

Saimaan ammattikorkeakoulu
Aikuiskoulutus ja palvelutoiminta
Sosiaali- ja terveysala Imatra
Hoitotyön koulutusohjelma

Kaarina Purhonen

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN KUNTOUTTAVASSA HOITOTYÖSSÄ

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

Kaarina Purhonen

Rakenteinen kirjaaminen kuntouttavassa hoitotyössä, 32 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Imatra

Sosiaali- ja terveystalouden yksikkö, hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2011

Ohjaajat: lehtori Kristiina Helminen Saimaan ammattikorkeakoulu, osastonhoitaja Kirsi Kukkonen Honkaharjun sairaala osasto 2

Tämä opinnäytetyö käsittelee rakenteista kirjaamista kuntouttavassa hoitotyössä. Tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta ja rakenteisen kirjaamisalustan sopivuutta kuntouttavaan hoitotyöhön.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemoitettua ryhmähaastattelua. Tutkimukseen osallistui kahdeksan sairaanhoitajaa sairaalan kuntouttavalta osastolta. Ryhmähaastattelutilaisuuksia järjestettiin kaksi, jolloin kummassakin ryhmässä oli neljä sairaanhoitajaa. Aineiston analyysi suoritettiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulokset osoittivat, että rakenteinen kirjaaminen soveltuu hyvin kuntouttavaan hoitotyöhön, mutta siinä on vielä kehittämistä. Rakenteisen kirjaamisen eduiksi mainittiin selkeys ja tietojen etsimisen sekä päivittämisen helppous. Kuntouttavan hoitotyön kannalta merkittävänä asiana pidettiin potilaasta saatavaa kokonaisvaltaista kuvaa. Rakenteinen kirjaaminen toteutui tarkasti ja kuvailvasti ja hoidon tavoitteet olivat selkeästi näkyvillä. Komponenttien katsottiin soveltuvan hyvin kuntouttavaan hoitotyöhön ja toisaalta myös kuntouttavan työotteen kuvattiin näkyvän komponenttien käytössä.

Tutkimustulosten mukaan rakenteinen kirjaaminen oli hidasta osittain siksi, että oikeiden komponenttien ja pää- sekä alaluokkien hakemiseen kuluu aikaa, ja osittain myös tietokoneesta johtuvat ongelmat hidastavat kirjaamista. Kiireen vuoksi kirjatessa ei aina etsitä sopivia komponentteja, hoitosuunnitelman päivittäminen voi jäädä tekemättä ja ohjelmasta johtuen hoitosuunnitelman poistaminen tapahtuu viiveellä. Myös komponenteissa ja kirjaamiskäytännöissä olisi vielä kehitettävää.

Asiasanat: hoitotyön rakenteinen kirjaaminen, kuntouttava hoitotyö

ABSTRACT

Kaarina Purhonen

Structured Electronic Documentation in Rehabilitation Nursing

Saimaa University of Applied Sciences, Imatra

Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2011

Instructors: Senior Lecturer Kristiina Helminen, Head Nurse Kirsi Kukkonen of Honkajarju's Hospital Ward 2

The subject of this thesis is structured electronic documentation in rehabilitation nursing and the purpose was explore the experiences of nurses about structured documentation and its suitability to rehabilitation nursing.

The research method was qualitative and the material for the study was collected in theme-based group interviews. Eight nurses, in two groups, from rehabilitation ward, participated in the study. The material was analyzed using qualitative content analysis.

According to the results, structured electronic recording is suitable to rehabilitation nursing but there are still causes for further development. Positive aspects included clarity, ease and a comprehensive view patient progress. It was also found to be descriptive and the targets of the nursing care were clearly exposed. These components are suitable to rehabilitation nursing.

At the same time structured electronic documentation was described as being slow, because seeking the right component took time and there were problems with the computer programme. Since lack of time is always a problem, it seemed to take long to find the right component and update nurse planning. There remains room for development in the programme, the components, and the documentation system.

