



HOITOTYÖN YHTEENVETO

Kirjaamisen työväline käyttöön

Mira Perämäki
Eija Vänskä

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2011
Terveystieteiden
koulutusohjelma(YAMK)
Ikäntyvien ja pitkäaikaissotilaiden hoito
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Terveystieteen edistämisen koulutusohjelma (YAMK)
Ikääntyvien ja pitkäaikaisten potilaiden hoito

PERÄMÄKI, MIRA & VÄNSKÄ, EIJA: Hoitotyön yhteenveto – kirjaamisen työväline käyttöön

Opinnäytetyö 63 s., liitteet 11 s.
Huhtikuu 2011

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) velvoittaa julkisen terveydenhuollon palvelun antajat liittymään terveydenhuollon kansalliseen arkistointipalveluun, KanTa-arkistoon, syyskuun ensimmäiseen päivään 2014 mennessä. KanTa-arkiston avulla pyritään turvaamaan potilastietojen saatavuus ja käytettävyys, jotta eri terveydenhuollon palveluiden antajat löytävät potilaan hoitoa koskevan tiedon paremmin. Arkistoitavien potilasasiakirjojen minimitietosisältö on määritelty tietosisältöjen hyödyllisyyden näkökulmasta. Hoitotyön osalta arkistoitavien asiakirjojen vähimmäisvaatimuksena on hoitotyön yhteenveto.

Tämä opinnäytetyö tehtiin sairaanhoitopiirin yhdelle toimialueelle hoitotyön yhteenedon kirjaamisen kehittämishankkeena. Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata sähköistä hoitotyön kirjaamista keskittyen erityisesti hoitotyön yhteenvetoon. Tutkimustehtävinä oli selvittää mitä tietoja hoitotyön yhteenvetoon kirjataan, miten tiedot kirjataan hoitotyön yhteenvetoon ja miten hoitotyön yhteenedon kirjaamista voidaan kehittää, jotta se palvelee toimialuetta. Tutkimusaineisto kerättiin toimialueen hoitokertomusten keskeisistä tiedoista sekä hoitohenkilökunnalle suunnatulla lomakehaastattelulla.

Tutkimustulosten mukaan kirjaamistapa ja hoitokertomusten otsikoiden alle kirjattu sisältö vaihtelivat osastoittain. Joissakin hoitokertomuksissa jopa osaston sisällä havaittiin erilaista kirjaamistapaa. Tehtyjen kirjausten oikeellisuutta verrattaessa havaittiin noin kolmanneksen kirjauksista olevan väärän otsikon alla. Tutkimustulosten mukaan toimialueella kirjaamista ohjaa lainsäädäntö, annetut ohjeet, hoitotyön periaatteet, eettinen teoriapohja sekä potilaslähtöisyys. Hoitotyötä ei tutkimustulosten perusteella kuitenkaan systemaattisesti suunnitella.

Tutkimustulosten pohjalta esiin nousee ennen kaikkea koulutuksen tarve. Teknisesti potilastietojärjestelmää osataan käyttää. Hoitotyön yhteenedon kirjaaminen koetaan tärkeänä, mutta saadun koulutuksen ja ohjeistuksen pohjalta hankalalta ja työläältä toteuttaa. Erityisesti kirjaamisen sisältöä koskeva systemaattisesti suunniteltu ja toteutettu koulutus on toimialueella tarpeen.

Asiasanat: hoitotyön yhteenveto, sähköinen kirjaaminen

ABSTRACT

Tampere University of applied sciences
Master's Degree Programme in Health Promotion

PERÄMÄKI, MIRA & VÄNSKÄ, EIJA: Nursing summary- tools of documentation to practice

Master's thesis 63 pages, appendices 11 pages
April 2011

The law on processing of electronic information in social and healthcare (159/2007) obligates public healthcare providers to join the National health archive (KanTa) by 1st September 2014. The National health archive aims to secure the sharing of data between healthcare providers. The required minimum content of data stored is defined by the usability of the information stored in the archive. For nursing the minimum content of data is the nursing summary.

This thesis was done for a division of a hospital district as a development project for the documentation of the nursing summary. The purpose of this thesis was to describe the electronic documentation of nursing focusing on the nursing summary. The research problem was to determine which information is documented in the nursing summary, how the information is documented and in what ways can the documentation of the nursing summary be further developed to better serve the division. The research material was gathered from actual patient records of the division and by conducting a form interview of the nursing staff.

According to the results the practices of documentation vary between wards. It was discovered that in some patient records the documentation practices varied within a ward. The comparison of the validity of documentation revealed that a third of the information documented was under a wrong headline. According to the results the guidelines of nursing documentation in the division are legislation, given instructions, ethic theory and patient-centered nursing. However the results show that nursing is not systematically planned.

Based on the results the need for further education and training raises pre-eminently. The nursing staff is familiar with the technical aspect of the electronic patient record system. The documentation of the nursing summary is considered to be important, but the lack of training and instructions make it inconvenient and laborious to implement. A systematically planned and implemented training focusing specifically on the contents of nursing documentation is needed.

Keywords: nursing summary, electronic documentation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 SÄHKÖISEN KIRJAAMISEN LÄHTÖKOHDAT	8
3.1 Sähköistä kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	8
3.2 Sähköinen kirjaaminen	9
3.2.1 Hoitotyön prosessiajattelu	12
3.2.2 Hoitotyön yhteenveto	14
4 KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	17
4.1 Laadullinen tutkimus	17
4.2 Kehittäminen toimintana	17
5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	20
5.1 Kehittämistoimintaan osallistuminen	20
5.2 Aineiston keruu	21
6 KIRJAAMISEN TYÖVÄLINEET	22
6.1 Keskeiset tiedot	22
6.2 Kirjaaminen keskeisiin tietoihin	29
6.3 Otsikoiden käyttö	30
6.4 Lomakehaastattelun sisällön analysointi	34
6.4.1 Kirjaamista ohjaava ohjeistus	35
6.4.2 Hoitotyön periaatteiden mukainen kirjaaminen	39
6.4.3 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen	43
6.4.4 Hoitotyön luokittelu	47
6.4.5 Kirjaamista ohjaavat resurssit	48
7 HOITOTYÖN YHTEENVETO-OSAN KEHITTÄMINEN	49
7.1 Hoitotyön yhteenveto – kirjaamisen työväline käyttöön	49

	5
7.2 Osastotunnit	49
7.3 Hoitotyön yhteenveto toimialueella	52
8. POHDINTA.....	54
8.1 Tulosten tarkastelu	54
8. 2 Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys	57
8. 3 Jatkokehittämishaasteet	58
LÄHTEET.....	60
LIITTEET	64

1 JOHDANTO

Suomessa on sovittu kansallisesti yhtenäisen sähköisen potilaskertomuksen käytöstä terveydenhuollossa. Kehittämistyötä on tehty järjestelmällisesti 2000-luvulla. Tavoitteena on, että potilastiedot arkistoidaan yhtenäisesti siten, että kansalliseen potilaskirja – arkistoon tallennettu tieto voidaan palauttaa mihin tahansa potilaskertomusjärjestelmään sekä alkuperäisen hoidon antajan käyttämään. (<https://www.kanta.fi/web/fi/sahkoinen-potilastiedon-arkisto>)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) velvoittaa julkisen terveydenhuollon yksiköt liittymään sähköisen potilastietojen arkiston käyttäjiksi 1.9.2014 mennessä. Tämä edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöstöltä taitoa kirjata. ENNI-hankkeen myötä työyhteisöissä on alettu kiinnittämään entistä enemmän huomiota kirjaamisen sisällön kehittämiseen. Tavoitteena on kansallisesti yhtenäinen rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä.

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan jokaisen sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu hoitotyön kehittäminen (Sairaanhoitajaliitto 1996). Olemassa olevien kirjaamiskäytäntöjen muuttaminen tulee olemaan suuri muutos, joka vaatii aikaa, suunnitelmallisuutta ja koko työyhteisön sitoutumista.

Laadukas kirjaaminen on osa hyvää hoitotyötä. Kirjaaminen on yksi keskeisistä hoitotyön ydinalueista. Kun henkilökunta hallitsee kirjaamisen ja se on reaaliaikaista, toteutuu sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturva.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen käytäntöjä yhdellä sairaanhoitopiirin toimialueella. Kyseinen toimialue koostuu kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon vastualueista. Opinnäytetyön aihe, hoitotyön yhteenvedon sisällön kehittäminen, on saatu sairaanhoitopiirin hoitotyön kirjaamis- ja luokittelutyöryhmältä.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on kuvata sähköistä hoitotyön kirjaamista keskittyen erityisesti hoitotyön yhteenvedoon. Hoitotyön yhteenvedossa pitäisi näkyä potilaan hoitajakson kannalta keskeiset tiedot. Hoitajan tehtävänä on koostaa hoitotyön yhteenvedon sisältö hoitokertomuksesta siirrettävistä hoitotyön luokitelluista ydintiedoista, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoitotyön tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo.

Tutkimustehtävät ovat:

- 1) Mitä tietoja hoitotyön yhteenvedoon kirjataan?
- 2) Miten tiedot kirjataan hoitotyön yhteenvedoon?
- 3) Miten hoitotyön yhteenvedon kirjaamista voidaan kehittää, jotta se palvelee toimialuetta?

Tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen käytäntöjä sairaanhoitopiirin yhdellä toimialueella.

3 SÄHKÖISEN KIRJAAMISEN LÄHTÖKOHDAT

3.1 Sähköistä kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Laki potilaan asemasta (1992/785) määrää kuinka hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot merkitään potilasasiakirjoihin. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjoihin liittyvät tiedot ovat salassa pidettäviä tietoja. Kuitenkin, potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeelliset tiedot tai yhteenveto annetusta hoidosta voidaan luovuttaa toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle. Potilaalla on itsemääräämisoikeus tietojen luovutuksesta, joten tietoja voi luovuttaa vain potilaan tai hänen laillisen edustajansa luvalla. Tämä itsemääräämisoikeus koskee sekä hoitotilannetta että potilasasiakirjoja.

Laki määrää potilaan tiedonsaantioikeudesta. Terveydenhuollon ammattilaisen on annettava potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan ja kaikista potilaan hoitoon liittyvistä osa-alueista. Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen ja selvitysten tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Merkintöjä tehtäessä on käytettävä yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä.

Laissa Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) säädetään asiakastietojen sähköisestä käsittelystä toimintayksiköiden sisällä sekä luovuttamisesta toimintayksiköiden välillä. Lain tarkoituksena on edistää tietoturvallista asiakastietojen käsittelyä ja asiakkaan tiedonsaantimahdollisuuksia. Lain nojalla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely – ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti. Terveydenhuollon kansallisen arkistointipalvelun avulla pyritään turvaamaan potilastietojen saatavuus ja käytettävyys, jotta eri terveydenhuollon palveluiden antajat löytävät potilaan hoitoa koskevan tiedon paremmin. Potilastietojärjestelmien ja potilasasiakirjojen

rakenteiden tulee mahdollistaa sähköisten potilasasiakirjojen käyttö, luovuttaminen ja säilyttäminen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla. Potilaalla on lain mukaan oikeus kieltää määrittelemiensä tietojen luovutus. Mikäli potilas kieltää tietojen luovuttamisen, on niiden käyttö kielletty, vaikka ne olisivat hoidon kannalta merkityksellisiä.

Kansallinen potilaskertomusarkisto, KanTa, määrittelee niiden asiakirjojen joukon, joka terveydenhuollon organisaation on pystyttävä arkistoimaan liittymishetkellä. Julkisen terveydenhuollon palvelun antajan on lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) nojalla liitettävä KanTa- palveluihin syyskuun ensimmäiseen päivään 2014 mennessä. Kansaneläkelaitos tulee vastaamaan arkistopalvelun yleisestä toiminnasta. (159/2007)

Arviointikriteerinä arkistoitavien asiakirjojen minimitietosisällön määrittelyssä on ollut tietosisältöjen hyödyllisyys ammattilaisten ja potilaiden kannalta. Hoitotyön osalta arkistoitavien asiakirjojen vähimmäisvaatimuksena on hoitotyön yhteenveto. (www.pshp.fi)

KanTa- palveluiden tavoitteena on edistää potilaan hoidon jatkuvuutta mahdollistamalla ajantasaisten ja reaaliaikaisten potilastietojen saanti. Kansallinen potilaskertomusarkisto edistää potilasturvallisuutta edesauttamalla sujuvaa tiedonkulkua parantaen näin samalla hoidon laatua. Sen avulla voidaan myös parantaa terveydenhuollon tuottavuutta reaaliaikaisen tiedonsaannin vähentäessä päällekkäisiä tutkimuksia ja lääkemääräyksiä. (Hankela 2010)

3.2 Sähköinen kirjaaminen

Suomessa on käytetty terveydenhuollossa tietojärjestelmiä jo 1960-luvulta lähtien. Sähköinen potilaskertomus otettiin käyttöön 1982, ja terveydenhuollossa on siirrytty lähes kattavasti käyttämään sähköistä potilaskertomusta. (Salo 2007, 14). Siirtyminen sähköisiin potilasasiakirjoihin ja

tietoverkkojen käyttöön on muuttanut hoitotyön käytäntöjä, johtamista, opetusta ja tutkimusta. Potilasasiakirjoihin sähköisesti tallennettua tietoa voidaan käyttää useaan eri tarkoitukseen. Sähköisten potilaskertomusten käyttö näkyy tallennettavan tiedon muodossa ja tietoa käyttävien henkilöiden määrän kasvussa. Hoitavalla yksiköllä ei ole enää monopolia potilasta koskevaan tietoon, eikä kommunikointia hoitoyksiköiden välillä enää estä välimatka tai aika. (Saranto ja Kinnunen 2007, 219.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2002) organisoima kansallinen terveysthanke on osaltaan edesauttanut kehittämään valtakunnallisia tietojärjestelmiä. Hankkeen tavoitteena on potilaskertomusjärjestelmien yhteensopivuuden lisääminen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) velvoittaa julkiset terveydenhuollon palvelun antajat siirtymään kansalliseen potilaskertomusarkistoon ja myös tämä on ajankohtaistanut tietojärjestelmien kehittämisen.

Terveydenhuollon tiedonhallinnassa (Health Informatics) on kyse tekniikan ja tietojärjestelmien käytöstä ajankohtaisen tiedon ja informaation keräämiseen, tallentamiseen, tiedon käsittelyyn ja muokkaamiseen sekä viestimiseen (Saranto 2000, 134–135). Sähköinen potilaskertomus on toteuma erilaisista sähköisistä näkymistä. Tieto kirjataan potilaskertomuksen näkymiin vaiheittain otsikoita käyttämällä. Näkymien avulla voidaan tuottaa tietoa moniammatillisiin tarpeisiin (Ensio 2007, 96).

Kuusiston ja Saloniemen (2010) mukaan viimeaikojen teknisestä kehityksestä huolimatta tietotekniikan hyödyntäminen on sosiaali- ja terveysalalla lähes kaikkia muita aloja jäljessä. Tämä näyttäytyy toiminnan järkipäristämisen sijasta ongelmana. Syynä Kuusisto ja Saloniemi (2010) pitävät tietoteknisten ratkaisujen käytettävyysoongelmia ja sitä, ettei kehittämistyössä käyttäjien näkökulmaa oteta huomioon. Artikkelin mukaan aiemmista tutkimuksista poiketen nimenomaan tietokoneisiin liittyvät asiat koettiin sähköisen kirjaamisen hyödyntämisen esteenä, eivät hoitajien asenteet tai tietotekniset taidot.

Yun (2006) mukaan hoitohenkilökunnan asenne sähköistä kirjaamista kohtaan on myönteinen. Suurin osa hoitajista näkee sähköisen kirjaamisen helpottavan hoitotyötä ja jättävän aikaa potilaskontakteihin. Terveysthuollon organisaatioiden siirtymistä sähköiseen kirjaamiseen kannatetaan. Ongelmana pidetään ainoastaan sitä, ettei tiedetä, mitä ja miten pitäisi kirjata.

Ension (2007, 96) mukaan elektroninen potilaskertomus perustuu vahvasti rakenteiseen tietoon. Tiedon rakenne helpottaa tiedon käsittelyä ja laajentaa uudelleen käytön mahdollisuutta. Kansallisesti rakenteisuus toteutuu määrittelemällä ydintiedot. Hoitotyön ydintiedot ovat osa kansallista potilaskertomusta. Kirjaamisen yhtenäistäminen vaatii muun muassa uusia koodistoja, sanastoja, nimikkeistöjä, luokituksia ja tiedon esitystapojen yhtenäistämistä, standardointia. (Lauri 2006,123.)

Kansainvälisellä tasolla tutkimukset terveydenhuollon sähköisten potilaskertomusten käytöstä tuovat esiin yhtenevän hoitotyön kirjaamisen tärkeyden. Sähköisten järjestelmien myötä tieto on laajemmin saatavilla ja hoitotyön kirjaamisen laadulliset vaatimukset kasvavat (Törnvall & Wilhelmsson 2008). Kuitenkin tutkimusten mukaan kirjaamisen käytännöt vaihtelevat sairaaloittain, jopa erikoisaloittain samankin sairaalan sisällä (Hubner 2010). Ensiarvoisen tärkeänä kirjatun tiedon laadun kannalta pidettiin saatavuuden lisäksi yhtenevää kirjatun tiedon esitystapaa (Törnvall & Wilhelmsson 2008).

