnä tavoitteita olivat toteamukset esimerkiksi katetrin poistamisesta huomenna. Nämä tavoitteet olivat kuitenkin yksin potilasta hoitavan henkilöstön määrittelemiä eikä siten potilaskeskeisiä. Arviointia oli näkyvissä jonkin verran, erityisesti haavan kuntoa oli arvioitu usein.

”RR osastolla mitattaessa korkea.”

”Epiduraalin punktiokohta vähän vuodellut lappuihin.”

”Haavalaput vaihdettu, eritystä runsaasti.”

Dokumenteissa oli niukasti kirjauksia, jotka liittyivät potilaan tiedonsaantiin. Potilaan liikkumisen ohjaus oli suurelta osin fysioterapeutin toteuttamaa. Muu ohjaaminen liittyi useimmiten tilanteisiin, joissa potilas oli lähdössä kotiin. Kirjauksista ei useinkaan käynyt ilmi, millaisia ohjeita potilas oli saanut, yhtä dokumenttia lukuun ottamatta. Kirjaukset olivat hyvin yleisluontoisia, eivät potilaslähtöisiä. Oli myös sellaisia dokumentteja, joissa ei ollut minkäänlaista mainintaa potilaan kotihoito-ohjeiden saamisesta, eikä potilaan hoitajaksoa oltu arvioitu mitenkään. Muiden potilaiden dokumenteissa oli arvioitu potilaan hoitoisuusluokka, mutta ei hoitajaksoa muuten. Kohdeyksikön osastonhoitajan mukaan hoitajakson arviointia on mahdollisesti kehitetty aineiston ajankohdan jälkeen. Potilaan läheisen ohjaamisesta ei ollut kirjauksia. Usein ei myöskään käynyt ilmi, oliko mahdollinen läheinen valmis osallistumaan potilaan hoitoon esimerkiksi kotioloissa. Useimmiten läheisestä ei ollut minkäänlaista mainintaa kirsusivun tekstissä. Yhdessä dokumentissa oli maininta, että tytär voi kotona hoitaa potilasta. Tavoitteita tai arvioita ei oltu merkitty näkyviin, eikä yhdessäkään dokumentissa käynyt ilmi, oliko potilaan ymmärrys saamistaan ohjeista varmistettu.

”Suulliset ja kirjalliset kotihoito-ohjeet saanut.”

”Potilaan kanssa käyty läpi kipulääkitystä, haavanhoitoa, liikkumista jne.”

”Ohjeita kotiin.”

Dokumenteissa oli useita kirjauksia, joissa ilmaistiin potilaan tekeminen itse. Kirjaukset koskivat lähinnä potilaan liikkumisen onnistumista. Tässä kohdassa ei ollut tavoitteita. Osissa kirjauksia oli arvioitu kuinka potilaan tekeminen oli sujunut, mutta joissakin oli kirjattu vain tekeminen.

”Pystynyt vaihtamaan asentoaan.”

”Käynyt omatoimisesti wc:ssä.”

”Käveli sauvojen kanssa wc:hen, jossa toimi itsenäisesti.”

7.3 Moniammatillisen yhteistyön näkyminen hoitotyön kirjauksissa

Moniammatillinen yhteistyö jakautui analyysirungossa moniammatilliseen työryhmään ja jatkohoitoon. Valtaosa kaikista kirjauksista oli hoitajien tekemiä. He olivat kirjanneet hoidon toteutusta. Dokumentin vasemmassa sivussa oli lääkärin määräyksiä, jotka toimivat ohjeina ja suuntaviivoina hoitohenkilökunnalle. Dokumentissa oli myös useita fysioterapeuttien kirjauksia. Nämä kirjat liittyivät potilaan liikkumisen ohjaamiseen ja tehtyihin harjoitteisiin. Yhdessä dokumentissa oli merkintä sosiaalityöntekijän osallistumisesta hoitoon, mutta siitä ei käynyt ilmi miksi sosiaalityöntekijä osallistuu hoitoon tai tapaa, jolla sosiaalityöntekijä hoitoon osallistuu. Dokumenteissa ei ollut minkäänlaisia viitteitä moniammatillisen työryhmän keskinäisestä vuoropuhelusta, jota vääjäämättä jokaisen potilaan asioista käydään.