Keywords: Structured Electronic Recording, Rehabilitation Nursing

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN.....	6
2.1 Hoitotyön prosessi rakenteisen kirjaamisen tukena.....	9
2.2 Rakenteisen kirjaamisen edut.....	11
2.3 Rakenteisen kirjaamisen haasteet.....	12
2.4 Keskeinen hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö.....	15
3 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ.....	15
3.1 Kuntouttavan hoitotyön tavoitteet.....	16
4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSMENETELMÄT.....	18
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	18
5.1 Laadullinen tutkimus.....	18
5.2 Aineiston keruu.....	19
5.3 Aineiston analyysi.....	21
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	21
6.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot.....	22
6.2 Ohjelman ja tietotekniikan positiiviset vaikutukset rakentei- sessa kirjaamisessa kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta.....	22
6.3 Moniammatillisen kirjaamisen toteutuminen.....	23
6.4 Ohjelman ja tietotekniikan negatiiviset vaikutukset rakentei- sessa kirjaamisessa kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta.....	24
6.5 Hoitajan osaamisen merkitys rakenteisessa kirjaamisessa.....	25
7 TUTKIMUKSEEN LIITTYVÄT EETTISET NÄKÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	26
8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	27
LÄHTEET.....	30

LIITTEET

Liite 1 Haastattelun teema-alueet

Liite 2 Saate

Liite 3 Aineiston analyysi

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö tarkastelee rakenteista kirjaamista sairaanhoitajien näkökulmasta kuntouttavassa hoitotyössä. Työn tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta kuntouttavassa hoitotyössä sekä sitä, miten rakenteinen kirjaaminen palvelee kuntouttavaa hoitotyötä. Kyseisellä osastolla siirryttiin rakenteisen kirjaamisen toteuttamiseen keväällä 2008, joten aihe on ajankohtainen. Kiinnostus rakenteisen kirjaamisen tutkimiseen nimenomaan kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta heräsi, koska olen itse työskennellyt kuntouttavalla osastolla niin ennen uuden kirjaamismallin aloittamista kuin sen jälkeenkin. Rakenteisen kirjaamisen soveltuvuutta kuntouttavaan hoitotyöhön ei ole aiemmin tutkittu.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemoitettua ryhmähaastattelua. Haastattelujen aihepiirit muodostuivat tutkimustehtävien pohjalta. Haastatteluihin osallistui yhteensä kahdeksan sairaanhoitajaa jaettuna kahteen ryhmään. Kaikki tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat työskentelivät sairaalan kuntouttavalla osastolla, joten heillä oli kokemusta sekä kuntouttavasta hoitotyöstä että rakenteisesta kirjaamisesta. Aineiston analysoitiin käyttämällä laadullista aineiston analyysimenetelmää.

Aihe on tärkeä ja ajankohtainen myös valtakunnallisesti, koska Suomessa ollaan siirtymässä kansalliseen terveystietoon, eli sähköiseen potilastiedon arkistoon (eArkisto), mikä edellyttää teknisesti yhtenäistä kirjaamismenetelmää. Arkisto sisältää keskitetyn sähköisen potilastietojen arkiston sekä hoitotietojen saatavuuden terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön potilaan suostumuksella. Arkisto mahdollistaa tallennettujen tietojen uudelleen käyttämisen, jolloin voidaan välttää esimerkiksi päällekkäisiä tutkimuksia. Arkistosta saatava tieto on luotettavaa ja ajantasaista, ja tavoitteena on hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden edistäminen sekä terveydenhuollon palvelujen tehostaminen. (Kansallinen Terveystietokanta.)