Maailmalla ja myös Suomessa on kehitetty hoitotyön kirjaamisen avuksi termistöjä. Suomessa termistöjen kehittäminen alkoi 1980-luvulla. Suomalaisia termistöjä ovat esimerkiksi hoitotyön perussanasto, diagnoosien ja auttamismenetelmien luokitukset, suomalainen hoitotyön toimintaluokitus (SHToL) ja suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL). (Sonninen, Ensio & Ikonen 2007,81.)

3.2.1 Hoitotyön prosessiajattelu

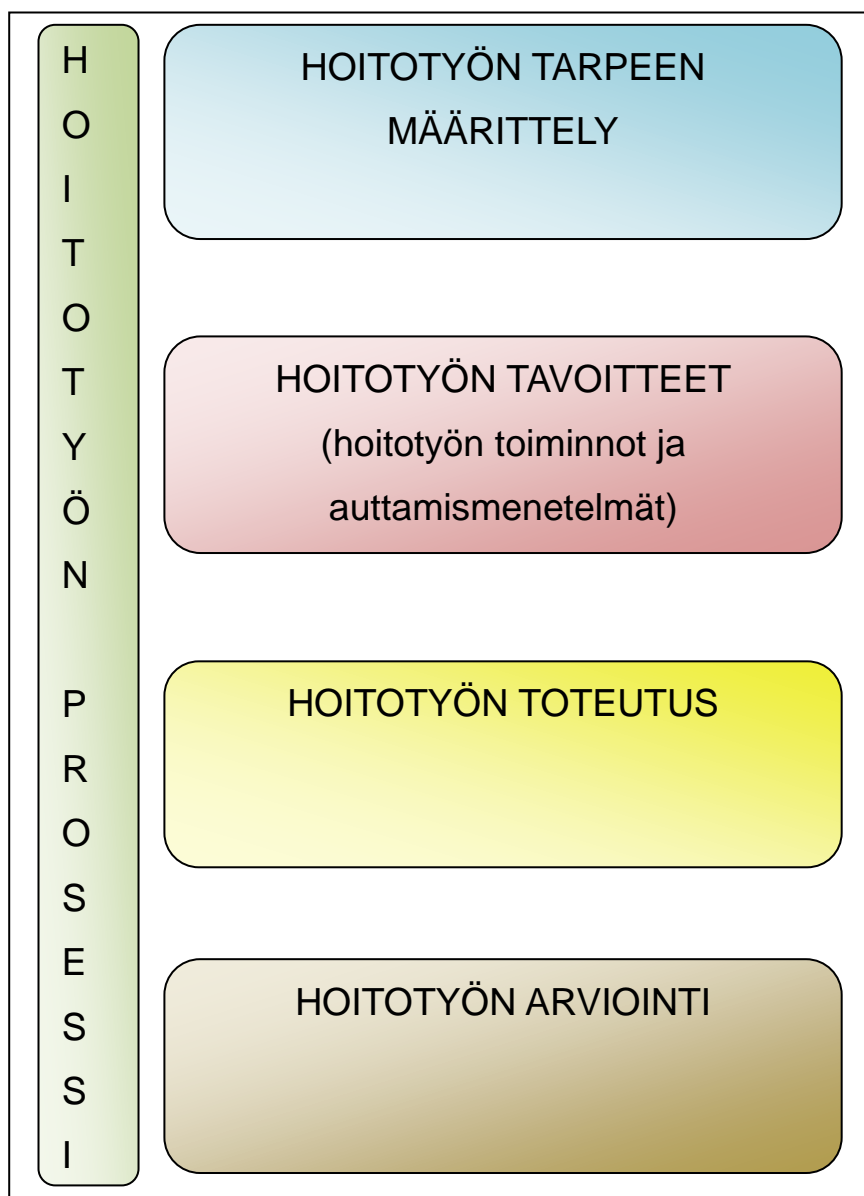
Hoitotyön kirjaaminen toteutuu hoitotyössä hoitosuunnitelman avulla. Hoitotyön kirjaamisen avulla luodaan edellytykset hoidon etenemiselle ja jatkuvuudelle. Hoitosuunnitelmaan sisältyy esitietojen hankinta, hoitosuunnitelman laatiminen, hoitotyön yhteenvedon, jatkohoidon ja kotiutuksen suunnittelu. (Nissilä 2005, 56–57.) Hyvin laadittu hoitosuunnitelma ohjaa kirjaamaan hoidolle oleellisia asioita. Hoitosuunnitelma auttaa jäsentämään hoitotyötä. (Mäkilä 2007, 36–37.)

Hoitotyön prosessia (kuvio 1, s.14) on jo pitkään käytetty hoitotyön ja hoitotyön kirjaamisen raamina. Tavoitteena on ongelmatilanteiden selvittäminen ja ehkäisy (Häyrinen, Lammintakanen, Saranto 2010 554–564.) Hoitotyön prosessimenetelmä jäsentää ja helpottaa hoitotyön kirjaamista. Hoitotyön prosessiajattelun avulla hoitotyöntekijä oppii ajattelemaan systemaattisesti ja arvioimaan kriittisesti potilaan hoidon kannalta tärkeää tietoa. (Huckabay 2009, 72–78.)

Suomeen hoitotyön prosessiajattelu on tullut Maailman terveysjärjestön hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman myötä (Hallila 2005, 24). Hoitotyön prosessi alkaa potilaan ongelmista ja /tai hoitotyön tarpeesta. Hoitotyön tarpeenmäärittely tulee tehdä ja kirjata potilaslähtöisesti. Seuraavaksi hoitotyölle laaditaan tavoitteet, kuvataan hoitotyön toiminnot ja auttamismenetelmät. Suunniteltu hoito toteutetaan ja lopuksi tehdään hoitotyön arviointi. Hoitotyössä kirjataan potilaan hoitoon liittyvät oleelliset tiedot ja päätökset potilaskertomukseen (Iivanainen & Syväoja 2008, 651). Jokainen osa-alue hoitotyön prosessiajattelussa vaatii hoitajalta kriittisyyttä ja taitoa perustella toimintansa. Hoitotyön prosessiajattelu tarjoaa systemaattisen lähestymistavan olemassa olevien tai uhkaavien hoitotyön ongelmien ratkaisemiseksi. (Huckabay 2009, 72–78.)

Yksi hoitotyön keskeisiä periaatteita on potilas- ja perhelähtöisyys. Tämän tulee näkyä niin hoidon arvioinnissa, suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa kuin kirjaamisessa. Potilaalla on oikeus saada kirjatuksi oma näkemyksensä edellä

mainituista asioista. Kirjaamisen tulee perustua potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Potilaslähtöinen kirjaamistapa edellyttää hoitohenkilökunnalta arvioivaa ja reflektiivistä, teoreettiseen tietoon perustuvaa kirjaamista. Pelkkä mekaaninen otsikoiden valitseminen ei riitä, vaan kirjaamiseen tulee sisällyttää myös kirjaajan harkinnan tulos siitä, mikä on tärkeää potilaan yksilöllisen hoidon ja sen jatkuvuuden kannalta. (Kärkkäinen 2007, 89–95.)



Kuvio1 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön kirjallisen tarkastelun voi kohdentaa kaikkiin hoitotyön prosessimenetelmän osiin (Hallila, 2005, 1113). Hoitotyön prosessimalliin

perustuvassa kirjaamisessa pitäisi tulla esiin hoitotyön tulokset ja niiden arviointi. Hoitotyön päätöksenteon ja päätöksiin liittyvien perustelujen näkyväksi tekeminen kirjaamalla tuo hoitotyöntekijöille ammattikuntana vahvempaa näyttöä työlle ja siinä käytetyille menetelmille. (Hopia ja Koponen 2007, 8-9.)

3.2.2 Hoitotyön yhteenveto

Yhdenmukainen tieto parantaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä. Se myös vähentää kirjaamistarvetta eri käyttötarkoituksiin. Terveystieteiden tutkimuksessa toimivat henkilöt kirjaavat tiedot pääasiassa lääketieteen erikoisalakohtaisille näkymille. Esimerkiksi sairaanhoitajan laatima hoitotyön yhteenveto kirjataan erikoisalakohtaiselle näkymälle. Erikoisalakohtaisille näkymille tulee tallentaa tietoa, jolla on pitkäaikaista merkitystä potilaan hoitoa ajatellen. (STM 2007.)

Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen (2007) mukaan hoitotyön yhteenvetoon määritelmä on seuraavanlainen: ”Hoitotyön yhteenvetoon tulee muodostua hoitajakson kannalta keskeisistä ydintiedoista (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset sekä hoitoisuusluokka numeerisena ja sanallisena merkintänä) ja sitä voidaan tarvittaessa täydentää rakenteisesti luokitusten ja vapaan tekstin avulla tuotetuilla tiedoilla.”

Tulevaisuudessa hoitotyön yhteenveto tullaan tallentamaan kansalliseen potilaskertomusarkistoon. Kuten aiemmin on jo mainittu, hoitotyön yhteenveto on minimietieto, mikä hoitotyön osalta tulee tallentaa arkistoon. Hassinen ja Tanttu (2007) kuvaavat raportissaan Valtakunnallisen sähköisen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishanketta (2007), jossa oli testattu hoitotyön yhteenvetoa kahden eri sairaanhoitopiirin alueella. Hoitotyön yhteenvetoon testauksen lähtökohtina olivat olleet kansalliset määrittelyt ja tutkittu tieto. Tulosten perusteella hyvä hoitotyön yhteenveto muodostuu tiivistelmästä potilaan hoitotapa- ja hoitotuloksista ja sen hetkisestä voinnista. Hoitotyön

yhteenveto mahtuu pääsääntöisesti yhdelle A4-sivulle. (Hassinen & Tantu 2007,1.)

Hassisen ja Tantun mukaan hyvä, sisällöllisesti kattava yhteenveto koostuu hoitotyön ydintiedoista, lääkehoidon tiedoista sekä jatkohoidon tiedoista, joita on mahdollisuus täydentää rakenteisesti hoitotyön luokituksilla ja vapaalla tekstillä. Hoitotyön yhteenvedon tulee käsittää hoitokertomuksen ydintietojen osalta ne esi- ja perustietojen osat, jotka ovat potilaan jatkohoidon kannalta oleellisia. Hoitotyön yhteenvetoa laadittaessa hoitajalla pitää olla kokonaiskuva potilaan saamasta hoidosta. (Hassinen & Tantu 2007,1)

Hassisen ja Tantun (2007) saamien tulosten perusteella potilaan hoidon jatkuvuus oli sujuvampaa hoitotyön yhteenvedon ansoista, koska potilaan hoitoon liittyvät tiedot olivat selkeät ja kokonaisvaltaiset. Myös yhteydenotot vastaanottavasta organisaatiosta lähettävään organisaatioon olivat vähentyneet.

3.3 Potilasturvallisuus

Nykypäivän terveydenhuollosta on kehittynyt moniulotteinen prosessien viidakko. Tutkimusten mukaan todennäköisyys potilaan vahingoittumiselle hoidon aikana on noin 10 prosenttia. Jopa puolet tapahtuneista haittatapahtumista olisi ollut ennaltaehkäistävissä yksinkertaisin menetelmin. Potilasturvallisuusnäkökulman tulisi olla näkyvä osa kaikkea terveydenhuollon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Kinnunen ja Peltomaa 2010, 13–14.)

Hoitoon liittyvät, estettävissä olevat haittatapahtumat aiheuttavat potilaille sekä heidän läheisilleen vaikeasti mitattavia, mutta huomattavia kärsimyksiä, joskus jopa potilaan kuoleman. Pysyvät tai tilapäiset haitat potilaalle sekä hoitopäivien ja kustannusten lisääntyminen ovat arkipäivää. Hoidon laatuongelmat tuovat myös merkittäviä taloudellisia haittoja. Esimerkiksi tarpeettomat tutkimukset, hoitovirheet, väärä lääkitys ja menetetyt työpäivät lisäävät hoidosta aiheutuneita

kustannuksia. Vaikka laadun parantaminen vaatii investointeja, on niiden tuotto potentiaalisesti suuri. Tehtyjen tutkimusten mukaan pelkästään vanhanaikaiset ja tehottomat hoitoprosessit aiheuttavat Yhdysvalloissa jopa 390 miljardin dollarin lisäkustannukset vuosittain. Suhteutettuna Suomen oloihin tehottomuudesta tai vaikuttamattomuudesta aiheutuu vuositasolla 85 miljoonan euron kustannukset. (Snellman 2010, 29–31.)

Tiedonsaanti ja kommunikaatio eri hoitotahojen välillä ovat ensiarvoisen tärkeitä potilaan turvallisuuden ja laadukkaan hoidon takaamiseksi. Yksi tärkeimmistä kommunikaation työvälaineistä terveydenhuollossa on potilaskertomus. Hoitotyön kirjaaminen on keskeinen osa potilaskertomusta. (Törnvall ja Wilhelmsson 2008, 2116–2124.)

Noin 65 prosenttiin potilaille tapahtuneista haittatapahtumista myötävaikuttaa kommunikaatioon liittyvät ongelmat. Kommunikaatioon liittyvien ongelmien takana ovat usein monimutkaiset organisaation sisäiset, organisaatiokulttuuriset, viralliset sekä epäviralliset ammattiryhmien väliset suhteet ja historialliset näkemykset ammattiryhmien välisestä hierarkiasta. Ongelmat saattavat johtua myös sääntöjen rikkomisesta, virheistä tai inhimillisistä erehtymisistä, puutteista ammattitaidossa ja tiimityössä sekä siitä, ettei havaituista epäkohdista uskalleta mainita. Avointa kommunikaatiota työyhteisössä voi estää myös ammattiryhmän sisäinen keskinäisen kunnioituksen puute sekä huono lähijohtaminen. (Kinnunen ja Peltomaa 2010, 86–87.)

Potilasturvallisuuden edistämistä voidaan helpottaa erilaisilla informaatioteknologian ratkaisuilla. Sähköisillä potilastietojärjestelmillä pyritään tekemään oikean hoidon tuottaminen mahdollisimman helpoksi ja erehtyminen mahdollisimman vaikeaksi. Informaation tehokkaalla hyödyntämisellä pyritään parantamaan niin hoidon turvallisuutta ja laatua kuin kustannustehokkuutta. (Kinnunen ja Peltomaa 2010 86–87). Potilaan ja henkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi toimiva kirjallinen ja suullinen kommunikaatio on ensiarvoisen tärkeää

4 KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen tutkimus

Tieteellisen tutkimuksen päämääränä sanotaan olevan teorian aikaansaaminen tai siihen pyrkiminen. Tutkimuksen avulla etsitään ja sovelletaan uutta tietoa. Työelämässä tutkimuksen tarkoitus voi olla myös työtapojen tai työolosuhteiden kehittäminen.

Laadullisen tutkimuksen ideana on ymmärtää ja tulkita tutkittavaa asiaa. Laadullisen tutkimuksen tekijälle vastaus kysymykseen ”miksi” on yhtä tärkeä, ellei tärkeämpi kuin kysymys ”miten”. On tärkeää ymmärtää tutkittavan asian taustalla vaikuttavat arvot, asenteet ja toimintatavat ennen kuin pystytään kehittämään toimintaa.

4.2 Kehittäminen toimintana

Tutkimus - ja kehittämistoimintaa on määritelty seuraavasti. OECD (2006) on määritellyt tutkimus- ja kehittämistoiminnan järjestelmälliseksi työksi, jonka avulla pyritään lisäämään ja soveltamaan hankittua tietoa ([www.http://titania.sourceoecd.org](http://titania.sourceoecd.org)). Tilastokeskus (2008) määrittelee tutkimus- ja kehittämistoiminnan systemaattiseksi toiminnaksi. Toiminnan avulla tuotetaan uutta tietoa ja tietoa käytetään uusien sovellusten löytämiseksi. (<http://www.stat.fi/til/tkke/kas.html>.)

Työyhteisö toimii arjessa muodostuneen toimintatavan mukaisesti. Työtä toteutetaan toimintatapojen sekä toiminnan edellyttämällä tavalla. Työn kehittämisessä pyritään tiedontuotantoon. Kehittämisprosessin aikana tuotettu tieto on luonteeltaan käytännöllistä. Sen tehtävä on tukea kehittämistoimintaa. (Toikko & Rantanen 2009, 113.) Tilastokeskuksen (2008) mukaan kehittämistyöllä voidaan tarkoittaa tutkimuksen tuloksena tai käytännön

kokemuksen kautta saadun tiedon käyttämistä uusien tuotteiden, palveluiden tuotantoprosessien tai menetelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen.([www.http://.stat.fi/til/tkke/kas.htm](http://.stat.fi/til/tkke/kas.htm).)

Kehittämistoiminnan tutkimuksellisten asetelmien tehtävänä on palvella kehittämisen prosessia. Tuloksia ja aineistoja voidaan käyttää reflektion herättelyyn. Reflektiivisyyden herättelyyn kerättävä aineisto voi olla lähtökohdiltaan erilaista. Määrällisiin aineistoihin perustuvat analyysit tarjoavat hyvän lähtökohdan keskustelulle ja vuorovaikutukselle. Laadulliset aineistot nostavat esiin subjektiivisia näkökulmia ja nostavat esiin erilaiset mielenkiinnon kohteet. (Toikko & Rantanen 2009,117.)

Kehittäminen on usein konkreettista toimintaa. Sillä tähdätään johonkin selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittämisen pyrkimyksenä voi olla toimintatavan tai toimintarakenteen kehittäminen. Toimintatapaa koskeva kehittäminen voi suuntautua yksittäisen työntekijän työskentelyn kehittämiseen. Kehittämisellä voidaan tarkoittaa myös laaja-alaista koko organisaation yhteisen toimintatavan luomista. Toisaalta kehittämisellä voidaan tarkoittaa myös rakenteellista uudistamista. (Toikko & Rantanen 2009, 14.)