”sos +”

Yhdessä dokumentissa ei ollut kirjauksia jatkohoidosta, kotiutuksesta tai muusta, vaan se vain loppui ilman merkintöjä kotiutuksesta. Muuten jatkohoidon järjestäminen oli jokaisessa dokumentissa jollakin tavalla kirjattu. Dokumentteihin oli kirjattu esimerkiksi jatkoajoja kirurgian poliklinikalle tai tikkien poistoon. Kaikki dokumenttien potilaat kotiutuivat, eikä yksikään kirjausten perusteella jatkanut toiseen hoitopaikkaan. Muutamassa dokumentissa ei oltu kirjattu kuinka potilas kotiutuu, esimerkiksi taksilla, ja useimmista dokumenteista puuttui myös tieto potilaan saattajasta. Kotiympäristön varmistamisesta ei myöskään ollut kirjauksia muissa kuin yhdessä dokumentissa. Mistään ei käynyt ilmi, oliko potilaalla esimerkiksi joku vastaanottaja kotona.

”Hakasten poisto oli 19.2, varaa itse ajan sh:n vastaanotolle. Mukaan muutama haavalappu.”

”Kotiutuu paritaksilla. Kotihoito menee ottamaan INR-näytteen ja hakaset haavalta.”

”Kotiutuu klo 12:40.”

”Kotiin, kotihoito kartoittaa kotihoidon tarpeen tiistaina, tytär hoitelee pyhien ajan...”

8 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitajien kirjauksia kohdeyksikön potilaiden elektronisissa potilasasiakirjoissa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuinka toimintakykyä tukeva hoitotyön kirjaaminen näkyy kirurgisen osaston hoitajien kirjauksissa. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että kirjaamisessa kohdeyksikössä on paljon kehitettävää. Ottaen huomioon kirjaamisen meneillään olevan rakennemuutoksen; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, 1:1§, 7:25§) velvoittaa julkiset terveydenhuoltoalan toimijat liittymään osaksi valtakunnallista potilastietojärjestelmää vuoden 2014 syyskuuhun mennessä. Tämä tarkoittaa kirjaamisen muuttumista rakenteiseksi. Uudet muutokset, varsinkin laajamittaiset, tuovat aina vaikeuksia mukanaan ja siksi olisikin hyvä saattaa kirjaamisen sisältö kuntoon ennen perinpohjaista rakenneuudistusta.

Oikeanlainen dokumentointi tekee jatkuvan hoitotyön päätöksenteon näkyväksi. Oletettavaa on, että työtä jota ei ole kirjattu, ei ole tehty. Dokumentoinnin puuttuessa, on mahdotonta varmentaa hoitotyön päätöksenteon syitä tai seurauksia. (Kärkkäinen ja Eriksson 2005, 203). Ei ole epäilystä, ettei kohdeyksikössä toimintakykyä tukeva hoitotyö toteutuisi, mutta jos sen toteutumista halutaan jälkeenpäin tarkastella, ei sitä voida varmentaa osittain puutteellisen kirjaamisen vuoksi.

Merkittävää tuloksissa oli, että potilaiden kuntoutumisen tavoitteiden kirjaaminen ei toteutunut. Yhdessäkään tarkastellussa dokumentissa ei tavoitteita oltu kirjattu selvästi. Useissa käsitellyissä tutkimuksissa painotettiin tavoitteiden tärkeyttä potilaan kuntoutumisen osalta. Tärkeää oli, että tavoitteet olisivat potilaasta itsestään lähtöisin. Voisi ajatella, että kotiuttamista edellisenä päivänä kirjattu ”kotiin huomenna”, ei ole tarpeeksi selkeä tavoite ja ainakaan siinä ei näy mitenkään potilaan osallistuminen tavoitteen tekemiseen. Kohdan voisi uudelleen muotoilla niin, että jo ennen leikkaukseen menoa, asetettaisiin tavoitteeksi jokin kotiutumisajankohta yhdessä potilaan kanssa, esimerkiksi ”potilaan kanssa tavoitteeksi asetettu kotiutuminen viidentenä postoperatiivisena hoitopäivänä”.

Tavoitteet ovat osa hoitotyön suunnitelmaa, puhutaan myös hoitotyön prosessista, joka nyt näytti kokonaan puuttuvan ainakin hoitajien kirjauksista. Hoitotyön prosessiin kuuluvat hoitotyön tavoitteet, hoitotyön suunnitellut toiminnot, hoitotyön toteutuneet toiminnot sekä hoitotyön arviointi (Iivana ja Syväoja 2008). Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen toteutuu hoitotyön prosessimallia noudattaen ja se on asetettu kansalliseksi tavoitteeksi.

Wang, Hailey ja Yu (2011, 1868) havaitsivat tutkimuksessaan, että usein hoitotyön dokumenteissa puutteellisesti kirjatut jäivät potilaan psykologiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja henkiset osa-alueet hoitotyössä. Opinnäytetyön tuloksissa on nähtävillä sama ilmiö. Toimintakyvyn arviointi hoitotyön kirjauksissa oli osittain puutteellista. Jos toimintakykyä oli arvioitu, oli arvioinnin kohteeksi otettu fyysinen toimintakyky ja sekin oli monista dokumenteista jäänyt kokonaan puuttumaan. Yhdessäkään kirjauksessa ei

oltu arvioitu potilaan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tämä tukee Wangin, Haileyn ja Yun saamia tutkimustuloksia.