2 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Sähköiseen potilastiedon arkistoon (eArkisto) siirtyminen tapahtuu vaiheittain; julkisen terveydenhuollon tulee ottaa eArkisto käyttöön 1.9.2014 mennessä ja yksityisen terveydenhuollon 1.9.2015 mennessä. Kansalliseen terveystietoon liittyvän sähköisen reseptin (eResepti) käyttöönotto on edennyt pilotointivaiheeseen, jossa ensimmäiset eReseptit on kirjoitettu Turussa toukokuussa 2010. Tärkein syy sähköiseen reseptiin siirtymiseen on turvallisen ja tehokkaan lääkehoidon edistäminen. (Kansallinen Terveystietokanta.)

Potilasasiakirjojen tarkoituksena on edistää potilaan neuvonnan ja hoitamisen suunnittelua, toteutusta ja seuranta. Kirjattujen tietojen pitäisi olla helposti saatavilla ja käytettävissä, ja niiden laadun tulisi olla asianmukainen. Myös täsmällisyys, selkeys ja yksiselitteisyys ovat hyvän kirjaamisen tunnusmerkkejä. Kirjaamisen tarkoituksena on edistää potilaslähtöistä hoitotyötä sekä sen suunnitelmallisuutta, tavoitteellisuutta ja juridista oikeellisuutta. Kirjaamiskäytännöt yhtenäistyvät sähköisen kirjaamisen myötä ja helpottavat yksiköstä toiseen siirtymistä, jolloin tuetaan myös hoidon jatkuvuutta. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 314.)

Käytännön toimintaa ohjaavaa näyttöön, eli tutkittuun tietoon, perustuvaa tietoa hoitotyön kirjaamisesta on tällä hetkellä käytössä hyvin vähän. Kuitenkin tulevaisuudessa suuntauksena on se, että niin koulutuksen, käytännön työn kuin johtamisenkin osalta pyritään toimintaa perustelemaan näyttöön pohjautuen. (Hallila 2005, 5.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat omista potilasasiakirjoistaan luotettavaa tietoa niistä vaihtoehdoista, jotka koskevat heidän terveyttään ja hoitoaan. Tavoitteena on karsia auttamiskeinot, jotka ovat tehottomia tai joilla ei ole tieteellistä varmuutta. Tarkoituksena on voimavarojen oikea kohdistaminen taloudellisesti tiedonkulun tuomat hyödyt huomioon. Suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta on tarkoitus päästä eroon. (Hallila 2005, 13)

Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa sitä, että kirjattavasta tiedosta on etukäteen sovittu vähintään otsaketaso. Kirjaaminen otsikoiden alle tapahtuu vapaamuotoisesti, vapaalla tekstillä tai olemassa olevia luokituksia hyödyntäen. (Ensio & Saranto 2004, 10, 46.) Suomessa kehitetty kansallinen kirjaamismalli sisältää hoitotyön prosessimallin ja suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (Finnish Care Classification FinCC), joka koostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL 2.0.1) sekä hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTuL 1.0). (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3.)

Tarve- ja toimintoluokitusta käytetään päivittäiseen hoitotyön kirjaamiseen avosektorilla, poliklinikoilla ja vuodeosastoilla. Luokituksia on mahdollista käyttää myös erikseen, mutta suurempi hyöty niistä saavutetaan rinnakkaisessa käytössä. Molemmat luokitukset koostuvat 19 samannimisestä komponentista, jotka sisältävät vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Taulukossa 1 on kuvattu komponentit sisältöineen. (Liljamo ym. 2008, 4.)

Taulukko 1. FinCC-luokituksen komponentit ja sisällön kuvaukset (mukaillen Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 13)

Komponentti	Komponentin sisällön yleiskuvaus
Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
Erittäminen	Ruoansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät tekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet ja tehtävät
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveystietämiseen liittyvät osatekijät
Terveyspalvelujen käyttö	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Kanssakäyminen	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
Aistitoiminta	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Jatkohoito	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
Elämänkaari	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

Taulukossa 1 on kuvattu FinCC-luokituksen komponentit sekä niiden sisältöjen kuvaukset. Komponentit kuvaavat fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarvealueita, jotka muodostavat pää- ja alaluokista koostuvan kokonaisuuden.