Kehittämisprojektit ovat hoitotyössä keino muutoksen toteuttamiseen. Muutoksen käynnistää hoitotyön muutostarpeen tunnistaminen (Häggman-Laitila 2009, 20). Hoitotyön toimintoja ja niiden sisältöjä kehitetään yhteistyössä. Kehittämisprojektien onnistuminen perustuu siihen, miten tietoisella tasolla muutokset tehdään. Tärkeää on tunnistaa hoitokulttuurin muutostarpeet perusteellisesti, suunnitella muutosprosessi huolellisesti ja arvioida prosessin tuloksellisuus. Kehittämisprojektin avoimuus, läpinäkyvyys ja se, kuinka oikeudenmukaisena muutos koetaan, vaikuttaa kehittämisprojektin onnistumiseen. (Sarajärvi, Mattila ja Rekola 2011, 100.)

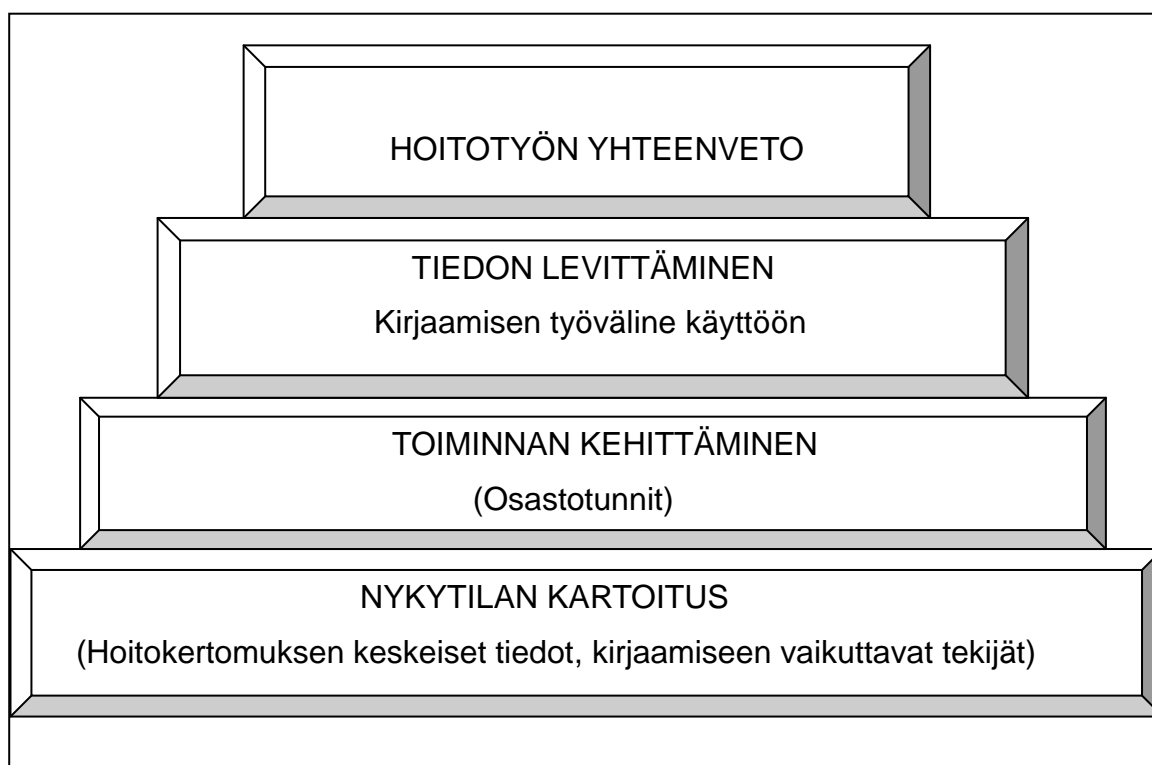
Kehittämistoiminta edellyttää asian yhteistä käsittelyä työyhteisössä ja vähintään yhteistyötahojen informointia kehittämistoiminnasta. Kehittymis-

toiminnan lähtökohtana voidaan pitää sitä, että toimintaan osallistuvat kaikki, joita kehittäminen tavalla tai toisella koskettaa. (Toikko & Rantanen 2009,58.)

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

5.1 Kehittämistoimintaan osallistuminen

Tässä kehittämishankkeessa tiedon tuottamisen tavoitteena on toimijoiden oppiminen, oman toiminnan kehittäminen sekä tiedon levittäminen. Tiedontuotanto kohdistuu hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen kehittämiseen toimialueen vuodeosastoilla. Kehittämistyö on näin ollen olemassa olevan toimintamallin kehittämistä ja tiedon levittämistä. Kehittämistoiminnan tavoitteena on tuottaa pysyviä käytäntöjä ja rakenteita. Rakenteet sopivat organisaatiossa käyttöön myös laajemmalti.



Kuvio 2. Hoitotyön yhteenvedon kehittäminen

Tässä kehittämishankkeessa tieto on tuotettu autenttisessa toimintaympäristössä. Tutkijat ovat mukana toimintaympäristössä työntekijöinä. Tieto on kerätty autenttisista hoitokertomuksista ja työntekijöille kohdistetusta laadullisen tutkimusmenetelmän mukaisesta lomakehaastattelusta jossa

kysyttiin hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavista tekijöistä. Tietoa hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavista tekijöistä levitettiin kahdella vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle ja lähiesimiehille kohdennetuilla osastotunneilla. Osastotunneilla varattiin aikaa myös keskustelulle ja mielipiteiden vaihdolle.

5.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin hoitokertomuksen keskeisistä tiedoista. Kultakin toimialueen vuodeosastolta tulostettiin hoitokertomuksen keskeiset tiedot. Tulostettavat hoitokertomukset valikoitiin satunnaisesti ja hoitajakson pituuden tuli olla vähintään kolme vuorokautta. Yhteensä hoitokertomuksen keskeisiä tietoja tulostettiin 60.

Keskeisten tietojen analysoinnin jälkeen tarkensimme hoitohenkilökunnan kirjaamista ohjaavia tekijöitä. Lisäksi halusimme tietää mitä tietoja vastaajien mielestä tulisi kirjata hoitotyön yhteenvetoon.

Lomakehaastattelu toteutui 8 -19.11.2010 välisenä aikana sairaanhoitopiirin yhdellä toimialueen vuodeosastoilla. Avoimia haastattelulomakkeita (liite 1 ja 2) jaettiin kullekin viidelle vuodeosastolle 20 kappaletta. Kyselyajankohtana vastuksia saatiin takaisin 40 kappaletta. Alhaisen osallistumisasteen vuoksi vastausaikaa jatkettiin vielä viikolla. Lomakehaastattelun ja uusintahaastattelun jälkeen palautuneita haastattelulomakkeita saatiin yhteensä 47. Vastausprosentti oli 39,1.

Saamamme aineiston tulokset esitetään seuraavassa kappaleessa. Ensin kuvasimme keskeisen tiedon otsikkopuuston rakenteen, keskeisiin tietoihin kirjattuja tietoja ja lopuksi lomakehaastattelun analysointia

6 KIRJAAMISEN TYÖVÄLINEET

6.1 Keskeiset tiedot

Potilastietojärjestelmän keskeiset tiedot - osio on tarkoitettu potilaan hoidon suunnitteluun. Siihen kirjataan jatkuva hoidon suunnitelma sekä erityisesti huomioitavia hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyviä asioita. Osiota tulisi päivittää hoitosuunnitelman muuttuessa.

Keskeiset tiedot – osio koostuu viidestä pääotsikosta ja niitä täydentävistä alaotsikoista. Pääotsikot ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus, hoidon arviointi ja jatkohoito. (Kuvio 3).

Keskeiset tiedot	Hoidon toteutus
Tulotilanne	Tutkimukset ja toimenpiteet
Tietojen luovuttaminen ja hankkiminen	Tutkimustulokset
Muuta huomioitavaa	Lääkehoito
Suostumus opiskelijoiden osallistumisesta hoitoon	Lääkehoidon erityishuomiot
Hoidon suunnittelu	Lääkehoidon haittavaikutukset
Moniammatilliset määräykset ja ohjeet	Hoidon arviointi
Tutkimukset ja toimenpiteet	Potilaan tämänhetkinen vointi
Konsultaatiot	Potilaan/läheisen näkemys kokonaistavoitteiden toteutumisesta
Ravitsemus- ja liikunta- ja toimintaohjeet	Ammattihenkilön arvio kokonaistavoitteiden toteutumisesta
Hoidon ja/tai kuntoutuksen tarve	Jatkohoito
Ammattihenkilön arvio	Jatkohoidon järjestäminen
Potilaan/läheisen odotukset	Hoitotyön yhteenveto
Lähtävän tahon odotukset	Todistukset ja ilmoitukset
Hoito- ja/tai kuntoutusjakson tavoitteet	Muut otsikot
Ammattihenkilön arvio	Hoito- ja kuntoutussopimukset
Potilaan/läheisen näkemys	Jatkohoidon järjestäminen
Hoito/kuntoutussopimukset	Hoidon ja kuntoutuksen toteutus

Kuvio 3 Keskeiset tiedot – otsikkopuusto

Sairaanhoitopiiri on antanut ohjeistuksen, jonka mukaan kirjaaminen potilastietojärjestelmään toteutetaan. Lisäksi eri toimialueilla on oma ohjeistus, jossa kirjaamisohjeet on tehty huomioiden erikoisalojen kirjaamiselle asettamat

erityistarpeet. Tutkimusta tehtäessä toimialueen ohjeistus oli, että hoitotyön yhteenveto kirjataan keskeisiin tietoihin. Koska tutkimuksen tarkoitus on kuvata sähköistä hoitotyön kirjaamista, seuraavassa on tiivistettynä kehittämishankkeen kohteena olevan toimialueen keskeisiä tietoja koskeva kirjaamisohjeistus.

Tulotilanne

Potilastietojärjestelmän tulotilanne- otsikot otetaan käyttöön heti potilaan tullessa sairaalaan. Tulotilanteessa kirjataan tietojen luovuttamiseen, potilaan ja henkilökunnan turvallisuuteen sekä opiskelijoiden hoitoon osallistumiseen liittyviä asioita.

Tietojen luovuttaminen ja hankkiminen

Tämän otsikon alle kirjataan ohjeen mukaan vain jos potilaan hoitoa ja sairaalassaoloa koskevien tietojen luovutus on erityisesti kielletty. Esimerkiksi silloin kun potilas haluaa kieltää sairauttaan koskevien tietojen luovuttamisen avopuolisolleen.

Käytäntö on usein se, että tietojen luovuttamista rajoittava informaatio kirjataan puhelimen vieressä tai potilastaululla oleviin lappuihin. On kuitenkin potilaan oikeuksien toteutumisen kannalta tärkeää, että tieto kirjataan oikeaan kohtaan potilaskertomusta ohjeiden mukaan.

Muuta huomioitavaa

Tämän otsikon alle tulee kirjata potilaan hoitoon yleisesti vaikuttavat tiedot. Näihin kuuluu muun muassa maksusitoumukset, ulkomaalaisen potilaan vakuutusasiat tai tilatut tulkit. Mikäli potilas on kotisairaanhoidon tai kotipalvelun asiakas, tulee edellä mainittujen yhteystiedot kirjata muuta huomioitavaa – otsikon alle. Muuta huomioitavaa otsikon alle kirjataan myös se, milloin nämä

tiedot on päivitetty, jotta saatavilla olisi aina ajantasaiset yhteystiedot potilaan hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi.

Kun potilaan hoitoon liittyy potilaan omaan tai henkilökunnan turvallisuuteen vaikuttavia asioita, kirjataan tieto muuta huomioitavaa otsikon alle.. Samoin potilaalla mahdollisesti olevat dreenit ym. tulee kirjata kyseisen otsikon alle. Mikäli opiskelija on tehnyt merkintöjä potilaan keskeisiin tietoihin, varmentaa hoitaja kirjauksen oikeellisuuden muuta huomioitavaa otsikon alle.

Suostumus opiskelijoiden osallistumisesta hoitoon

Jokaisella potilaalla on oikeus kieltää opiskelijoiden osallistuminen hoitoon. Potilaan kanta tähän tulee kysyä ja kirjata ylös. Suostumusta opiskelijoiden osallistumisesta hoitoon kysytään jokaisen hoitajakson alussa. Potilaan kanta tähän kirjataan luokiteltuna tietona eli yksinkertaisesti kyllä tai ei.

Hoidon suunnittelu

Hoitotyön suunnittelun tulee näkyä kirjaamisessa. Hoitotyön suunnittelu aloitetaan hoitotyön ongelmien selvittyä ja suunnitelmaa päivitetään hoitajakson kuluessa.

Moniammatilliset määräykset ja ohjeet

Potilaan hoito ja sen suunnittelu tehdään moniammatillisena yhteistyönä. Eri ammattiryhmien tekemät potilaan hoitoa koskevat määräykset ja ohjeet tulee olla selkeästi kirjattuna ja helposti löydettävissä hoidon turvaamiseksi.

Tutkimukset ja toimenpiteet

Tämä otsikko toimii hoitotyön suunnittelun välineenä sekä eräänlaisen muistilistana. Sen alle merkitään potilaalle tehtäviin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvät suunnitelmat ja järjestämistä koskevat asiat.

Otsikon alle kirjataan milloin ja millaisia tutkimuksia potilaalle on tulossa ja onko potilas saanut esimerkiksi kirjalliset ohjeet tutkimusta tai toimenpidettä koskien. Samoin pitkäaikaiset haavanhoito –tai avannesidosohjeet kirjataan tähän.

Mikäli lääkäri on antanut yleispäteviä ohjeita koskien potilaan hoitoa kuten esimerkiksi veriviljelyiden otto kuumeen yhteydessä, antibioottikuurin kesto tai mahdolliset rokotteiden antoon liittyviä ohjeita, kirjataan nämä ohjeet tämän otsikon alle.

Konsultaatiot

Potilaan hoitoon liittyvät moniammatillisiin konsultaatioihin liittyvät asiat kirjataan konsultaatio otsikon alle. Kyseisen otsikon alle ei kirjata varsinaista konsultaatiomääräystä, vaan konsultaatioon ja sen järjestämiseen sekä suunnitteluun liittyvät asiat.

Mikäli esimerkiksi potilaalle on suunniteltu ravitsemusterapeutin konsultaatio, merkitään tämän otsikon alle konsultaatiopyynnön lähettäminen asianmukaiseen paikkaan. Myös konsultaatiopyynnön lähettämisen päivämäärä kannattaa kirjata ylös, jotta voidaan varmistaa potilaan suunnitellun hoidon toteutuminen.

Ravitsemus-, liikunta- ja toimintaohjeet

Otsikon alle merkitään potilaan ravitsemuksen, liikunnan tai muun toiminnan ohjaukseen liittyvät asiat. Näitä ovat esimerkiksi mahdolliseen fysioterapeutin käyntiin liittyvät asiat, potilaan ruokavaliota koskevat asiat sekä erillisohteet esimerkiksi PEG -tai nenämahaletku-ravitsemusta varten.

Sairaalan keittiöltä tilataan jokaiselle potilaalle ateriat yksilöllisen ruokavalion ja ravitsemusohjeiden mukaan. Potilaan sairaus tai tehdyt toimenpiteet voivat vaikuttaa siihen, millaista ruokaa potilaalla on lupa syödä ja ohjeiden

noudattaminen on potilaan toipumisen kannalta tärkeää. Tästä syystä on hyvä kirjata myös potilaan ajankohtainen ravitseminen ylös.

Hoidon ja kuntoutuksen tarve

Hoidon suunnittelua varten löytyy omat alaotsikot ammattihenkilöiden, potilaan ja läheisten sekä lähettävän tahon hoitoa koskevien odotusten kirjaamiselle. Ammattihenkilön arvio hoidon tarpeelle kirjataan ammattiryhmittäin eli sairaanhoitajien, lääkärin ja fysioterapeuttien tulisi kirjata oma arvionsa.

Potilaalla on oikeus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja on tärkeää kirjata ylös potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta. Mikäli potilaan läheisillä tai hänet sairaalaan lähettäneellä taholla on erityisiä odotuksia potilaan hoidon suhteen, tulee nekin kirjata ylös. Tällaiseksi voidaan laskea esimerkiksi toivomus kotiuttaa potilas terveyskeskuksen vuodeosaston kautta.

Hoito ja kuntoutusjakson tavoitteet

Myös hoidon tavoitteiden kirjaamista varten on omat alaotsikkonsa niin ammattihenkilöiden kuin potilaan ja läheisen arviolle. Hoitojakson aikana tavoitteita voidaan päivittää tai asettaa välitavoitteita, jotka tulee kaikki kirjata potilastietojärjestelmään.

Moniammatillinen tiimi asettaa hoitojaksolle omat tavoitteensa tulotilanteessa sekä arvioi alustavasti hoitojakson pituuden. Kirjatessa tavoitteita tulee kiinnittää huomiota siihen, että tavoitteet laaditaan yhdessä potilaan itsensä ja läheisten kanssa.

Hoito- ja kuntoutussopimukset

Sairaalassa toteutetaan yksilövastuista hoitotyötä ja jokaisella potilaalla tulisi olla nimettynä omahoitaja. Sopimus omahoitajuudesta tehdään yhdessä potilaan kanssa.