Parhaiten dokumenteissa oli kirjattu hoitotyön tehdyt toiminnot. Myös Kärkkäisen ja Erikssonin (2005, 203) mukaan hoitotyön tehdyt toiminnot kirjattiin dokumenteissa parhaiten. Tämä voi johtaa siihen, että dokumentoinnista tulee rutiininomaista luettelointia. Joissain kohdissa myös tämän tapainen ilmiö oli havaittavissa tutkimassamme aineistossa, esim. ”Pienet aamupesut tehty vuoteeseen, kestkateetri ja epiduraali poistettu, x-veri otettu”. Edellisen tyyppisessä kirjaamisessa potilaan ääni ei pääse kuuluville, vaan kirjaaminen on enemmänkin hoitajan tehtäväläistä. Kirjaamisen tulisi olla potilaslähtöistä.

Kivun hoito on oleellinen osa kuntouttavaa hoitotyötä. Kipua hoitamalla varmistetaan potilaan kyky osallistua etenkin fyysiseen kuntouttavaan toimintaan. (Jester 2008, 98.) Opinnäytetyön kohdeyksikön kirjauksissa kipulääkkeiden antaminen näkyy erinomaisesti. Kivun hoitoon ja lääkehoitoon yleensäkin kuuluu kuitenkin myös kivun tai lääkkeentarpeen arviointi ja lääkkeen vaikuttavuuden seuranta (STM 2005:32, 37). Tutkituissa kirjauksissa kivun arviointi ja kipulääkkeen vaikuttavuuden seuranta oli toteutunut vaihtelevasti. Kipumittarin käyttöä ei oltu kertaakaan kirjattu vaikka Hoitotyön tutkimussäätiön (2013) mukaan kipumittaria käytettäessä arvio perustuu aina yhteneviin kriteereihin ja siten arviot ovat keskenään verrattavissa. Tämän ajattelisi lisäävän hoidon sujuvuutta, sillä kipukokemus on aina subjektiivinen ja usein vaikeasti sanallisesti arvioitavissa.

Kirjausten mukaan potilasohjaus keskittyi lähinnä mobilisaation ohjaamiseen sekä ohjaukseen kotiutustilanteissa. Aunesnevan ja Vepsän (2013, 27–28) tekemän opinnäytetyön mukaan, lonkkaleikatut potilaat kokivat saaneensa puutteellista ohjausta koskien kivunhoitoa. Tutkimissamme kirjauksissa potilaan ohjaamista ei oltu juurikaan kirjattu muuten kuin mobilisaation osalta. Asianmukainen ohjaaminen eri osa-alueilla varmistaa potilaan kuntoutumisprosessin jatkumisen mahdollisimman sujuvasti (Jester 2008, 98).

Boothin ja Jesterin (2007) mukaan moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa eri alojen ammattilaisten osallistumista potilaan hoitoon tuoden tietonsa ja taitonsa potilaan hoitotyöhön. Opinnäytetyön tuloksissa ei käynyt ilmi, kuinka moniammatillinen hoitotyö potilaiden kohdalla toteutui. Moniammatillinen hoitotyö sisältää asioita, joista ei ole totuttu kirjaamaan. Moniammatillista hoitotyötä jokaisella sairaalan osastolla väistämättäkin tapahtuu, mutta sen merkitseminen ylös kirjallisesti tuntuu olevan haaste.

Opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväisiä muiden kirjaamisen laatua koskevien tutkimuksien kanssa. Oman kokemuksemme mukaan kirjaamiseen suhtaudutaan monessa työyksikössä negatiivisesti. Sen ajatellaan olevan turhaa ja välittömältä hoitotyöltä aikaa vievää. Nykyisen kulttuurillisen muutoksen valossa sen asema hoidon laadun varmistajana kuitenkin korostuu vähitellen. Potilaiden ollessa yhä enemmän tietoisia omista oikeuksistaan ja herkemmin kyseenalaistaensa saamaansa hoitoa, asianmukainen

kirjaaminen ei enää ole vain hoitoa ohjaava tekijä vaan myös hoitajan vakuutus hyvin tekemästään työstä. Amerikkalaistyyllisen käräjöntikulttuurin yleistyessä, kirjaamista tarkastellaan entistä yksityiskohtaisemmin ja siksi jokaisen hoitajan tulisi myös paneutua kirjaamiskäytäntöjen kehittämiseen. Wangin ym. (2011, 1869) mukaan kirjaamisen laatu on kohennettavissa oikeanlaisella koulutuksella ja organisaation tuella.