Myös kansainvälisesti potilaan hoidon kirjaamisesta potilasasiakirjoihin on käynnissä iso muutosprosessi, ja sähköisten potilasasiakirjojen kehittämistä pidetään yhteisenä ja ajankohtaisena haasteena. Tavoitteena on hoitotyön keskeisen tietosisällön sisällyttäminen tietojärjestelmäkokonaisuuteen. (Ensio & Saranto 2007.)

2.1 Hoitotyön prosessi rakenteisen kirjaamisen tukena

Hoitotyön kirjaamisen rakenteessa pitäisi näkyä hoitajan kyky ajatella analyytisesti. Tällöin hoitosuunnitelmissa on nähtävissä jatkuva hoidon arviointi ja hoidon suunnitelmallisuus eikä kirjaaminen perustu vain hoitajan tekemiin toimenpiteisiin. (Ihalainen 2000, 53.)

Hoitotyön päätöksenteon vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus sekä arviointi, ja kansallisesti määritellyt hoitotyön ydintiedot ovat hoidon tarve, toiminto, tulos ja hoitotyön yhteenveto. Tarpeen määrittämisessä käytetään apuna hoidon tarveluokitusta pää- ja alaluokkineen. Suunnitteluvaiheessa tarpeille asetetaan tavoitteet ja valitaan hoitotyön toiminnot. Tässä vaiheessa käytetään hoitotyön toimintoluokituksen pää- ja alaluokkia. Hoitotyön toimintoluokituksen avulla kirjataan toteutunut hoito ja lopuksi tuloksia arvioidaan ja valitaan hoidon tuloksen tila (parantunut, ennallaan tai huonontunut). Hoitotyön yhteenvedon kokoaminen tapahtuu ydintietojen avulla vapaamuotoisena tekstinä ja hoitoisuustiedolla täydentäen. (Liljamo ym. 2008, 6.)

Hoidon tarve tarkoittaa potilaan, hoitajan ja lääkärin arvioinnin tuloksena syntyvää potilaan ongelmien tunnistamista, joita voidaan lievittää tai poistaa hoitotoimien avulla. Potilaskertomukseen kirjataan potilaan hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet. Hoitotyön tarpeen arviointi toimii myös perustana arvioitaessa

hoidon vaikuttavuutta ja edistää koko hoitoprosessin arviointia. Hoidon vaikutusten arviointi on mahdollista, kun potilaan tulotilanne on kirjattu ja hänen vointinsa prosessin alussa on tiedossa. (Ensio & Saranto 2004, 37-42; VSSHP 2008, 34.)

Hoidon tavoitteet määritellään tarpeiden perusteella potilaslähtöisesti kattaen kaikki hoidon tarpeet siten, että tavoite kirjataan potilaan, eikä hoitajan, odotettuna käyttäytymisen muutoksena. Tavoitteiden pitää olla realistisia ja suhteessa resursseihin sekä käytettävään hoitoaikaan. Tavoitteella kuvataan selkeästi potilaan selviytymistä omatoimisesti tai autettuna, mutta tavoitteena voi myös olla potilaan tilan säilyminen ennallaan. (Ensio & Saranto 2004, 42-43; Iivanainen & Syväoja 2008, 652-653.)

Tavoitteiden saavuttamiseksi asetetaan tarkoituksenmukaiset hoitotoiminnot huomioiden hoitotyön periaatteet. Hoitotyön toimintojen kirjaaminen tapahtuu toteutusvaiheessa, kun suunnitellut hoitotoiminnot toteutetaan. Hoitotyön periaatteet, esimerkiksi kokonaisvaltaisuus, omatoimisuus ja yksilöllisyys, näkyvät hoitotyön toiminnoissa. Hoitotoimenpiteissä korostuvat myös tieto ja käden taidot kuten keuhkotieturin tai nenämahaletkun laittaminen ja lääkkeiden jako tai eristyspotilaan hoito. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653 - 654.)