Omahoitajasopimus ja siihen liittyvät yksityiskohdat kirjataan tämän otsikon alle. Sopimusta voidaan päivittää hoitajakson aikana ja myös päivitetty tiedot tulee kirjata.

Hoidon toteutus

Potilaan saama hoito ja käytetyt hoitotyön menetelmät tulee kirjata potilastietojärjestelmään. Hoidon toteutus- osioon kirjataan tiivistetysti mm. hoitajakson aikana tehdyt tutkimukset ja lääkehoitoon liittyvät erityishuomiot.

Tutkimukset ja toimenpiteet

Hoitajakson aikana potilaalle tehdyt tutkimukset ja toimenpiteet tulee kirjata tämän otsikon alle päivämäärineen. Tietojen löytyminen sovitusti kirjattuna helpottaa kokonaiskuvan saamista potilaan hoitajakson kulusta.

Tutkimukset ja toimenpiteet- otsikon alle kirjataan kaikki potilaalle tehdyt leikkaukset, muut toimenpiteet sekä röntgentutkimukset. Myös tutkimusten löydökset kirjataan.

Lääkehoidon erityishuomiot ja haittavaikutukset

Lääkehoidon erityishuomiot otsikon alle ei kirjata potilaan lääkitystä, vaan lääkitykseen ja lääkkeen antoon liittyviä yleisiä ohjeita. Näitä ovat muun muassa verta ohentavan lääkityksen tauottaminen esimerkiksi toimenpiteitä varten, kuukausittain annettavat injektiot antopäivineen, erityiset lääkkeenantoreitit ja niihin liittyvät erityishuomiot. Tämän otsikon alle kirjataan myös tieto potilaan mahdollisesta yliherkkyydestä kanyylien kiinnitysteipeille.

Varsinaiset lääkeaineallergiat kuuluu kirjata potilastietojärjestelmän riskitietoihin, josta ne varmasti ovat kaikkien potilasta hoitavien löydettävissä. Lääkehoitoon liittyvistä haittavaikutuksista hoitokertomuksen keskeisiin tietoihin kirjataan

esimerkiksi lääkkeen aiheuttama pahoinvointi tai desorientaatio. Mikäli lääkkeen annossa suonensisäisesti on tapahtunut komplikaationa ekstravasaatio, kirjataan siitä lyhyt maininta tämän otsikon alle. Tarkempi kuvaus tapahtuneesta kirjataan hoitopäivään.

Hoidon arviointi, potilaan vointi ja toimintakyky

Hoidon arviointia kirjataan alaotsikoiden potilaan tämänhetkinen vointi, potilaan ja läheisen näkemys kokonaistavoitteiden toteutumisesta sekä ammattihenkilön arvio kokonaistavoitteiden toteutumisesta alle. Potilaan tämänhetkinen vointi kuvataan tekemällä väliarviointia potilaan tilan muuttuessa. Ammattihenkilö kuvailee tämän otsikon alle myös potilaan vointia omasta näkökulmastaan.

Potilaan ja läheisen loppuarviointi koko hoitajaksosta kirjataan hoidon arviointi, potilaan vointi ja toimintakyky otsikon alle. Koska myös hoidon arviointi tehdään yhdessä potilaan tai läheisen kanssa, kirjataan potilaan tai läheisen käsitys ja tyytyväisyys saadusta hoidosta näihin tietoihin. Myös ammattihenkilön pitää kirjata oma arvionsa potilaan hoitajaksosta. Ammattihenkilön arvio hoidon lopputuloksesta voi olla eriävä potilaan tai läheisen näkemyksestä, mutta yhtä kaikki sekin pitää kirjata hoitokertomukseen.

Jatkohoidon järjestäminen

Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot kirjataan tämän otsikon alle. Jatkohoitoa varten kirjataan ylös jatkohoidon syy, jatkohoitopaikka, mahdollinen potilaan siirtoajankohta toiseen hoitolaitokseen, omaisille tiedottaminen ja sovitut seurantakäynnit. Myös poliklinikan hoitajat kirjaavat tämän otsikon alle potilaalle varatut ajat ja leikkausjonoa koskevat asiat.

Hoitotyön yhteenveto

Toimialueen kirjaamisohjeiden mukaan hoitotyön yhteenveto koostuu hoitajan tekemästä selvityksestä potilaan saamasta hoidosta ja jatkohoitosuunnitelmista. Hoitotyön yhteenvetoon tulee sisältää hoidon tarpeen arviointi, jossa on mainittu sairaalaan tulosy sekä diagnoosi. Myös hoidolle asetetut tavoitteet tulee kirjata hoitotyön yhteenvetoon.

Hoitotyön yhteenvetoon kirjataan potilaalle annettu hoito eli hoitotyön toiminnot. Lisäksi yhteenvetoon kirjataan arvio hoidon tuloksista. Tämä sisältää niin potilaan tai läheisen kuin hoitotyön ammattilaisenkin arvion hoidon ja kuntoutuksen tuloksista.

Hoitojakson päättyessä yhteenvetoon kirjataan myös jatkohoitosuunnitelma. Se sisältää hoito-ohjeet kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Jatkohoitosuunnitelmassa kuvataan myös potilaan saama ohjaus sekä potilaan kanssa tehdyt sopimukset. Lisäksi yhteenvetoon kirjataan potilaan lähtöpäivänä toteutunut lääkehoito sekä potilasta hoitaneiden henkilöiden yhteystiedot.

Todistukset ja ilmoitukset

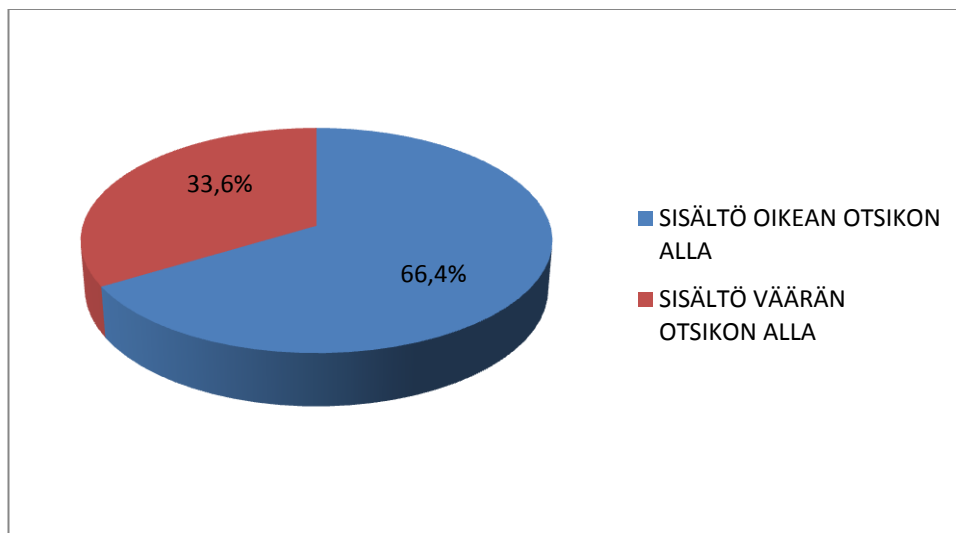
Hoitojakson aikana tai sen jälkeen potilaalle annetuista hoitoa tai sairautta koskevista todistuksista ja ilmoituksista kirjataan maininta hoitokertomuksen keskeisiin tietoihin. Tällaisia todistuksia ja ilmoituksia ovat muun muassa sairaalakuljetuksia varten myönnettävä toistaiseksi voimassaoleva tai määräaikainen taksilupa, lääkärin lausunnot, syöpäpotilaille annettava maksusitoumus peruukista tai esimerkiksi toiseen hoitolaitokseen tehty lähete.

6.2 Kirjaaminen keskeisiin tietoihin

Saadaksemme käsityksen siitä, mitä asioita keskeisiin tietoihin kirjataan, tulostimme kuuden vuodeosaston summittaisesti valituilta potilailta

hoitokertomuksen keskeiset tiedot. Kultakin osastolta valitsimme kymmenen potilasta eli yhteensä tarkastelimme kuudenkymmenen potilaan keskeisten tietojen kirjaamista.

Kirjauksia olivat tehneet niin lähi- ja perushoitajat, sairaanhoitajat kuin osastonsihteeritkin. Kirjaamistapa ja hoitokertomuksen otsikoiden alle kirjattu sisältö vaihtelivat osastoittain. Joissakin hoitokertomuksissa jopa osaston sisällä oli havaittavissa erilaista kirjaamistapaa. Tehtyjen kirjausten oikeellisuutta verrattiin myös toimialueen kirjaamisohjeisiin. Saaduista tiedoista tehtiin yksinkertainen Excel-taulukko, jonka tietojen pohjalta tehtiin kirjausten oikeellisuutta vertailevia kaavioita. Keskeisiin tietoihin tehtyjä kirjauksia tarkasteltaessa huomattiin, että noin kolmasosa tehdyistä kirjauksista oli väärän otsikon alla (Kuvio 4).

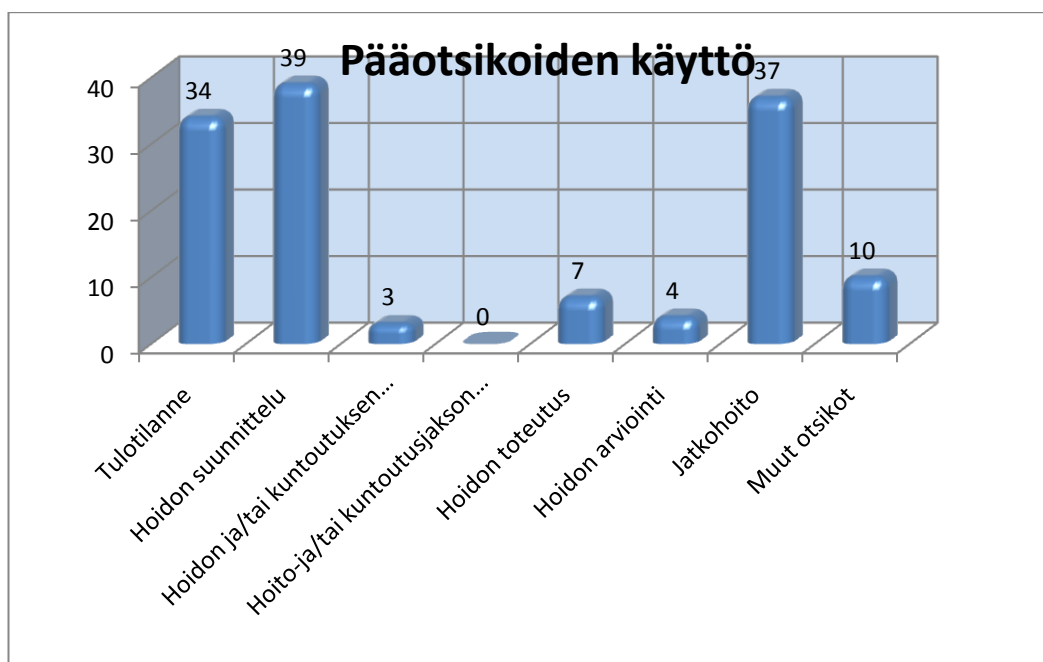


Kuvio 4 Otsikoiden käytön oikeellisuus

Yhteensä keskeisiin tietoihin oli kirjattu 134 kertaa. Näistä 89 kirjausta oli tehty toimialueen ohjeistuksen mukaan oikean otsikon alle, 45 väärän.

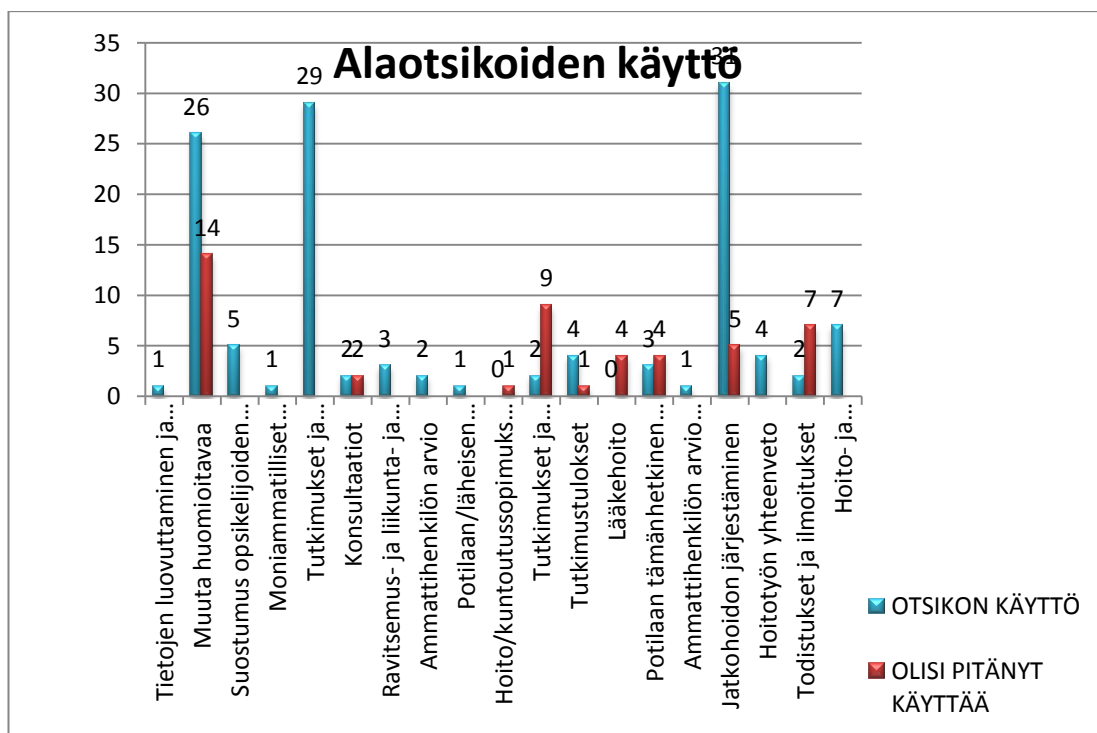
6.3 Otsikoiden käyttö

Tulostetuista hoitokertomuksen keskeisistä tiedoista laskettiin käytettyjen pääotsikoiden ja alaotsikoiden määrä sekä niiden alle tehdyt kirjaukset.



Kuvio 5. Pääotsikoiden alle tehdyt kirjaukset

Valtaosaa keskeisten tietojen pääotsikoista oli käytetty. Ainoastaan hoitojakson tavoitteisiin liittyvä kirjaaminen oli jätetty kokonaisuudessaan tekemättä (Kuvio 5).



Kuvio 6 Alaotsikoiden käyttö

Myös suurinta osaa alaotsikoista oli käytetty. Alaotsikoiden käytössä huomattiin kuitenkin kirjausten olevan joissakin tapauksissa väärän otsikon alla (Kuvio 6).

Tulotilanne

Keskeisten tietojen tulotilanne-otsikoiden alle oli kirjattu yhteensä 34 kertaa (Kuvio 5). Kirjausten mukaan viideltä potilaalta oli kysytty suostuminen opiskelijoiden osallistumisesta hoitoon. Tietojen luovuttamiseen ja hankkimiseen oli tehty yksi kirjaus. Suoraan tulotilanne- pääotsikon alle valitsematta alaotsikkoa oli kirjattu kaksi kertaa. Muuta huomioitavaa - otsikon alle oli kirjauksia tehty 26. Kuitenkin keskeisten tietojen tarkempi tarkastelu toi ilmi, että noiden 26 kirjauksen lisäksi muuta huomioitavaa – otsikkoa olisi pitänyt käyttää jo kirjattujen lisäksi 14 kertaa (Kuvio 6).

Hoidon suunnittelu

Hoidon suunnittelua varten keskeisissä tiedoissa olevien otsikoiden alle oli kirjattu 39 kertaa (Kuvio 5). Näistä moniammatillisiin määräyksiin ja ohjeisiin oli kirjattu kerran, konsultaatioihin kaksi kertaa sekä ravitsemus-liikunta- ja toimintaohjeisiin kolme kertaa. Edellä mainituista otsikoista konsultaatiot - otsikon alle olisi kuulunut kirjata lisäksi kaksi kertaa. Myös hoidonsuunnittelu pääotsikkoa oli käytetty kirjaamiseen valitsematta alaotsikkoa. Tähän oli kirjattu neljä kertaa. Hoidon suunnitteluun tarkoitetuista otsikoista ylivoimaisesti eniten oli käytetty tutkimukset ja toimenpiteet - otsikkoa, johon oli kirjattu 29 kertaa (Kuvio 6).

Hoidon ja/tai kuntoutuksen tarve

Potilaan hoidon ja kuntoutuksen tarvetta oli arvioitu kirjausten mukaan kolme kertaa (Kuvio 5). Näistä ammattihenkilön arvio hoidon tarpeesta oli tehty kaksi kertaa. Potilaan tai läheisen arvio hoidon tarpeesta oli kirjattu kerran (Kuvio 6).

Hoito ja/tai kuntoutusjakson tavoitteet

Toimialueen kirjaamisohjeiden mukaan tavoitteiden asettamista varten voidaan käyttää ammattihenkilön tai potilaan itsensä ja läheisen arviota. Lisäksi hoito- ja kuntoutussopimukset - otsikkoa voidaan käyttää. Tulostetuissa hoitokertomuksissa ei kirjauksia hoidon tavoitteista ollut tehty kertaakaan (Kuvio 5). Kirjaamisohjeiden mukaan olisi kerran muualle kirjattu tieto kuulunut hoito- ja kuntoutussopimukset – otsikon alle (Kuvio 6).