Opinnäytetyön pohjalta kehittämiskohteiksi nousi seuraavia asioita:

- Toimintakykyä tukevan hoitotyön kirjaamisen laadun parantaminen kohdeyksikössä. Kuinka tulisi kirjata, jotta toimintakykyä tukeva hoitotyö saataisiin näkyväksi kirjauksissa ja jotta kirjaaminen olisi asiakaslähtöistä?
- Kivunhoitotyön kirjaamisen kehittäminen.
- Hoitotyön suunnitelman käyttöönotto kirjaamisessa. Hoitotyön suunnitelma tulisi olla osa hoitajan kirjauksia. Rakenteisen kirjaamisen myötä koko kirjaamisen rakenne tulisi olla hoitotyön suunnitelman mukainen.

Tämän opinnäytetyön perusteella kohdeyksikkö voisi hyötyä muokatusta analyysirungosta (liite 3). Analyysirunko voisi toimia kirjaamisen tukena, ohjeistaen ja muistuttaen hyvän kirjaamisen vaatimuksista.

LÄHTEET

Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta. A1015/1991. Viitattu 13.9.2012. Saatavana www-muodossa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911015>

Aunesneva, M. & Vepsä, K. 2013. Lonkkamurtumapotilaan kokemuksia hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta. Opinnäytetyö, Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.11.2013. Saatavana www-muodossa:
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013052210065>

Booth, S. & Jester, R. 2007. The Rehabilitation Process. Teoksessa Jester, R. (toim.) *Advancing Practice in Rehabilitation Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing, 1–13.

Brotherus, A. 1938. Florence Nightingale, sairaanhoidosta. Porvoo; WSOY.

Burke, K. G. & Doody, O. 2011. Nurses` perceptions of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing older people*. 24 (2), 33–38.

Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. & Davies, C. 2006. The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*. 12 (6). 366–374. Viitattu 5.10.2012. Saatavana www-muodossa:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009346373&site=ehost-live>

Erämies, T. & Kuurne, S. 2011. Lonkan nivelrikko. Teoksessa Mustajoki, M. Alila, A., Matilainen, E., & Rasimus, M. (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja 2010*. Helsinki: Duodecim kustannus, 394–395.

Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Hoitotiede*. 18 (4). 197–208.

Hallila, L. 1999. *Hoitotyön kirjallinen suunnitelma*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hallila, L. 2005. *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi.

Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Helsingin julistus, 1964. Saatavana www-muodossa:
<http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otava.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Viitattu 18.11.2013. Saatavana www-muodossa:
http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätauti-, kirurgisten sairauksien ja syöpätautihoito. Helsinki: WSOY.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Jeffries, D., Johnson, M. & Griffiths, R. 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice* 16(2), 112-124. Viitattu 20.11.2013. Saatavana www-muodossa:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010605897&site=ehost-live>

Jester, R. 2007. Rehabilitation of Orthopaedic Patients. Teoksessa Jester, R. (toim.) *Advancing Practice in Rehabilitation Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing, 93–105.

Jyrkämä, J. 2004: Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Stakes. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kneafsey, R. 2007. A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*. 16 (11c). 325–340. Saatavana www-muodossa:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009798322&site=ehost-live>

Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Tutkiva hoitotyö* 8(4). 12–20.

Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2005. Recording the content of the caring process. *Journal Of Nursing Management* 13 (3), 202-208. Viitattu 18.11.2013. Saatavana www-muodossa:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2005109308&site=ehost-live>

Käypä hoito 2012. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Viitattu 7.12.2012. Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa):

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=arthroplastia

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. L785/1992. Viitattu 10.4.2013. Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa):

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. L159/2007. Viitattu 7.12.2012. Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa):

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY.

Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita.

Mariconda, M., Galasso, O., Costa, G. G., Recano, P. & Cerbasi, S. 2011. Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long term follow up study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 12 (222). Viitattu 10.3.2013. Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa):

<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/222>

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki; International Methelp.

Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sivenius, J. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi – terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. *Hoitotiede* 21(1). 23–33.

Nykysuomen sanakirja 1, 1990. Toim. Sadeniemi, M. Helsinki: WSOY.

Remes V, Peltola M, Häkkinen U, Kröger H, Leppilahti J, Linna M, Malmivaara A, Mäkelä K, Nelimarkka O, Parvinen I, Seitsalo S, Vuorinen J. PERFECT-Tekoniivalkirurgia. Lonkan ja polven tekoniivalkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus. *Stakes, Työpapereita* 29/2007. Viitattu 14.4.2013. Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa):

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193953>

Resnick, B., Bolz, M., Galik, E. & Pretzer-Abhoff, I. 2012. Restorative Care Nursing for Older Adults: A Guide for All Care Settings. New York: Springer Publishing Company.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 560. Väitöskirja.

Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajan asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. *Hoitotiede* 14 (5), 254–263.

Routasalo, P. 2005. Kuntoutumista edistävä hoitotyö – mitä se on? *Pro Terveys* 1, 14.

Routasalo, P., Arve, S. & Lauri, S. 2004a. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *Journal of Nursing Practice* 10(5). 207-215. Viitattu 7.10.2012. Saatavana [www-muodossa:](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2005020236&site=ehost-live)
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2005020236&site=ehost-live>

Routasalo, P., Wagner, L. & Virtanen, H. 2004b. Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (2), 220-228. Viitattu 10.3.2013. Saatavana [www-muodossa:](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2005020236&site=ehost-live)
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2005020236&site=ehost-live>

Salonen, P., Kaunonen, M. & Tarkka, M-T. 2005. Veteraanien tyytyväisyys kuntoutukseen ja kuntoutuksen vaikutukset heidän toimintakykynsä. *Hoitotiede* 17(5), 282–292.

Showalter, A., Burger, S. & Salyer, J. 2000. Patients' and their spouses' needs after total joint arthroplasty: a pilot study. *Orthopaedic Nursing* 19 (1). Viitattu 29.3.2013. Saatavana [www-muodossa:](http://search.ebscohost.com.proxy.hamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2000034836&site=ehost-live)
<http://search.ebscohost.com.proxy.hamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2000034836&site=ehost-live>

STM–julkaisuja 2002:6. Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Viitattu 7.10.2012. Saatavana [www-muodossa:](http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/luku2.htm)
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/luku2.htm>

STM 2005:32. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 18.11.2013. Saatavana [www-muodossa:](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D_LFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf)
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D_LFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf

STM–oppaita 2012:4. Potilasasiakirjojen ja käsittely. Opas terveydenhuololle.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2010. Kuntouttava lähihoito. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Tiikkainen, P. & Voutilainen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

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

Walker, J. 2012. Care of patients undergoing joint replacement. *Nursing older people* 24 (1). 14–20.

Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*, 67 (9). 1858-1875. Viitattu 18.11.2013. Saatavana www-muodossa:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011246095&site=ehost-live>

TUTKIMUKSET

TUTKIMUS	MENETELMÄ	TULOKSET – mitä on kuntouttava hoitotyö
Burke, K. G. & Doody, O. 2011. Nurses` perceptions of their role in rehabilitation of the older person. Nursing older people. 24 (2). 33–38.	9 kuntotusyksikössä työskentelevän haastattelu.	<ul style="list-style-type: none"> - potilaan tarpeiden kartoitus potilaskeskisestisesti - tavoitteiden asettaminen -hyvän hoitosuhteen luominen - moniammatillinen yhteistyö - kotiutumisen suunnittelu - omaisten osallistuminen potilaan kotiutukseen - potilaan itsemäärämiskeuden kunnioittaminen - potilaan voimaantumisen tukeminen -hoitajan ammatillinen kehittyminen
Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. Hoitotiede. 18 (4). 197–208	Vuoden kestänyt interventio (tutkimuspäiväkirjan pitäminen) ja sen jälkeinen lomakkeella kerätty aineisto hoitajilta.	<ul style="list-style-type: none"> - ohjaaminen - taustatietojen, toimintakyvyn, voimavarojen selvitys - tavoitteiden suunnittelu - menetelmien nimeäminen - jatkuva arviointi - kotiutuksen varmistaminen - tiedottamien potilas+omainen - vuorovaikutus - omaisen huomiointi - kannustus - huolellinen perushoito: ravitseminen, liikkuminen, komplikaatioiden ehkäisy, nesteytys, erittäminen, puhtaus - huolellinen lääkehoito - ei saa tehdä puolesta - kirjaaminen konkreettista ja potilaslähtöistä