Hoidon arviointivaiheessa määritellään, onko potilaan tila muuttunut ja mikä on hänen oma mielipiteensä saamastaan hoidosta. Potilaan hoidon tarvetta verrataan hänen nykyiseen tilaansa. Arvioinnista alkaa myös uusi tarpeenmääritys prosessin jatkuessa siihen saakka, että kaikki tavoitteet ovat täyttyneet. Rakenteisessa kirjaamisessa arviointi tapahtuu kolmiportaisen asteikon mukaan: parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Ensio & Saranto 2004, 43; Iivanainen & Syväoja 2008, 654; VSSHP 2008, 34.)

Ihalaisen (2000, 45) mukaan hoitotyön prosessin avulla on mahdollista luoda kokonaiskuva potilaan koko hoitajaksosta. Kokemattomalle kirjaajalle hoitosuunnitelman tekeminen saattaa kuitenkin muodostua liikaa aikaa vieväksi toiminnaksi, jolloin hoitosuunnitelman laatiminen voi siirtyä myöhemmäksi. Kirjaamisen tarkoituksena on aina palvella potilaan hyvää hoitoa, jolloin joskus voi

olla tarpeen kirjata vain hoitotilanteen oleelliset kohdat.

2.2 Rakenteisen kirjaamisen edut

Laineen (2008, 22-26, 36) ja Hartikaisen (2008, 47) mukaan hoitajat kokivat kirjaamisen selkeänä, kun ei tarvinnut tulkita toisten käsialoja. Rakenteinen kirjaaminen kuvattiin myös tarkemmaksi ja perusteellisemmaksi ja kirjatut asiat olivat selkeämmin löydettävissä. Hoitotyön prosessimallin katsottiin myös selkeyttäneen kirjaamista ja hoitotyön eri osa-alueet tulivat paremmin huomioituiksi rakenteisessa kirjaamisessa. Kirjaaminen on helpompaa ja olennaisten asioiden löytäminen on helpompaa, kun alaotsikot auttavat tekstin jäsentämisessä. (Ruuskanen 2007, 42).

Rakenteisen kirjaamisen myötä hoitotyön kirjaaminen on tiivistynyt ja tehostunut, koska kirjaamisessa pyritään huomioimaan vain hoitotyön kannalta olennaisimmat asiat ja vältetään turhaa kirjaamista. Myös hoitotyön suunnittelu on parantunut; suunnitelma tehdään potilaalle, koska halutaan ennakoita seuraavan vuoron työskentelyä. Tähän on osaltaan vaikuttanut myös hiljaiseen raportointiin siirtyminen; kirjaaminen on tehostunut, koska mitään ei raportoida suullisesti. (Ruuskanen 2007, 40–44.)

Hoitajat ovat kokeneet oman ajattelutyönsä lisääntyneen rakenteisen kirjaamisen myötä. Kirjaamistilanteissa omia ratkaisuja pohditaan sellaisten potilaiden kohdalla, joilla on ilmennyt uusia asioita. Itsenäisten ratkaisujen tekeminen korostuu etenkin silloin, kun työskennellään kirjaamiseen perehtymättömän sijaisen kanssa. (Laine 2008, 23.)

Rakenteisen kirjaamisen on todettu myös lyhentäneen raportointiin käytettävää aikaa ja vastaavasti lisänneen potilaiden hoitamiseen käytettävää aikaa. Kirjaamisen tehostamisen sekä kirjatun tiedon paremman hyödyntämisen myötä on mahdollista vähentää suulliseen raportointiin käytettävää aikaa. (Turtiainen 2005, 126-130; VSSHP 2008, 57.)