Hoidon toteutus

Hoidon toteutus- pääotsikko (Kuvio 5) pitää sisällään tutkimukset ja toimenpiteet, tutkimustulokset lääkehoidon, lääkehoidon erityishuomiot ja lääkehoidon haittavaikutukset. Näistä oli käytetty ainoastaan tutkimustulokset - otsikkoa neljä kertaa, tutkimukset - ja toimenpiteet – otsikkoa kaksi kertaa. Suoraan pääotsikon alle oli kirjattu kerran.

Kirjattujen tietojen lisäksi tutkimustulokset – otsikkoa olisi pitänyt käyttää kerran, tutkimukset – ja toimenpiteet – otsikkoa puolestaan yhdeksän kertaa. Kokonaan käyttämättä jääneen lääkehoito – otsikon alle olisi ohjeen mukaan pitänyt kirjata neljä kertaa (Kuvio 6).

Hoidon arviointi

Hoidon arviointia hoitokertomuksen keskeisiin tietoihin oli tehty neljä kertaa (Kuvio 5). Valtaosa kirjauksista oli tehty potilaan tämänhetkinen vointi – otsikon alle, johon oli kirjattu kolme kertaa. Ammattihenkilön arvio hoidon kokonaistavoitteiden toteutumisesta oli tehty kerran.

Kirjatuista tiedoista neljä olisi kuulunut potilaan tämänhetkinen vointi – otsikon alle. Potilaan tai läheisen näkemys hoidon kokonaistavoitteiden toteutumisesta oli jäänyt kokonaan kirjaamatta kaikissa tulostetuissa hoitokertomuksissa (Kuvio 6).

Jatkohoidon järjestäminen

Potilaan jatkohoidon järjestämiseen liittyvää tietoa oli kirjattu 37 kertaa (Kuvio 5). Valtaosa kirjauksista oli nimenomaan potilaan jatkohoidon järjestäminen – otsikon alla. Hoitotyön yhteenveto oli tehty neljä kertaa. Potilaalle annetuista todistuksista ja ilmoituksista oli tehty kaksi merkintää.

Myös tämän pääotsikon alle olisi jo kirjatusta tiedoista kuulunut 12 merkintää. Näistä viisi oli jatkohoidon järjestämistä koskevaa tietoa ja seitsemän koski potilaalle annettuja todistuksia ja ilmoituksia (Kuvio 6).

Muut otsikot

Yllä mainitut ovat toimialueen kirjaamisohjeissa mainitut keskeisten tietojen oletusotsikot, joiden mukaan potilaan hoitokertomukseen tulisi kirjata. Näiden lisäksi tulostetuissa hoitokertomusten keskeisissä tiedoissa oli käytetty myös muita otsikoita (Kuvio 5).

Muut otsikot – pääotsikon alle oli nostettu alaotsikot hoito – ja kuntoutussopimukset, jatkohoidon järjestäminen sekä hoidon ja kuntoutuksen toteutus. Hoito – ja kuntoutussopimukseen oli tehty seitsemän kirjausta, jatkohoidon järjestämiseen oli tehty yksi kirjaus ja hoidon ja kuntoutuksen toteutukseen kaksi kirjausta.

6.4 Lomakehaastattelun sisällön analysointi

Lomakehaastattelulla kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti. Tuomi & Sarajärven mukaan (2009, 108) tutkimuksen aineisto kuvaa ilmiötä, jota tutkitaan. Analyysin tarkoituksena oli luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto pyrittiin järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon, kuitenkin siten ettei mikään tieto kadonnut analysoinnin aikana.

Kehittämistehtävän kyselylomakkeet kirjoitettiin ensin auki sana sanalta ja tutkijat perehtyivät sisältöön. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin ja ilmaukset listattiin. Aineistosta erotettiin samankaltaiset ilmaisut. Pelkistetyt luokat yhdisteltiin ja alaluokat muodostettiin. Tämän jälkeen alaluokat yhdistettiin ja muodostettiin yläluokat. Yläluokat yhdistettiin ja muodostettiin kokoava käsite (liite 3).

Vastaajien sukupuolta emme lomakkeessa kysyneet, koska sillä ei mielestämme ole aiheen kannalta merkitystä. Vastaajat jakautuivat ammattiryhmittäin siten, että vastaajista perus/lähihoitajia oli kolme ja sairaanhoitajia 44. Vastaajat sijoittuivat ikäryhmiin seuraavasti: 20–30-vuotiaita vastaajista oli 16 (35 %), 31–40-vuotiaita 12 (26 %), 41–50-vuotiaita 10 (22 %), 51–60-vuotiaita 8 (17 %). Yli 60-vuotiaita vastaajien joukossa ei ollut. Työkokemusta vastaajilla oli keskimäärin 8 vuotta.

6.4.1 Kirjaamista ohjaava ohjeistus

Vastaajat toivat esiin ohjeistuksen merkityksen kirjaamisen lähtökohtana. Ohjeita on organisaation rakenteen mukaisesti osastotasolla, toimialueetasolla sekä organisaatiotasolla. Myös käytössä oleva kirjaamisalusta sekä käytössä oleva potilastietojärjestelmä ohjasivat kirjaamista. Lisäksi kirjaamiseen vaikutti koulutus sekä oma kokemus kirjaamisesta ja työssä.

”...yhteisesti sovitut säännöt, mitä ja mihin kirjataan”.

Ohjeistusta on sekä yksikötasolla että organisaatiotasolla. Vastaajien kirjaamista ohjasi yhteiset sopimukset siitä, mitä asioita kirjataan ja minkä otsikkorakenteen alle kirjaaminen tapahtuu. Ohjeiden merkitys tulee esiin tietoa haettaessa, selkeät ohjeet ja niiden mukaan kirjattu hoitokertomus nopeuttaa tiedon löytämistä sähköisessä hoitokertomuksessa.

”Talon antamat ohjeet otsikoiden käytöksi”.

Vastaajat toivat esiin ohjeistuksen merkityksen. Toimialueen luomia ohjeita käytetään kirjaamisen pohjana. Toimialueella on kirjoitettu opas henkilökunnalle otsikoiden käytöstä. Opas on jaettu hoitajille käyttöön taskukokoisena. Näin se on helposti hoitajan saatavilla.

”Työyksikkö, miten kirjaaminen toteutuu kyseisessä yksikössä, mitkä sillä osastolla ovat niitä asioita joihin kiinnitetään huomiota”.

Kirjaamiseen vaikuttivat vastaajien mielestä työyksikkö ja kyseisen työyksikön erityispiirteet. Kirjaamisen vaikuttivat osaston erityispiirteet ja siellä yhteisesti sovitut asiat kirjaamisesta, mitä asioita on sovittu kirjattavan hoitokertomuksen eri osiin ja minkä otsikkorakenteen alle.

Hoitotyön kirjaamista ohjeistaa myös Suomen lainsäädäntö. Vastaajien vastauksissa tuli esiin lainsäädännön edellyttämä toiminta. Potilaslaki koettiin lainsäädännöstä kirjaamista ohjaavaksi laiksi. Hoitokertomukseen on kirjattava hoidossa tapahtuneet oleelliset asiat ja hoitopäätöksen perustelut ja perusteluihin vaikuttavat tekijät.

”...hoidon kannalta merkitykselliset asiat”.

Hoitojaksolla tapahtuu potilaan hoidossa paljon merkittäviä asioita. Hoitokertomukseen on kirjattava hoitojakson aikana tapahtuneet hoidon kannalta merkitykselliset asiat. Kaikki olennaisesti hoitoon liittyvät potilaan terveydentilassa tapahtuvat muutokset, tutkimukset ja hoitoon vaikuttavat päätökset kirjataan potilastietojärjestelmään. Myös potilaan hoitotahto ja mielipide on hoidon kannalta merkityksellinen kirjattava asia.

”...potilaslaki, Stakes määrittelevät ohjeita”.

Laki potilaan asemasta (1992/785) määrää terveydenhuollon ammattihenkilön kirjaamaan hoidon kannalta tarpeelliset tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Mikäli hoitokertomukseen kirjaamisessa käytetään esimerkiksi

lyhenteitä, on käytettyjen lyhenteiden merkitys oltava yleisessä tiedossa. Hoitokertomukseen kirjattu kieli on asiakieltä, sisältö ymmärrettävää kieltä. Kaikesta kirjatusta tiedosta, myös korjatusta ja poistetusta tiedosta, jää merkintä hoitokertomuksen rekisteriin.

Tietoturvallisuus tulee huomioida sähköisessä kirjaamisessa. Tieto ei saa päätyä missään vaiheessa hoitotapahtumaan kuulumattomien henkilöiden käyttöön. Vastaajat tuovat esiin tietoturvallisuuteen kuuluvat seikat yleisellä tasolla.

”..tietoturva, salassapito”.

Tietoturvallisuudesta huolehtiminen kuuluu kaikille moniammatilliseen hoitokertomukseen kirjaaville ammattihenkilöille. Potilaan on voitava luottaa tietojen salassa pysymiseen ja siihen, että potilastietoja käsittelevät vain ne henkilöt joilla on tietoihin käsittelyoikeus Potilaskertomusta saavat tarkastella vain hoitotapahtumaan osalliset ammattihenkilöt. Hoitokertomuksen rekisteriin jää aina merkintä siitä kuka on avannut sähköisen hoitokertomuksen ja kuinka pitkän aikaa hoitokertomusta on tarkasteltu. Myös kirjaamisesta jää rekisteriin kirjaajan tiedot. Potilaalla on oikeus esittää tarkastuspyyntö hoitolaitokselle rekisteriin kirjatusta käyttäjien tiedoista

”Yleiset asetetut vaatimukset ja velvollisuudet”.

Vastaajat kokivat, että yleisesti ammattihenkilöille asetetut velvollisuudet ja ammatinharjoittamisen vaateiden huomiointi ohjaa heidän päivittäistä kirjaamista. Tietoturvallisuus on yksi osa yleisesti asetuista vaatimuksista ja velvollisuuksista.

Hoitotyön kirjaamista ohjaa hoitotyön teoriapohja. Eettinen teoriapohja luodaan hoitotyön ammattialaisten koulutuksessa ja se syvenee työssä ammattitaidon kehittyessä. Hoitotyön ammattilaiset huomioivat eettisen tietopohjan päivittäisessä työssä kirjatessaan hoitokertomusta. Eettisiä kysymyksiä ratkotaan päivittäisissä työtehtävissä.

"...hoitotyön teorian, eettisesti yhdessä sovitut asiat".

Vastaajat toivat esiin eettisyyden vaikuttavan kirjaamistapaan. Hyvä kirjaaminen edellyttää eettisesti korkeatasoisesti toteutettua kirjaamista. Kirjaamisen täytyy kuvata todellisuutta, kirjataan niin kuin asiat ovat, potilasta sekä kollegoita kunnioittavasti.

"Potilaan paras".

Hoitamisessa on tärkeää huomioida potilaan paras, potilaan kokonaistilanteen kannalta potilaalle parhain ja potilaan toipumisen kannalta suotuisa vaihtoehto. Hoitotyön perustana on hyvä hoito, myös kirjaaminen on osa hyvää hoitotyön toteuttamista.

Vastaajat nostivat esiin myös hyvät pohjakoulutuksessa hankitut taidot kirjaamisesta. Koulutuksen myötä he kokivat saaneensa valmiuksia hyvään kirjaamiseen. Koulutus antaa perusvalmiudet kirjaamisen ja työelämässä kirjaamiskokemukset karttuvat ja kehittyvät.

"Annetut ohjeet (organisaation, koulussa opitut)".

Vastauksissa nousi esiin myös työpaikalla annettujen ohjeiden merkitys. Ohjeiden noudattaminen ohjaa kirjaamista ja luo rakenteen hoitosuunnitelmaan. Systemaattisesti kirjatusta hoitosuunnitelmasta tarvittava tieto löytyy helpommin ammattilaisten käyttöön.

"...ns. oma kokemus/ kirjaamistapa".

Vastaajien kirjaamisen toteuttamistapaan vaikutti myös vastaajan oma tapa toteuttaa hoitotyötä. Jokaisella hoitotyöntekijällä on oma kokemukseen pohjautuva kirjaamistyyli. Myös hoitotyöntekijöiden persoonalliset erityispiirteet vaikuttivat kirjaamistapaan. Jokainen hoitotyöntekijä toteuttaa kirjaamista oman persoonallisen tyylinsä mukaisesti.

”Tehty hoitotyö potilaan kanssa”.

Vastaajat toivat esiin hoitotyön toteuttamisen vaikuttavan kirjaamiseen. Potilaan kanssa tehdyt hoitotyön toiminnot ohjaavat kirjaamista. Hoitotyössä kirjataan paljon hoidon toteutumista ja hoitajan oma kokemus työpäivän sisällöstä vaikuttaa kirjaamiseen. Hoitotyöhön sisältyy paljon potilaan ohjaamista ja opastusta. Hoitajan tehtävän on tuoda potilaalle esiin erilaisia terveyteen vaikuttavia vaihtoehtoja ja potilaan on valittava esiin tuoduista vaihtoehdoista sopivin.

6.4.2 Hoitotyön periaatteiden mukainen kirjaaminen

Vastaajat kokivat potilaslähtöisyyden yhtenä kirjaamista ohjaavana tekijänä. Potilas huomioidaan yksilönä ja kirjaaminen tuo esiin potilaslähtöisyyden. Vastaajat pyrkivät kirjaamaan hoitosuunnitelmaa potilaslähtöisesti. Kirjaamisessa huomioitiin potilaan yksilöllinen tilanne, potilaan esiin tuomat kokemukset. Potilaan hoitotyön tarve ohjaa kirjaamisen toteuttamista.

”Potilas/ potilaan tarvitsema hoitotyön keinoin annettava hoito/apu”.

Eräs hoitotyön tehtävän on helpottaa potilaan sairauden aiheuttamia oireita ja kokemuksia. Hoitajan tehtävänä on avustaa ja opastaa potilasta tai tarvittaessa tehdä asioita potilaan puolesta. Kirjaamalla hoitotyöntekijä kuvaa minkälaista hoitotyön apua potilaan tilanne vaatii. Jokaisen potilaan hoitotyön tarve on erilainen eri päivinä. Potilasta hoidetaan kullekin potilaalle parhaiten soveltuvalla hoitotyön menetelmällä.

”Kirjaan potilaslähtöisesti toteuttamaani hoitotyötä”.

Lisäksi kirjaamista ohjaa potilaan kokemus ja hoitajan havainnot potilaan tilanteesta ja voinnista. Potilaan kuuleminen ja voinnin kirjaaminen potilaan

näkökulmasta on osa siitä yhteistyöstä jota hoitotapahtuman aikana tehdään potilaan kanssa.

Kirjaamista ohjaa vastaajien näkemyksen mukaan potilaan yksilöllisyys ja sen hetkinen vointi. Kirjaamisessa huomioidaan potilaan tarpeet, hoitotyön keinot ja auttamismenetelmät. Myös potilaan näkemys sekä kokemukset hoitopäivästä ohjaa kirjaamista.

”Hoitotyön kirjaamista tulee välittyä potilaan vointi, hoidon ongelmat, tavoitteet, voimavarat ja saavutetut tulokset”.

Kirjaamisen avulla välitetään tietoa potilaan voinnista, mahdollisista ongelmista hoidossa ja niiden ratkaisukeinoista. Kirjatessaan hoitopäivään hoitajat huomioivat potilaan kokemuksen ja kirjaavat potilaan tuntemukset hoitokertomukseen. Potilas on paras asiantuntija tuodessaan esiin omaa terveydentilaansa.

”Potilaan ja omaisten toiveet”.

Potilaan ja omaisten toiveet ohjaavat myös päivittäistä kirjaamista. Omaisten näkemys ja toiveet hoidossa huomioidaan ja kirjataan. Toiveiden kirjaaminen välittää tietoa hoitoon osallisten kesken. Kirjaamista ohjaa potilaan voinnin esille tuominen.

”Lisäksi on sovittu potilaan voinnin kirjaaminen vuoronvaihteessa. Muutoin kirjaaminen on aika vapaata potilaan päivän kulusta kun siitä selviää olennaiset asiat ko. potilaan kohdalla”.

Vastaajien mielestä kirjaamisen avulla voidaan tuoda esiin potilaan sen hetkinen vointi, mikä on oleellista juuri kyseisessä hoitopäivässä. Hoitopäivän aikaan tapahtuneet ja toteutuneet asiat ohjaavat kirjaamista. Olennaiset asiat kunkin potilaan kohdalla kirjataan hoitopäivään.

Vastaajat toivat esiin kirjaamiseen liittyvän oikeusturvan. Kirjaamisen nähtiin edistävän sekä potilaan että hoitohenkilökunnan juridista turvaa. Kirjaamisen avulla voidaan todentaa toteutettu hoito ja siinä tapahtuneet muutoksen.

”Oman selustan turvaaminen”.

Kirjaamisen avulla vastaajat saattoivat tuoda esiin todellista tietoa potilaan voinnista ja siinä tapahtuneissa muutoksista. Kirjaamisen kautta voidaan todentaa havaitut asiat ja tuoda esiin todelliset tapahtumat. Kertoa tilanne sellaisena kuin se on juuri siinä tilanteessa ollut.

”Tarkka kirjaaminen tärkeää, muutokset potilaan voinnissa huomataan ajoissa omanselustan turvaaminen on tärkeää, mitä minä olen tehnyt tai jättänyt tekemättä.”