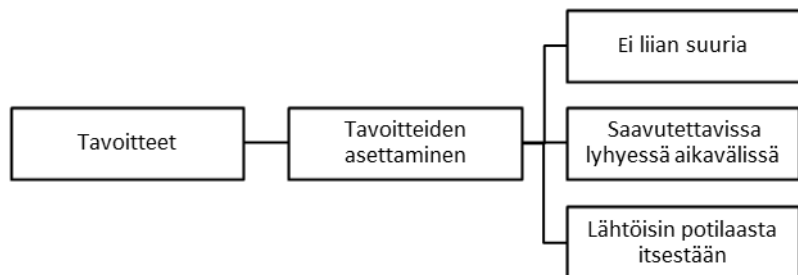
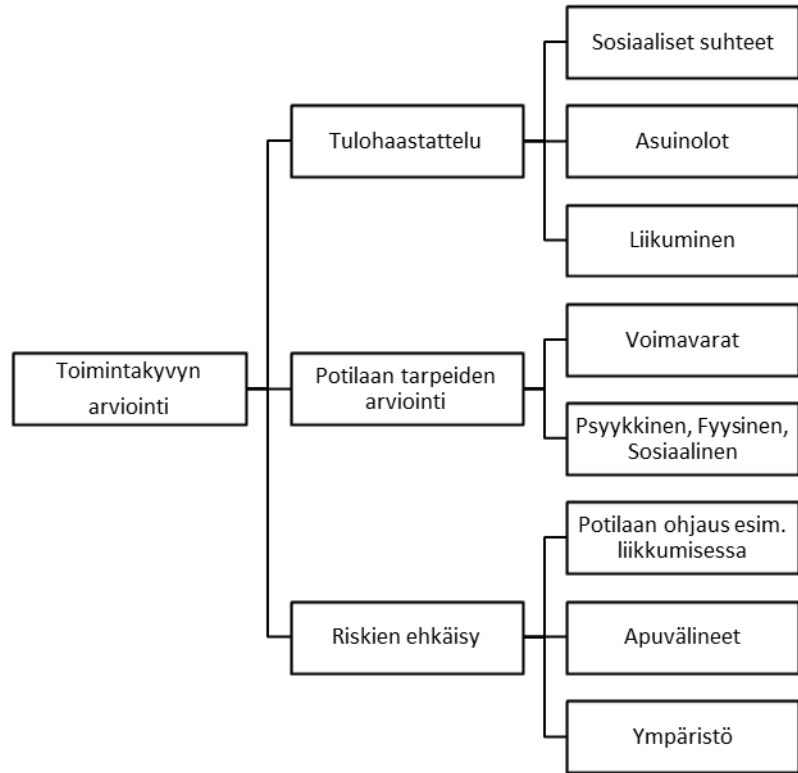
Lonkan tekonivelleikatun potilaan toimintakykyä tukevan hoitotyön kirjaaminen

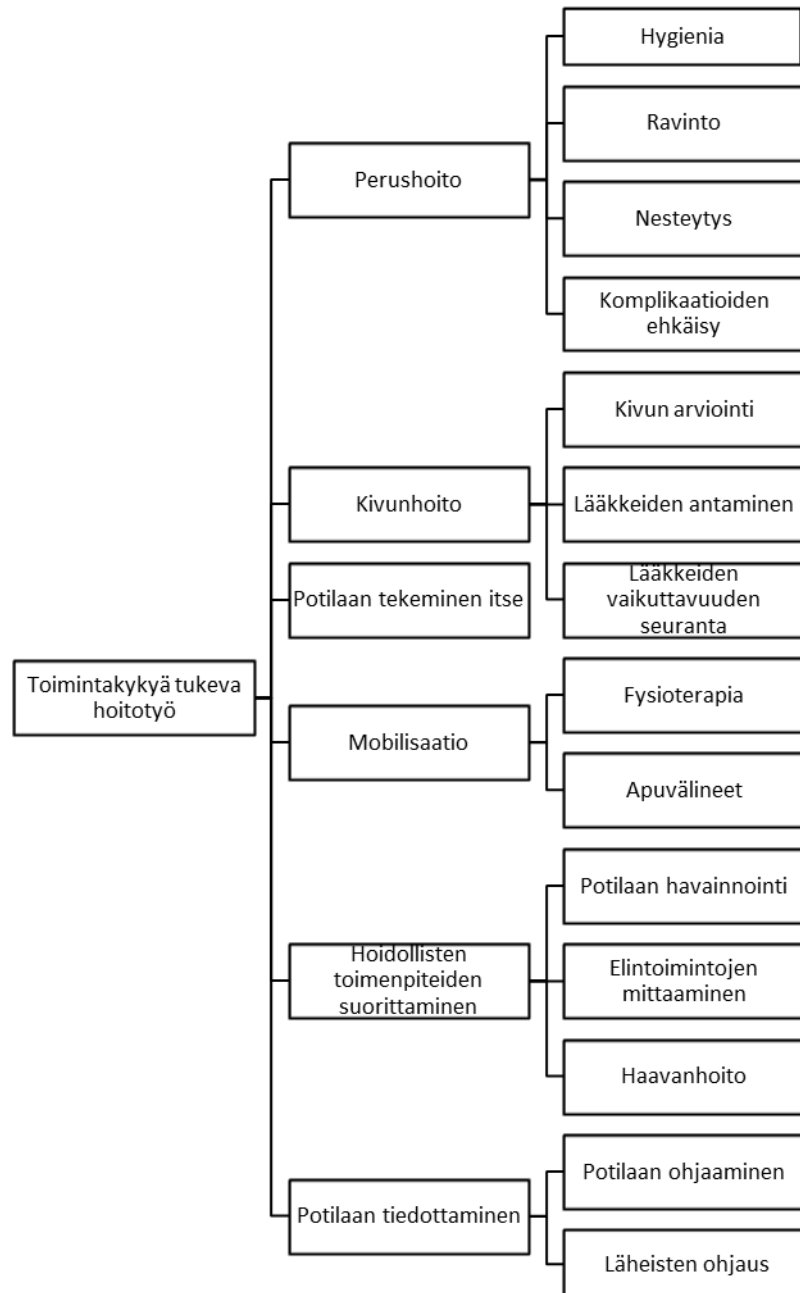
<p>Kneafsey, R. 2007. A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. <i>Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses</i>. 16 (11c). 325–340</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - potilaan rohkaiseminen - potilaan tarpeiden kartoitus - potilaan hyvän voinnin varmistaminen, esim. ei väsymystä tms. - jumppaohjeiden antaminen ja tekeminen - rohkaisu itsensä hoitamiseen - apuvälineiden käyttäminen oikein - kivunhoito
<p>Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sivenius, J. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi – terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. <i>Hoitotiede</i> 21(1).23–33.</p>	<p>Haastattelut terveydenhuollon ammattihenkilöiltä, n. 43.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tiimityö: tiedon välitys, vuorovaikutus -lähtötilanteen arviointi - tavoitteiden asettaminen - tulevaisuuteen suuntautuminen - vuorovaikutus (potilas, läheiset) -ammattitaitoisen hoitotyön toteuttaminen - jatkuva kehitys -potilaan tukeminen, kannustaminen -tiedon jakaminen -jatkohoidon varmistaminen -emotionaalinen tuki: toivon ylläpitäminen, uusien sopeutumiskeinojen löytäminen
<p>Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajan asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. <i>Hoitotiede</i> 14 (5), 254–263.</p>	<p>Kyselylomake sairaanhoitajille, n. 200.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kuntoutumista edistävä hoitotyö ja potilaan hoitaminen sama - sh:n toiminta aina kuntoutumista edistävää - fysioterapia kuntoutumista edistävää toimintaa - kuntoutuksen tehtävänä liikuntakyvyn ylläpitäminen
<p>Routasalo, P. 2005. Kuntoutumista edistävä hoitotyö – mitä se on? <i>Pro Terveys</i> 1, 14.</p>	<p>Artikkeli kuntouttavasta hoitotyöstä</p>	<ul style="list-style-type: none"> - potilas aktiivinen toimija kuntoutusprosessissa - potilas tulee kuulluksi - potilaan voimavarojen kartoittaminen - mitattavissa olevat tavoitteet - potilaan sitoutumisen edistäminen: rohkaisu, kannustus - hoitotyön interventiot - läheisen huomiointi - toiminnan arviointi