Kirjaamiseen liittyy turvallisuuden tunne. Kirjatut havainnot ja muutokset potilaan tilassa on huomioitu, voinnin muutoksiin on reagoitu tai asia on vain todettu. Toteutuneen hoitotyön ja potilaan voinnin kirjaaminen luo turvallisuuden tunnetta hoitajalle.

”Turvallisuus potilaan hoidossa toteutuisi mahdollisimman hyvin”.

Kirjaaminen nostaa esiin potilaan saaman hoidon ja toipumisen kulun. Kirjattu tieto perustuu tosiasioihin ja se on todellista, luotettavaa tietoa. Hoidon turvallisuutta pyritään takaamaan kirjaamalla toteutunut hoitotyö selkeästi ja tarkasti, todenmukaisesti. Kirjaamisen reaaliaikaisuus luo turvallisuuden tunnetta hoitotyöntekijöille.

Hoitotyön kirjaamista ohjaa vastaajien mielestä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Kirjauksista tulee välittyä seuraavalle työvuorolle potilaan vointi ja sen hetkinen tilanne. Kirjaamisen on oltava helposti ymmärrettävää ja kuvattava potilaan todellista tilannetta.

”Halu kirjata mahdollisimman tarkasti potilaasta jotta seuraava tai joku muu potilasta hoitava henkilö pystyy saamaan kirjauksista riittävästi tietoa nopeasti ja helposti”.

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on erityisen tärkeää työntekijöiden vaihtuessa vuorosta toiseen. Kirjaamisen avulla välitetään tietoa ja saadaan viesti siirrettyä. Kirjatusta tekstistä on helppo tarkistaa aiemmin vallinnut tilanne. Tieto välittyy saumattomasti työvuorojen vaihtuessa. Hoitjakson päätyttyä on tärkeää siirtää tietoa potilaan hoitoa jatkavaan yksikköön. Tietoa välitetään lähtövaiheen tilanteesta, hoito-ohjeista ja jatkohoitosuunnitelmista.

Hoitjakson päätyttyä sairaalassa saattaa potilas olla vasta toipumisvaiheessa ja jatkohoitoa tarvitaan joko kotona tai toisessa hoitolaitoksessa. Hoitotyön yhteenvetoon on hyvä kirjata siirtymishetken tilanne ja miten hoitokokonaisuus jatkuu.

”Suunnitelmaa tulevasta voisi myös olla, tehtyjä sopimuksia, yhteydenottoja, konsultaatioita”.

Jatkosuunnitelmat kirjataan myös hoitotyön yhteenvetoon. Mikäli potilaalle on jo sovittu valmiiksi kontrolliaikoja, kirjataan ajat hoitotyön yhteenvetoon. Myös muut toipumiseen ja selviytymiseen vaikuttavat tekijät esim., suunniteltu kotiapu kirjataan hoitotyön yhteenvetoon

”...omaisten mukana olo potilaan hoidossa, myös maininta, että omaisille on kerrottu jos potilas siirtyy toiseen hoitolaitokseen”.

Potilaan läheisten yhteystiedot ovat hoitotyön yhteenvetoa kirjattaessa tärkeitä kirjata tarkasti. Potilaan kanssa on selvitettävä kuka on omaisista yhteyshenkilö tai potilaan nimeämä läheinen. Omaisiin yhteyden saanti on tärkeää kyselyyn vastanneille. Kirjaamisessa ilmenee myös se, kuinka potilaan läheiset ottavat osaa hoitoon. Hoitohenkilökunta ohjaa myös omaisia toimimaan potilaan parhaaksi sairauden hoitamisessa ja toipumisvaiheen hoidossa.

”Mikä on potilaan kotitilanne, pärjääkö siellä esim. leikkauksen jälkeen, potilaan omin sanoin maininta siitä miten hoitajakso on hänen mielestään on edennyt”.

Omaisille/ yhteyshenkilölle tiedottaminen potilaan tilanteesta tapahtuneista muutoksista pidetään tärkeänä. Erityisesti, mikäli potilaan hoito siirtyy toiseen hoitopaikkaan joko sairaalan sisällä tai jatkuu toisessa hoitopaikassa. Sairaalajakson päättyessä aletaan miettiä potilaan jatkohoitoa, missä hoito jatkuu ja mitä edellytyksiä hoito jatkuakseen vaatii. Potilaan oma mielipide huomioidaan ja kirjataan hoitokertomukseen. Myös hoitopaikan yhteystiedot tulee näkyä hoitotyön yhteenvedossa. Potilaalle ja omaisille on tiedotettava yhteystiedot jatkohoidon sujumisen turvaamiseksi.

6.4. 3 Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen

Vastaajien näkemyksen mukaan hoitotyön yhteenvedon tulee kirjata keskeiset hoitajakson aikana tapahtuneet ja hoitoon liittyvät tapahtumat. Kirjaamista ohjaa hoitotyön prosessi, erityisesti hoidon toteutus ja toteuttaminen korostuu vastaajien näkemyksessä. Hoitotyön yhteenvedo kirjataan hoitajakson loppuvaiheessa, jatkohoitoon siirtymispäivänä tai kotiutumispäivää.

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat päivittäiset tapahtumat potilaan voinnissa. Kaikki hoitopäivään liittyvät tapahtumat, hoitotoimet, lääkärin määräykset, toimenpiteet kirjataan hoitokertomukseen

Kirjaamista ohjaavana tekijänä vastaajat tuovat esiin potilaan hoidon tarpeet, kirjaaminen pohjautuu potilaan hoidon tarpeeseen ja hoidolle asetettuihin tavoitteisiin. Hoitotyön tarve on hyvin yksilöllinen ja siihen vaikuttavat hyvin monet potilaan yksilölliset seikat.

”Potilas, potilaan tulotilanne, vointi, tarpeet, toiveet”.

Potilaan hoidon tarve vaihtelee hoitajakson aikana. Jokainen hoitopäivä on erilainen ja hoidon tarpeeseen vaikuttaa se, miten hoito edistyy. Potilaan esittämät toiveet hoitonsa suhteen otetaan huomioon ja kirjataan näkyviin. Näin saadaan tieto potilaan toiveesta välitettyä hoitoon osallisten kesken.

"Kirjaamisen pohjana on hoitotyön prosessi mutta suurimmaksi osaksi kirjaaminen tapahtuu hoitotyön toteuttamisesta. tavoitteet jäävät kirjaamatta".

Hoitotyön prosessi nähdään kirjaamista ohjaavana tekijänä mutta käytännön työelämässä hoitotyön tavoitteet jäävät usein kirjaamatta. Päivittäinen hoidon toteutus on keskeinen kirjaamista ohjaava tekijä.

Potilaan lääkityksen toteuttaminen kirjataan nykyään hoitokertomuksen lääkesovellusosiin. Lääkesovelluksesta on mahdollista saada tulosteita ja ajan tasalla olevia lääkelistoja. Lääkityksen kirjaaminen toteutuneen kellonajan mukaan on tärkeää lääkehoidon turvallisuuden näkökulmasta.

"Lääkitys tai erityshuomio lääkityksestä+ lääkelista".

Lääkityksen toteuttamiseen voi liittyä monia erilaisia huomioita. Tarkat kellonajat lääkityksen toteuttamisessa helpottavat lääkehoidon toteuttamista kotona tai uudessa jatkohoitopaikassa. Hoitotyön yhteenvetoon on hyvä kirjata toteutunut lääkitys lähtöpäivänä

"Mitä tutkimuksia/ leikkauksia tai muita toimenpiteitä potilaalle on tehty hoitajakson aikana".

Kirjaamisen avulla voidaan kuvata hoidon toteutumista ja toteuttamista. Potilaalle tehdyt toimenpiteet, tutkimukset ja niiden tulokset kirjataan. Toteutunut hoito yhdessä potilaan kanssa kirjataan. Kirjaamisen avulla saadaan hoitoyö näkyväksi toiminnaksi. Kaikki potilaan hoitotapahtumaan liittyvät asiat, konkreettisesti esimerkkinä haavan hoito. haavan hoito kirjataan, käytetyt hoitotarvikkeet ja sidokset, lisäksi kuvataan haavan ulkonäköä, kokoa jne.

"Toipumisen erityispiirteet(komplikaatiot, infektiot..) ja eteneminen, lähtöhetken tilanne, ravitseminen, liikkuminen, rajoitukset, haavat, psyykkinen vointi, ohjeet jatkohoitoon, ompeleiden poistot, kontrolli yms..ohjeet? seuranta (dm, rav.), haavanhoito-ohjeet".

Päivittäinen kirjaaminen ohjaa hoitotyön toimintaa, mikä kyseisen potilaan voinnissa on oleellista ja kuinka suunniteltu hoito toteutuu. Kirjaamisen avulla pystytään seuraamaan potilaan voinnin /tilan muutoksia.

"Mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty Potilaan kunnon /voinnin systemaattinen tarkkailu/seuranta. Kyseisen potilaan kohdalla olennaiset sairauden oireet tai niiden puutteet."

Potilaan oma näkemys hoidon sujumisesta ja toteuttamisesta on tärkeää kirjata hoitokertomukseen. Samoin potilaan ilmaisema mielipide. Omaisten mukana olo hoidossa ja tietämys sairauteen liittyvistä asioista on myös hoitokertomukseen kirjattava asia.

"Lääkärin määräysten toteuttaminen".

Hoitotyössä lääkärin määräysten toteuttaminen on osa hoitotyötä. Hoitajan velvollisuutena on toteuttaa lääkärin määräysten mukainen hoito. Hoitaja myös kirjaa määräysten toteuttamisen sekä arvioi kuinka totutettu määräys vaikuttaa potilaan vointiin. Myös potilaalle tehdyillä toimenpiteillä on vaikutusta kirjaamiseen. Toimenpide vaikuttaa myös potilaan kokonaistilanteeseen, hoitajan on osattava tunnistaa toimenpiteen jälkeinen vointi, tarkkailu ja kirjattava potilaan vointi ja siinä tapahtuneet muutokset.

"...omaisuus kirjattu (hampaat, silmälasit, kuulolaite)".

Hoitojakson aikana potilailla voi olla mukana erilaisia tarvikkeita, apuvälineitä, irtohampaita, silmälasia ym. Mikäli potilas saapuu päivystyksen kautta

sairaalaan, kirjataan siellä potilaan mukanaan tuomat apuvälineet ja irtoesineet. Vuodeosastolle suunnitellusti saapuessa ei potilaan irtaimistoluetteloa laadita kuin poikkeustapauksissa.

”Omaisuus- missä on vai meneekö mukana”.

Potilaan siirtyessä kotiin tai jatkohoitopaikkaan tulee hoitotyön yhteenvetoon kirjata mitä irtoesineitä ja apuvälineitä siirtyy mukana. Hoitajat saattavat joutua avustamaan potilaan yksityisomaisuuden pakkaamisessa. Potilaan vointi on sen verran heikko, ettei hän itse kykene kokoamaan tavaroitaan siirtovaiheessa. Tietojen kirjaaminen on välttämätöntä, erityisesti jos joudutaan jälkikäteen selvittämään potilaan irtoesineiden sijaintia.

Hoitajien vastauksissa kirjaamista ohjeistavat myös hoidon ongelmat ja ongelmien ratkaisukeinot, se miten potilaan vuoksi tehty työ on vaikuttanut potilaan terveydentilaan sekä vointiin. Myös potilaan tilassa tapahtuneet muutokset kirjataan hoitokertomukseen.

”Potilaan tila mm. vointi, erityis, mihin suuntaan ollaan menossa”.

Hoitojakson aikana potilaan terveydentilassa tapahtuu muutoksia, muutos voi olla terveydentilan kohentumista tai sen heikentymistä. Potilaan tilanteessa tapahtunutta voinnin muutosta arvioidaan hoitojakson aikana.

”Miten potilas on toipunut, kuntoutunut”.

Toteutunutta hoitotyötä arvioidaan potilaan yksilöllisestä tilanteesta käsin. Potilas saattaa tarvita edelleen jatkohoidossa hoitotyön auttamismenetelmiä. Hoidon loppuvaiheessa arvioidaan käytetyt hoitotyön auttamismenetelmät ja näin saavutetut hoitotyön tulokset. Potilas tarvitsemat apuvälineet, hoito-ohjeet, käytetyt haavanhoitotuotteet, avannesidokset ja muut tarvikkeet kirjataan hoitokertomukseen.

”Potilaan yleinen vointi liikkuminen, omatoimisuus asiallisuus (esim. muistamattomuus)”.

Toteutunutta hoitotyötä arvioidaan. Arviointia tehdään päivittäisen hoidon toteuttamisesta, hoitotyön auttamismenetelmien tuloksia mutta myös hoitojakson kokonaistilannetta arvioidaan. Arviointia kirjataan hoitopäivään mutta myös hoitotyön yhteenvetoon. Tällä hetkellä hoitojakson arviointia tehdään eniten jatkohoitotiedotteeseen potilaan siirtyessä toiseen hoitoyksikköön joko sairaalan sisällä tai sairaalasta toiseen.

6.4.4 Hoitotyön luokittelu

Hoitotyön ydintietoja hoitokertomuksessa on hoitotyön luokittelu. Luokittelun avulla tuodaan esiin potilaan toteutunut hoito ja potilaan hoidon toteuttamiseen vaadittu resurssi. Vain potilaan saama, toteutunut hoitotyö luokitellaan.

”Kirjaamisen kautta tehtävät hoitoisuusluokitukset ja niistä saadut tulokset tekevät sen näkyväksi ja arvioitavaksi, numeeriseksi”.

Päivittäisellä hyvällä hoitotyön kirjaamisella voidaan toteutunut hoitotyö arvioida luotettavasti. Hoitotyön hyvä ja kuvaava kirjaaminen mahdollistaa luokittelun oikeellisuuden.

”Nyt Rafaela jotta hoitoisuus näkyisi, tulisi kirjata hyvin”.

Hoitotyön luokittelu tehdään päivittäiseen hoitokertomukseen. Luokittelu tehdään kerran vuorokaudessa ja luokittelun tekevä hoitaja tarkistaa kyseisen vuorokauden ajalta toteutuneen hoitotyön. Hoitokertomukseen kirjattu potilaan toteutunut hoito on luokittelun pohjana.

6.4.5 Kirjaamista ohjaavat resurssit

Kirjaamista ohjaa myös käytettävissä olevat voimavarat ja hoidon tuloksellisuus, hoidon saavutukset. Työpäivän luonne ohjaa myös kirjaamista. Työpäivän aikana suoritettavat tehtävät vaihtelevat osaston tilanteen mukaan.

"Käytettävissä oleva aika".

Osastolla voi olla hyvin erilaisia tilanteita, osasto voi olla potilaita täynnä ja potilaiden hoitoisuus voi vaihdella. Jokainen hoitaja joutuu rytmittämään työpäivänsä vallitsevan tilanteen mukaan. Pyrkimyksenä on kuitenkin tietojen kirjaaminen mahdollisimman reaaliaikaisesti.

"Reaaliaikaista, jos ei pysty niin kellonaika kirjattuna mahd.tarkasti".

"Kiireessä tulee kirjattua lyhyesti ja tärkeimmät asiat valitettavasti".

Kiire vaikuttaa kirjaamiseen. Kiireessä ei ehdi syventyä perusteellisesti kirjaamiseen vaan on tyydyttävä kirjaamaan hoitajan arvion mukaan keskeisimmät ja merkityksellisemmät asiat potilaan hoidossa. Kiireellä on myös vaikutusta kirjaamisen reaaliaikaisuuteen. Kirjaamista joutuu toteuttamaan jälkikäteen ja korjaamaan kellonajan todelliseksi jälkikäteen.

7 HOITOTYÖN YHTEENVETO-OSAN KEHITTÄMINEN

7.1 Hoitotyön yhteenveto – kirjaamisen työväline käyttöön

Konkreettisesti tietoa hoitotyön yhteenvetoon kirjattavista asioista levitettiin kahdella sisällöllisesti samanlaisella osastotunnilla. Kehittämishankkeen tekijät tuottivat osastotuntien sisällön sekä kirjallisuudesta että toimialueen kirjaamisen ohjeistuksen mukaan. Kehittämishankkeen työelämän ohjaaja hyväksyi power-point esityksen sisällön ennen osastotuntien toteuttamista.

Osastotuntien ajankohta sovittiin vuodeosastojen lähiesimiesten kanssa ja osastotunnit sisällytettiin työaikaan. Osastotunteja järjestettiin kaksi. Osastojen esimiehet saattoivat näin valita heille soveltuvan ajankohdan. Tavoitteena oli, että mahdollisimman moni kolmivuorotyötä tekevä työntekijä pääsisi paikalle. Osastotunnit pidettiin sairaalan koulutukseen varatuissa tiloissa.

7.2 Osastotunnit

Ensimmäiselle osastotunnille 15.2.2011 osallistui yhteensä 20 työntekijää toimialueen vuodeosastolta. Kahdelta vuodeosastolta oli myös lähiesimies paikalla. Osastotunti pidettiin henkilöstölle tutussa koulutustilassa, vuodeosastojen ulkopuolella. Tilassa saattoi keskittyä rauhassa koulutuksen sisältöön. Tunnelma osastotunnilla oli rento ja rauhallinen. Tukijoiden alustus oli lyhyt power point- esitys ja sen tarkoituksena oli levittää tietoa ja herättää keskustelua aiheesta. Alustuksen jälkeen virisi vilkas keskustelu hoitotyön kirjaamisesta.