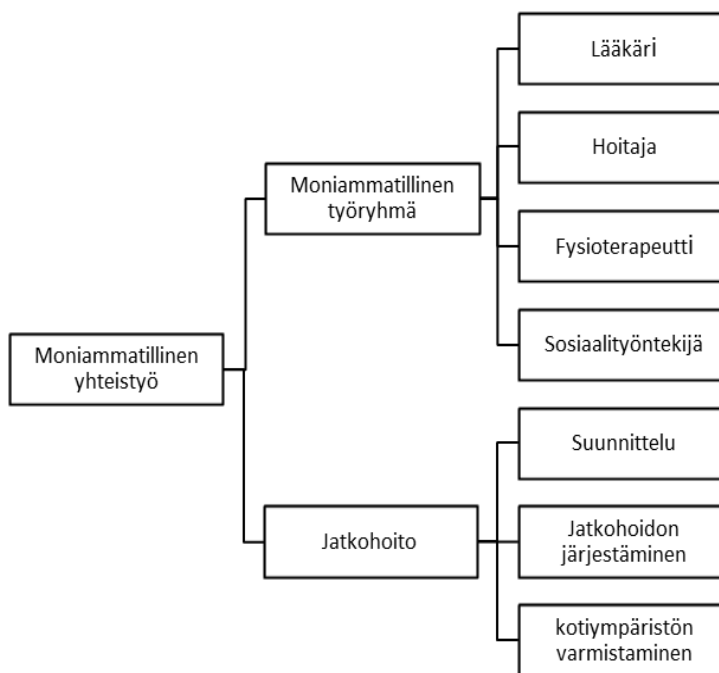
Lonkan tekonivelleikatun potilaan toimintakykyä tukevan hoitotyön kirjaaminen