Työntekijät kokivat hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen mielekkääksi erityisesti silloin, kun potilas vaihtaa hoitopaikkaa. Kotiutuvista potilaista vain muutama hoitaja ilmoitti kirjaavansa hoitotyön yhteenvedon. Mikäli kirjaaminen on tehty huolellisesti, näkee hoitotyön yhteenvedosta nopeasti keskeiset tapahtumat

hoidossa. Hoitotyön yhteenveto antaa potilaalle arvokasta tietoa hoitojakson tapahtumista ja kun kirjaaminen toteutetaan potilaslähtöisesti, saadaan myös potilas osallistumaan hoitoon.

Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen vaatii asian opettelua ja työpäivän luonne vaikuttaa kirjaamisen toteuttamiseen. Osastotunnilla nousi esiin koulutuksen riittämättömyys. Erityisesti toivottiin hoitotyön kirjaamisen sisällöstä koulutusta. Ohjeistukseen toivottiin selkeyttä, selkokielisyyttä ja yhteneväistä mallia ainakin toimialueetasoisesti. Lisäksi toivottiin osastotunteja käytettävän osastoilla kirjaamiseen liittyvien asioiden läpikäymiseen. Kirjaamiseen liittyviä asioita voisi käsitellä case-tyyppisesti ja kirjaamisen voisi liittyä vieriohjausta otsikoiden oikeasta käytöstä.

Kiire vaikuttaa siihen kuinka hyvin ehtii kirjata. Hoitotyön kirjaamisessa auttaa toimialueella jaetut taskukokoiset oppaat, tosin oppaat on päivitetty viimeksi pari vuotta sitten. Kirjaaminen helpottuu, kun tietää mitä asioita kunkin otsikon alle laitetaan. Päivittäminen on tarkoitus toteuttaa vielä kevään 2011 aikana. Sairaanhoidopiirin kirjaamisohjeistukseen on tehty päivitys hoitotyön yhteenvedon kirjaamisesta. Ohjeet löytyvät intranetistä, tosin oikean sivun löytäminen on työlästä. Kirjaamiseen toivottiin myös aikaa, siihen tulisi saada keskittyä rauhassa. Nykyisin hoitajan työ keskeytyy usein, joutuu ohjaamaan toista hoitajaa, omaista tai vastaamaan puhelimeen.

Keskustelussa nousi esiin myös erilaiset tietokoneohjelmat. Käytössä on useita ohjelmia ja eri ohjelmat eivät keskustele keskenään. Tieto ei siirry eri järjestelmien välillä. Keskustelijat toivat esiin myös erilaiset tiedon tallennusjärjestelmät sairaalan sisällä. Esimerkiksi potilaan siirtyessä teho-osastolta vuodeosastolle jatkohoitoon, eivät vuodeosaston hoitajat pääse tarkistamaan toteutuneita hoitokertomukseen kirjattuja tietoja teho-osaston käytössä olevista järjestelmistä.

Kirjaamisen sisällön kehittymistä toivottiin myös arvioitavan. Hoitajat kaipasivat palautetta kirjaamisesta ja siinä onnistumisesta. Kirjaaminen voisi olla myös

yksi kehityskeskustelussa käytävä osio, erityisesti omahoitajuuden näkökulmasta.

Osastotunti koettiin myönteisesti ja sisällöllisesti uutta tietoa antavaksi. Tietoa saatiin sähköisestä kirjaamisesta, hoitotyön yhteenvedosta ja osittain sisältö oli tutun tiedon kertaamista.

Toinen osastotunti pidettiin 22.2. Edellisen osastotunnin tavoin tutkijat alustivat keskustelun noin 20 minuutin Power Point - esityksellä.

Osastotunnille osallistui 15 hoitajaa toimialueen vuodeosastoilta. Mukana oli myös yksi lähiesimies. Tunnelma osastotunnilla oli avoin ja kiireetön. Osallistujat vaikuttivat kiinnostuneilta ja valmiilta keskusteluun.

Keskustelussa tuli esiin kehitys, mikä kirjaamisessa on tapahtunut sähköiseen kirjaamiseen siirryttäessä. Tällä hetkellä tiedon ja kirjausten koetaan kuitenkin olevan pirstaloitunutta. Osastotunnille osallistuneista hoitajista valtaosa koki saaneensa riittämättömästi koulutusta sähköisestä kirjaamisesta. Lähes kaikki kokivat, että koulutusta on järjestetty tietojärjestelmien käytöstä, mutta sisällönkoulutus on jäänyt.

Kirjaamista koskevan ohjeistuksen tiedetään löytyvän sairaanhoitopiirin intranetistä. Kuitenkin ohjeiden koetaan olevan vaikeaselkoisia ja vaikeasti löydettävissä. Uusille työntekijöille perehdytys on vain muutamia päiviä ja osallistujien mukaan riippuu paljon perehdyttäjistä ja tämän näkemyksestä hoitotyön kirjaamisesta, kuinka perehdyttävälle kirjaamisesta annetaan ohjeistusta.

Lähes kaikki osastotunnille osallistuneita hoitajista kirjaavat hoitotyön yhteenvedon ainoastaan jatkohoitoon siirtyvistä potilaista. Vain muutama hoitaja kirjaa sen aina hoitajakson päätyttyä. Epäselvyyttä oli myös siitä, mihin hoitotyön yhteenvedo kuuluu kirjata. Tämän hetkisen ohjeistuksen mukaan hoitotyön yhteenvedo kuuluu kopioida hoitopäivästä hoitokertomuksen keskeisiin

tietoihin. Näin ei kuitenkaan toimita, vaan yhteenveto jää kopioimatta ja näin ollen se löytyy ainoastaan hoitokertomuksen viimeiseltä hoitopäivältä.

Keskustelussa koettiin haastavaksi myös resurssien ja ajan puute. Hoitajat kokivat, etteivät usein tunne potilasta ja tämän taustoja ja näin ollen hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen koetaan hankalaksi ja aikaa vieväksi.

Keskustelussa hoitajat toivat esiin hoitotyön yhteenvedon merkityksen potilaan hoidon jatkuvuudelle. Osallistujat kokivat, että mikäli hoitotyön yhteenveto on kirjattuna pystyvät niin potilas kuin jatkohoitopaikkakin tarkistamaan annetun ohjeistuksen, käytetyt hoitotuotteet ja jatkohoitosuunnitelman.

Osastotunnilla tuli voimakkaasti esiin toive jatkokoulutuksesta koskien hoitotyön ja hoitotyön yhteenvedon kirjaamista. Hoitajat toivovat helppolukuisia ja selkeitä ohjeita intranetin etusivulle. Lisäksi toivotaan osastotunteja, joissa hoitotyön yhteenvedon kirjaamista käydään perusteellisesti läpi. Keskustelussa tuotiin esiin myös toive mahdollisuudesta harjoitella hoitotyön yhteenvedon kirjaamista työtovereiden kanssa esimerkkitapausten avulla..

Keskustelusta jäi positiivinen tunnelma. Osastotunnille osallistuneista hoitajista lähes kaikki kokivat saaneensa lisää tietoa niin sähköisestä kirjaamisesta kuin hoitotyön yhteenvedostakin.

7.3 Hoitotyön yhteenveto toimialueella

Osastotunneilla käydyn keskustelun jälkeen työstimme ohjeen hoitotyön yhteenvedon sisällöstä (liite 4). Hoitotyön yhteenveto kirjataan hoitokertomuksen keskeisiin tietoihin hoitajakson päättyessä potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Hoitotyön yhteenvetoon kirjataan lyhyesti oleelliset asiat hoitajakson kannalta, hoitotyön prosessiajattelu ohjaa hoitotyön yhteenvedon kirjoittamista. Hoitotyön yhteenvedon voi tulostaa potilaan mukaan kotiin tai jatkohoitopaikkaan.

Alkuun kirjataan **hoidon tarve**, hoidon tulosyy (esimerkiksi avanneleikkaus, toimintakyvyn heikkeneminen, kipujen hoito jne.). Hoidon tarpeen jälkeen kirjataan **hoitotyön tavoitteet**. Tavoitteet ilmaisevat mihin hoitotyöllä pyritään. Seuraavaksi kirjataan **hoitotyön toiminnot** kuten potilaan saama ohjaus, avustaminen, henkinen tuki ja lääkehoidon erityishuomiot. Lopuksi arvioidaan **hoitotyön tulokset**. Hoitotyön yhteenvetoon kirjataan potilaan vointi, toimintakyky, muutokset terveydentilassa. Hoitotyön tuloksia voi kuvailla sanoilla parantunut, heikentynyt, ennallaan. Myös potilaan tai läheisen näkemys toteutuneesta hoidosta kirjataan hoitotyön tuloksiin.

Hoitotyön yhteenvetoon kirjataan myös potilaan **hoitoisuus**. Hoitotyön luokittelu tehdään normaalisti toimialueen ohjeistuksen mukaan. Hoitotyön luokittelu kirjataan hoitotyön yhteenvetoon sekä numeerisena lukuna että sanallisena kuvauksena hoidon tarpeesta.

Mikäli potilaan hoito jatkuu toisessa hoitolaitoksessa, kirjataan hoitotyön yhteenvetoon **siirron syy** ja kenelle on ilmoitettu siirrosta. Myös potilaan mukana siirtyvät arvoesineet ja tavarat kirjataan. Hoitotyön yhteenvetoon kirjataan myös suunnitelma jatkohoidosta ja potilaan saamat jatkohoito-ohjeet. Mikäli potilaalle tehdään ajanvarauksia, kirjataan varaukset hoitotyön yhteenvetoon.

Kotiutumispäivänä **toteutettu lääkitys** kirjataan hoitotyön yhteenvetoon kellaikaikoinen. Näin tieto potilaan lääkityksestä saadaan siirtymään totuudenmukaisena jatkohoitopaikkaan tai kotiin.

Lopuksi hoitotyön yhteenvetoon kirjataan **hoitopaikan yhteystiedot**. Vuodeosasto ja osaston puhelinnumero kirjataan. Kirjaaminen mahdollistaa sen, että potilas tai jatkohoitopaikka löytää yhteystiedon helposti. Hoitotyön yhteenvetoon tulee laatijan allekirjoitus ja ammattinimike.

8. POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Hoitotyön yhteenveto oli tätä tutkimusta tehtäessä toimialueen omissa kirjaamisohjeissa ohjeistettu kirjaamaan potilastietojärjestelmän hoitokertomuksen keskeisiin tietoihin. Sairaanhoidopiirin potilaskertomusohje ohjeistaa kuitenkin hoitotyön yhteenvedon kirjattavan yhteenveto-päivää käyttäen. Tämä ohjeistus ei kuitenkaan ole osastoilla yleisessä tiedossa. Otsikkopuusto on rakennettu hoitotyön prosessiajattelun mukaisesti. Keskeiset tiedot osio on tarkoitettu käytettäväksi hoidon suunnittelun kirjaamista varten. Kehittämishankkeen tulosten mukaan keskeisiin tietoihin kirjattiin 134 kertaa 60 potilaan kohdalla, keskimäärin hoitokertomuksen kyseiseen osioon kirjattiin 2,2 otsikon alle. Hoitotyön suunnittelu ei siis toteudu systemaattisesti, eikä hoitotyön kirjaaminen noudata hoitotyön prosessia. Kirjaamista ohjaavina tekijöinä vastaajat nostivat esiin hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen. Hoitotyön suunnittelua ei pidetty kirjaamista ohjaavana tekijänä. Hoidon tavoitteiden kirjaaminen ei kehittämishankkeessa saatujen tulosten mukaan toteudu. Tutkitussa aineistossa ei hoitotyön tavoitteita kirjattu lainkaan hoitokertomuksen keskeisiin tietoihin.

Vastaajat kirjasivat hoitotyön yhteenveto otsikon alle heikosti. Vaikuttaako kirjaamisen se, että keskeiset tiedot osio on tarkoitettu hoidon suunnittelua varten? Kun kysyimme kyseisen toimialueen hoitotyöntekijöiltä kirjaamiseen vaikuttavia tekijöitä, ei hoitoa systemaattisesti suunniteltu. Hoidontarpeen määrittely tuli vastauksista selkeästi esiin, mutta varsinainen hoitotyön suunnittelu jäi toteutumatta. Tutkimustulosten perusteella hoitotyön kirjaamista ohjasi pääasiassa hoitotyön toteutus. Päivittäiset hoidossa tapahtuneet merkittävät asiat kirjattiin hoitokertomukseen, samoin hoidon arviointi sekä jatkohoidon suunnittelu.

Vastaajat toivat esiin kirjaamista ohjaavia useita erillisiä tekijöitä varsin laajasta näkökulmasta. Kirjaamisen toteutumista ohjaa lainsäädäntö, erilaiset ohjeet, osaston käytännöt sekä kirjaajan oma kokemus kirjaamisesta. Myös hoitotyö ja hoitotyön prosessi ohjaa kirjaamista. Lisäksi potilas henkilönä, sairaus ja sen hoito ohjaavat kirjaamista. Hoitotyön arvot sekä eettiset näkökulmat ovat kirjaamista ohjaavia arvoja. Hoitotyön kirjaamiseen vaikuttaa myös se, kuinka työ on resurssoitu. Työpäivän luonne ja kirjaamisen ajankohta ohjaavat kirjaamisen toteuttamista. Hoitotyön luokittelu vaikuttaa myös kirjaamiseen. Hoitotyön luokittelu tehdään kerran vuorokaudessa ja se perustuu potilaan toteutuneeseen hoitotyöhön.

Osastotunneilla käydyssä keskustelussa nousi esiin koulutuksen tarpeet. Teknisesti potilastietojärjestelmää osataan käyttää. Erityisesti toivottiin koulutusta; osa koki, ettei ollut saanut potilastietojärjestelmän sisällöstä koulutusta lainkaan. Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen koettiin tärkeänä ja potilaan jatkohoitoa hyödyttävänä asiana. Hoitajilla oli halu kirjata hoitotyön yhteenveto ja osa olikin toteuttanut työssään hoitotyön yhteenvedon kirjaamista. Laajemmassa käytössä hoitotyön yhteenveto ei ole, koska hoitajat kokevat koulutuksen ja tiedon puutteen vuoksi kirjaamisen työlääksi ja hankalaksi. Kirjaamisen sisällön kehittäminen on jäänyt, kirjaamisohjelmien tekninen opettelu on vienyt ajan sisällön kehittymiseltä.

Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat kehittyneet viime vuosina, ja valtakunnallisesti on puute tietojärjestelmien sisällön koordinoinnista. Suomessa on käytössä seitsemän erilaista sähköistä potilastietojärjestelmää. Tietojärjestelmät eivät kommunikoi keskenään ja tieto ei siirry eri järjestelmien välillä. (Voutilainen, Kouki, Ollakka & Takala, 2011, 30–31.) Hoitotyön yhteenveto kaipaa myös kansallisesti sovittua kirjaamismallia. Hoitotyön yhteenvedon kehittäminen ja kirjaaminen hoitotyön yhteenvetoon vaatii hoitajilta positiivista asennetta ja tietoa.

Myös hoitajien välinen keskustelu kirjaamisen sisällöllisistä asioista on vähäistä. Toiveena olisi että työpäivän aikana voisi yhdessä pohtia kirjaamiseen

liittyviä kysymyksiä. Myös hyviä käytänteitä voisi laajemmin levittää. Harjoitteluun voisi keksiä hyviä malliesimerkkejä case-tyyppisesti. Käytännön harjoittelu vaatii työajan, työvälineiden ja tilan järjestämistä. Työntekijöille olisi annettava mahdollisuus rauhassa keskittyä kirjaamisen sisältöön.

Sähköinen potilastiedon arkistointi (Kanta-arkisto) tulee toteutumaan vuonna 2014. Hoitotyön yhteenveto laaditaan hoitajakson päätyttyä. (<https://www.kanta.fi>). Sähköiseen potilastiedon arkistoon siirtyvän hoitotyön yhteenvetoon on myös potilaalla katseluoikeus. Potilas voi tulevaisuudessa tarkistaa hoidon yksityiskohtia, saamansa ohjausta ja omia riskitietoja. Myös eri terveydenhuollon toimijat voivat potilaan salliessa katsella potilaasta arkistoituja tietoja. Tiedon siirtyminen järjestelmien välillä lisää potilasturvallisuutta ja epäselvissä tilanteissa on mahdollisuus kaikilla hoitoon osallisilla tietojen tarkistamiseen. Tiedon siirrettävyyttä eri tietojärjestelmien välillä on kaivattu jo pitkään.

Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010 astuu voimaan toukokuussa 2011. Lain yhdeksännessä pykälässä säädetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon muodostamasta potilastietorekisteristä. Terveystieteiden tutkimusyksikkö, joka hoitaa potilasta, saa käyttää yhteisessä potilasrekisterissä olevia toisen toimintayksikön tietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. Yhteisen potilasrekisterin käyttö ei edellytä potilaan nimenomaista suostumusta. (<http://www.finlex.fi>) Yhteisen potilasrekisterin tiedon käyttö lisää hoidon turvallisuutta ja poistaa päällekkäistä hoitoa. Potilaan hoitoprosessi saadaan sujuvammaksi ja tietojen hankkiminen tietojärjestelmistä ei ole enää ylivoimista hoitoon osallisten kesken.

Myös Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010) toteuttaman hoitotyön kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyydestä tutkimuksen suosituksena on kirjaamismallin yksinkertaistaminen ja selkiyttäminen. Lisäksi suositellaan, että kirjaamiskäytäntöön kehitetään eri tilanteisiin sopivia mallipohjia sekä hoitotyön yhteenvetoon roolin määrittämisestä ja sen laajempien käyttötarpeiden

miettimistä. <http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx> ID=425
&GUID={9259F616-4630-4BE2-8091-8433DBA04018}

Sairaanhoitopiirin hoitotyön periaatteena on potilaan hyvä hoito. Hyvä hoito sisältää potilaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, kohteluun ja tiedonsaantiin. Hyvä hoito koostuu asiantuntevasta ja luotettavasta hoidosta, potilaan hyväksymisestä ja potilaan kuuntelusta sekä tietosuojan kunnioittamisesta. Hoidon suunnittelu ja toteutus, tiedon ja tuen antaminen perustuvat hoitotyöhön omahoitajamalliin. Hoidossa voivat olla aktiivisesti mukana potilaan läheiset mikäli potilas antaa mukanaoloon suostumuksen. (<http://www.pshp.fi>.)

Potilailla on oikeus omahoitajaan. Potilas ja omahoitaja suunnittelevat ja kirjaavat hoitotyötä siten, että kaikilla hoitoon osallistuvilla on yhteinen käsitys hoidon päämäärästä. Omahoitaja koordinoi ja toteuttaa potilaansa hoitoa. Lisäksi omahoitaja laatii yhdessä potilaan kanssa hoitopalautteen hoidon päättyessä. (<http://www.pshp.fi>.)

8. 2 Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella usealla tavalla. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2007, 213.) Tuomi (2007,150) määrittelee reliabiliteetin mittauksen kyvyksi tuottaa ei sattumanvaraisia tuloksia, tulosten pysyvyyttä (sisäinen reliabiliteetti) ja toistettavuutta (ulkoinen reliabiliteetti).

Laadullisen tutkimuksen piirissä reliabiliteetin ja validiteetin sijaan on pyritty käyttämään vaikuttavuuden käsitettä. Tutkijan on vakuutettava lukijat tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat näkyviksi. Tutkimukseen käytetty aineisto ja aineistoon perustuva argumentaatio on näytettävä mahdollisimman avoimesti. Toinen tutkimuksen luotettavuuden osatekijä on sen johdonmukaisuus. Tutkimusaineisto on kerätty ja analysoitu huolellisesti ja

kuvaaminen on läpinäkyvää. Kehittämistoiminnan näkökulmasta luotettavuuden osatekijöihin on mahdollista liittää toimijoiden sitoutuminen. Kehittämistoiminnassa kehittäjät osallistuvat usein toimintaan ja kehittämiseen. Toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen kehityttämisprosessiin vaikuttaa siihen kuinka luotettavia käytetyt metodit ja tuotokset ovat. (Toikko & Rantanen 2009,123- 124.)

Tieteellisen tiedon luotettavuus on tiedon keskeinen tunnusmerkki. Kyse on tutkimusmenetelmien, tutkimusprosessin ja tutkimustulosten luotettavuudesta. Laadullisessa tutkimusorientaatiossa käytetään usein vakuuttavuuden käsitettä. Luotettavuus kehittämistoiminnassa tarkoittaa ennen kaikkea tiedon käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnassa luotettavuuden kriteerit ovat tieteellisen luotettavuuden kriteerejä silloin kun kehittämistoimintaan liittyy selkeitä tutkimuksellisia asetelmia. (Toikko & Rantanen 2009,121.)

Kehittämistulosten kannalta käyttökelpoisuus tarkoittaa sitä, kuinka kehittämissprosessin seurauksena syntyneitä tuloksia voidaan hyödyntää. (Toikko & Rantanen 2009, 125.) Olennaista on tutkimustulosten yleistymisen käytännön toiminnassa ja leviäminen toimintajärjestelmässä. (Engeström 1995,156).

Tässä kehittämishankkeessa on noudatettu hyvää eettistä tutkimustapaa. Kehittämishanketta varten hankittiin tutkimuslupa sairaanhoitopiirin ohjeistuksen mukaan ja kaikille kehittämistoimintaan osallistuneille tiedotettiin etukäteen mitä varten tietoa kerätään ja kuinka sitä hyödynnetään. Kaikki tutkimuksessa hyödynnetty materiaali on käsitelty nimettömänä ja se tullaan hävittämään asianmukaisesti kehittämishankkeen valmistuttua.

8. 3 Jatkokehittämishaasteet

Tämän kehittämishankkeen tulosten perusteella voidaan päätellä, että tulevaisuudessa on tärkeää systemaattisesti kehittää kirjaamisen sisältöä. Toimialueella tulee järjestää lisää koulutusta hoitotyön yhteenvedon sisällöstä. Tällä hetkellä kirjaamistavat vaihtelevat jopa osastojen sisällä. Kun tavoitteena

on yhtenäinen kirjaamistapa jopa valtakunnan tasolla, on tärkeää aloittaa välittömästi koulutuksen suunnittelu ja toteutus.

Tiedon ja toiminnan muutokseen menee aikaa. Suurissa organisaatioissa toimintatapojen muutoksiin vuosi tai kaksi on lyhyt aika. KanTa-arkiston käyttö on astumassa voimaan vuonna 2014, joten nyt on oikea aika alkaa kiinnittämään huomiota myös kirjaamisen sisältöön, ei vain potilastietojärjestelmien käytön teknisen osaamisen varmistamiseen.

Uuden tiedon sisäistäminen ja juurtuminen käytännön toimintaan vaatii toimintamallien hyväksyntää. Toimintamallin hyväksyntä puolestaan vaatii syvempää perehtymistä uuteen tietoon. On helpompaa hyväksyä uudistukset, joihin on saanut riittävän perehdytyksen ja mahdollisuuden tutustua uusiin käytäntöihin. Muutos saadaan aikaan yhdessä.

LÄHTEET

[http://www.finlex.fi/fi/laki/potilaan asemasta ja oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/potilaan_asemasta_ja_oikeuksista). Luettu 26.3.2010.

[http:// www. finlex fi](http://www.finlex.fi). Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 2007. Luettu 26.3.2010.

<http://www.pshp.fi>. Luettu 9.3.2011.

Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus: perusteluita tulokseen ja haasteita. Helsinki.

Ensio, A. 2007. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. L. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Hallila L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki. Tammi.

Hankela, S., yliopettaja. 2010. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa – luento 6.9.2010. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Hassinen, T. & Tanttu, K. 2007. Hoitotyön yhteenveto potilaan jatkohoidon turvaajana. <http://www.salpanet.fi/public/download.aspx?ID=3310&GUID...7938>. Luettu 1.2.2011.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. 13., osin uudistettu painos. Tammi.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). 2008. Toiminnasta tietoon. Kansanvalistusseura. Helsinki.

(Honkimaa-Salmi, A. 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.)

Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoidtajaliitto Jyväskylä: Gummerus.

Huckabay, L. 2009. Clinical reasoned Judgement and the Nursing Process. Nursing forum. Vol. 44 (2), 72-78.

Hübner, U., Ammenwerth, E., Flemming, D., Schaubmayr, C. & Sellermann, B. It adoption of clinical information systems in Austrian and german hospitals: results of a comparative survey with a focus on nursing. 2010. BMC Medical Informatics & Decision Making. 2010, 10:8. Tulostettu 3.4.2010. <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/10/8>.

Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen-systemoitu katsaus toimintamalleihin. Tutkiva hoitotyö. Vol. 7(3), 20-21.

Häyrinen, K., Lammintakanen, J. & Saranto, K. 2010. Evaluation of electronic nursing documentation – nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. International Journal of Medical Informatics Vol. 79 (6), 554-564.

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

<http://www.kanta.fi/web/fi/tietotekniikan-toteuttajille-ajankohtaista>. Luettu 13.3.2011.

Kassara H., Paloposki S., Holmia S., Murtonen I., Lipponen V., Ketola M-L., Hietanen H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1-2.painos. WSOY. Helsinki.

Lauri S. 2006 Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. 1.painos. Helsinki. WSOY

Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali – ja terveydenhuollossa. Tutkiva hoitotyö Vol. 8 (4), 12–19.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoidtajaliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. 1. painos. Helsinki: WSOY

Mäkilä M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko-näkyvää vai ei? Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 2007. Hopia H & Koponen L.(toim.). Sairaanhoidtajaliitto. Jyväskylä. Gummerus.

Nissilä A. 2005. Esimerkkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hallila L. (toim.) Tammi. Helsinki.

OECD 2006. OECD factbook 2006-Economic, Environmental and social statistics, <http://titania.sourceoecd.org/vl=275611/cl=26/nw=1/rpsv/factbook/06-01-01.htm>. Luettu 26.2.2011.

Opas FinCC – Luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. 2008. Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri.

Rauramo P. 2008. Työhyvinvoinnin portaat. 1.painos. Edita. Helsinki.

Reason, P. & Bradbury, H. (toim.). 2006. Handbook of action research. 3. painos. Sage Publications. Lontoo.

Potilaskertomusohje 12.3.2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Salo P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa: Hoitotyön kirjaaminen. Hopia H. & Koponen.L.(toim) Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx ID=425 &GUID={9259F616-4630-4BE2-8091-8433DBA04018}>

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta-avain hoitotyön kehittämiseen. 1. painos. Helsinki:WSOY.

Saranto K. 2000. Tietotekniikan opetuksesta tiedonhallinnan opetukseen. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 2001. Vuotilainen P., Leino-Kilpi H.; Mikkola T., Peiponen A. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Tammi. Helsinki.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali-ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3.

Sonninen A., Ensio A., Ikonen H. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

STM:n oppaita. 2001:3. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen; Opas terveydenhuollon henkilöstölle. http://www.stm.fi/c/document_library/pdf

Sähköisen potilaskertomuksen ydintietomääritysopas.. <http://www.kunnat.net/kunto>. Luettu 5.4.2010

Tantt K. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY. Helsinki.

Tilastokeskus. 2008. Tutkimus- ja kehittämistoiminta. <http://www.stat.fi/til/kke/kas>. Luettu 27.2.2011.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
Tuomi J. 2007. Tutki ja lue. Helsinki. Tammi.

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

Törnvall, E., Wahren, L. & Wilhelmsson, S. 2007. Impact of care management on nursing documentation. Journal of Nursing management, 15, 634-642.

Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2116–2124.

Violainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Voutilainen, T. Kouki, S., Ollakka, E. & Takala, M. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten IT-hankkeiden toteuttaminen. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 217/2011.

Yu, P. 2006 Electronic versus paper-based nursing documentation systems: the caregivers weigh in. *Journal of American Geriatrics Society* Vol. 54 (10), 1625-1626.

LIITTEET

Liite 1



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

Hyvä hoitotyöntekijä!

Tiedote tutkimuksesta

20.9.2010

Hoitotyön yhteenveto

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa, ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, terveyden edistämisen koulutusohjelmaa. Teemme opinnäytetyömme kirjaamisesta, hoitotyön yhteenvedosta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sähköistä hoitotyön kirjaamista keskittyen erityisesti hoitotyön yhteenvetoon. Tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen käytäntöjä Tampereen yliopistollisen sairaalan toimialueella 2.

Vastauksenne käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa tuloksista. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä tutkimusta varten. Tutkimuksen valmistuttua, tutkimuslomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimustulokset tullaan esittämään kevään 2011 aikana henkilöstölle.

Mikäli teillä on aiheesta kysyttävää, vastamme mielellämme.

Kiitos yhteistyöstä!

Mira Perämäki
Mira.Peramaki@piramk.fi

Eija Vänskä
Eija.Vanska@piramk.fi

Kyselylomake

Olen sairaanhoitaja _____

Olen perus-/lähihoitaja _____

Ikä vuosissa: ___ 20–30 vuotta ___ 31–40 vuotta ___ 41-50 vuotta
 ___ 51–60 vuotta ___ yli 60 vuotta.

Työkokemus työyksikössä yhteensä _____ vuotta.

Mikä ohjaa kirjaamistasi?

Hoitotyön yhteenveto on tiivistelmä hoitojakson tapahtumista. Mitä asioita olisi hyvä kirjata hoitotyön yhteenvetoon?

Sisällön analyysin eteneminen
alaluokka

yläluokka

päälouokka

yhdistävä luokka

osaston käytännöt kirjaamisohjeet Miranda lainsäädäntö ohjeet tietoturva eettiset ohjeet koulutus oma kokemus	Kirjaamista ohjaava ohjeistus Lainsäädäntö ja ohjeet Eettisyys hoitotyössä Koulutus ja oma kokemus	Kirjaamiseen vaikuttavat taustatiedot	
potilaan yksilöllinen tilanne ja potilaan ja omaisten kokemukset hoidon kannalta oleellisia asioita voinnista	Potilaslähtöisyys Potilaan yksilöllisyys	Hoitotyön periaatteiden mukainen kirjaaminen	
			Sähköisesti kirjatun hoitotyön yhteenvedon sisältö ja siihen vaikuttavat tekijät toimialueella
hoitajan turva hoidon turvallisuus potilaalle	Turvallisuus	Hoitotyön periaatteiden mukainen kirjaaminen	
tiedon välittäminen seuraavalle työvuorolle saumattomuus selkeys ja ymmärrettävyys antaa tietoa potilaan voinnista sekä tilanteesta	Hoidon jatkuvuuden turvaaminen	Hoitotyön periaatteiden mukainen kirjaaminen	

<p>Hoidon tarpeet ja hoidon tavoitteet tulosy sairaus ja sen hoito toimenpiteet tutkimukset perussairaudet taustatiedot allergiat vakaumus riskitiedot</p> <p>hoitotyön tapahtumat ja hoitotoimet päivittäiset toiminnot hoitosopimukset hoito-ohjeet (haava, avanne, leikkaushaava, suonikanyylit, katetrit, dreelit, ihon kunto) sidokset ja haavanhoitotarvikkeet kivut ja sen hoito ohjaus elintoiminnot ja niissä tapahtuneet muutokset lääkärin määräykset ja toimenpiteet</p> <p>muiden terveydenhuollon ammattilaisten ohjeet</p>	<p>Hoidon tarve</p> <p>Hoidon toteutus</p>	<p>Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen</p>	
--	--	---	--

erikoishoidot ompeleiden poistoajankohta otetut verikokeet verikoevastaukset sokerikaavake marevan-hoito ja inr-arvo seuraava verikoekontrolliajankohta hoidon ongelmat ja arviointi päivittäiset toiminnot potilaan avun tarve mieliala motivaatio toimintakyvyn rajoitteet potilaan voinnin kehittyminen toipumisen edistyminen potilaan kunto toimintakyky ja tarvittavat apuvälineet ongelmat ja tavoitteisiin pääsy hoidon toteutuminen hoitojakson aikana potilaan oma näkemys hoidosta	Hoidon arviointi		
Rafaela, jotta hoitoisuus näkyisi kirjaamisen kautta tehtävät hoitoisuusluokitukset hoidon kannalta merkitykselliset asiat	Hoitoisuus Luokittelu	Hoitotyön luokittelu	
työpäivän luonne kirjaamisajankohta	Kirjaamisajankohta sekä käytet- tävässä oleva aika	Resurssit	

omaisten mukana olo potilaan hoidossa tieto omaisille potilaan siirrosta toiseen hoitolaitokseen kotiapu asuinolot omaisten/läheisten yhteystiedot lähettävän yksikön tiedot jatkohoitosuunnitelmat seuraava hoitajakso seuraava kontrolli omahoitajat	Jatkohoito läheisten yhteystiedot	Jatkohoitoympäristö ja läheisten yhteystiedot	
apuvälineet omaisuus	Potilaan omaisuus ja apuvälineet	Potilaan henkilökohtaiset tavarat	
lääkitys ja antajat kivunhoito lääkelista diabeetikon sokerikaavake	Lääkehoidon toteutuminen	Lääkehoidon toteutuminen	

Hoitotyön yhteenveto toimialueella

(annetaan potilaalle kotiutuessa mukaan tai jatkohoitopaikkaan)

Kirjataan hoitokertomuksen keskeisiin tietoihin lyhyesti oleelliset asiat hoitojakson kannalta.

Hoitojakson ajankohta (päivämäärät)

Hoidon tarve: Hoitoon tulosyy (sairaus ja tehty leikkaus, muu terveysongelma, psyykkiset ja fyysiset ongelmat, toimintakyky, kivut, jne.)

Kirjataan hoitotyön **tavoitteet**, joilla ilmaistaan mihin hoitotyöllä pyritään

Hoitotyön toiminnot: Potilaalle annettu ohjaus kuten avannepotilaan ohjaus, erilaisten katetrien kotihoito-ohjeet, avustaminen, haavanhoito, henkinen tuki, lääkehoidon huomiot ja ohjaus

Hoitotyön tulokset: arviointi siitä kuinka hoitojakso on edennyt ja mitä tuloksia on saavutettu. Kuvataan potilaan vointi, toimintakyky, selviytyminen päivittäisistä toiminnoista, muutokset terveydentilassa, parantunut, ennallaan/huonontunut. Tähän kirjataan myös potilaan kokemukset toteutuneesta hoidosta

Hoitaisuus: Rafaela-luokittelun luokka (numero) ja sanallinen kuvaus hoidon tarpeesta

Jatkohoito: Tehdyt varaukset ja jatkohoito-ohjeet. Jos siirtyy jatkohoitoon, siirron syy. Kenelle on ilmoitettu siirrosta. Potilaan mukana siirtyvät esineet ja tavarat.

Lääkitys: potilaan lähtöpäivänä toteutunut lääkitys kellonaikoinen allekirjoitus, ammattinimike ja hoitopaikan yhteystiedot