<p>Routasalo, P., Arve, S. & Lauri, S. 2004a. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. <i>Journal of Nursing Practice</i> 10(5). 207-215.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteiden asettaminen - läheisten tukeminen ja ottaminen osaksi prosessia - tiedon antaminen - tukeminen - motivointi - hoitotyön päätöksenteko - potilaan emotionaalinen tuki - fyysisten toimintojen ylläpitäminen (ravinto, liikkuvuus, komplikaatioiden ehkäisy) - ohjaus ja opetus - riskien ehkäisy ja tunnistaminen (painehaavat, ravinto, inkontinenssi, depressio)
<p>Routasalo, P., Wagner, L. & Virtanen, H. 2004b. Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 18 (2), 220-228.</p>	<p>Sairaanhoidajille suunnattu kysely Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kaikki hoitotyö kuntouttavaa - fysioterapia - keskustelu potilaan ja omaisten kanssa - moniammatillisuus - tavoitteet - toivon ylläpitäminen - motivointi: positiivisen palautteen avulla, kivunhoito, iloon yhtyminen, päivittäiset toiminnot suoriutuminen
<p>Walker, J. 2012. Care of patients undergoing joint replacement. <i>Nursing older people</i> 24 (1). 14-20.</p>	<p>Ohjaa hoitamaan artroplastipotilaita oikein</p>	
<p>Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. <i>Acta Universitatis Ouluensis D Medica</i> 1060. Väitöskirja.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - hoitosuunnitelmaan kirjatut mitattavissa olevat tavoitteet - tavoitteiden arviointi - opettaminen ja ohjaaminen - kannustaminen, auttaminen, motivointi - tiedon antaminen - omaisten ohjaaminen - hoidon koordinointi

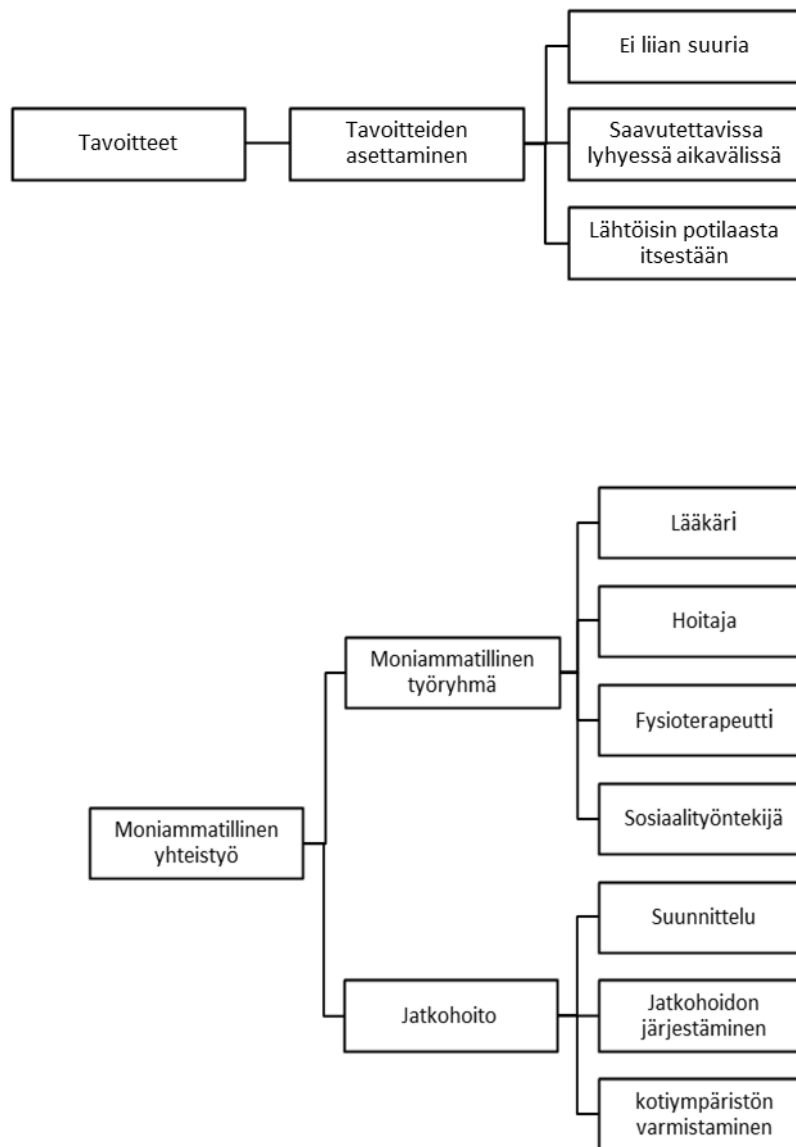
TOIMINTAKYKYÄ TUKEVAN HOITOTYÖN ANALYYSIRUNKO







TOIMINTAKYKYÄ TUKEVAN HOITOTYÖN ANALYYSIRUNKO 2



Lonkan tekonivelleikatun potilaan toimintakykyä tukevan hoitotyön kirjaaminen