Tarkentavien alaluokkien käyttö tekee hoitotyön kirjaamisesta tehokkaampaa ja tuottavampaa. Kun tietoa kerätään yhdenmukaisesti, se auttaa vertailutiedon ylläpitämisessä ja kehittämisessä. Yhdenmukaista tietoa kaikkien käytettäväksi ei ole mahdollista saada pelkkien narratiivisten, kertomuksellisten kirjausten mukaan. (Väänänen 2008, 61.)

Luokitusten käyttäminen hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa auttaa vertailemaan annettua hoitoa ja kehittämään hoitoa saatujen tulosten mukaisesti. Rakenteisuuden ansiosta on mahdollista jäsentää tieto kunkin organisaation tarpeiden mukaan ja se antaa välineitä hallita työelämän suurta tietotulvaa. (Remes 2006, 69.)

Kun hoitotyö kirjataan luokitusten avulla rakenteisesti, talletetusta tiedosta on mahdollista saada tilastoja. Nyt saatavista tilastoista saadaan tietoa esimerkiksi siitä, ilmeneekö osaston luonne hoitotyön kirjauksista, mitä toimintoja kirjataan eniten ja olisiko joidenkin toimintojen kirjaamista syytä lisätä. Tulevaisuudessa tavoitteena on, että yksiköt voivat itse ottaa järjestelmästä tarvitsemansa tilastot omiin käyttötarkoituksiinsa. (VSSHP 2008, 28.)

2.3 Rakenteisen kirjaamisen haasteet

Niin komponentteja kuin pää- ja alaluokkiakin on syytä vielä kehittää, sillä niiden käytössä käytännön hoitotyössä on ilmennyt ongelmia. Hoitotyön kirjaamisessa on havaittu vaikeuksia löytää sopivaa komponenttia tai pää- ja alaluokkaa, eivätkä kaikki käytössä olevat termit ja käsitteet ole tuttuja suomalaisessa hoitokäytännössä. Asioita saatetaan kirjata useamman otsikon alle, ja toisinaan otsikoissa vaihtoehtoja on liikaa tai liian vähän. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 24.)

Myös Laineen (2008, 28) mukaan komponenttien käyttö rakenteisessa kirjaamisessa tuottaa ongelmia. Potilaaseen liittyvät asiat joudutaan jakamaan moneen eri kohtaan, ja monet perushoidolliset toimenpiteet, kuten peseytyminen ja puukeutuminen, toistuvat samoina koko ajan, jolloin tekstiä kertyy päivittäin runsaasti samoista asioista. Komponentteja ei aina ehditä päivittämään, minkä

vuoksi tiedot eivät ole ajan tasalla. Ongelmia aiheutuu myös komponenttien päällekkäisyydestä, paljoudesta ja oikeiden komponenttien etsimisen hitaudesta.

Rakenteisen kirjaamismallin soveltuvuus ja käytettävyys eri terveydenhuollon yksiköissä on erilainen: tarpeet kirjaamisessa ovat erilaiset esimerkiksi perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa ja ne vaihtelevat osastokohtaisestikin osaston luonteen ja potilasrakenteen mukaan. Luokitusta käytetään eri tavoin eri ympäristöissä kirjaamalla vain tiettyjä rakenteisen kirjaamisalustan vaiheita ja vain joitakin tasoja sekä korvaamalla puuttuvia luokkia vapaalla tekstillä, koska kirjaamismalli ei sellaisenaan palvele kaikkia toimintaympäristöjä. Hoitotyön kirjaamisen kehittämishaasteeksi muodostuu se, olisiko hoitotyön kirjaamista mahdollista kehittää niin, että se tapahtuisi vain yhden mallin mukaisesti kaikissa yksiköissä. (Nykänen ym. 2010, 24–25; Remes 2006, 70.)

Laineen (2008, 25) ja Volotisen (2008, 52) tutkimuksista käy ilmi, että hoitajien mukaan rakenteista kirjaamista pidettiin hitaampana. Etenkin uuden potilaan tietojen sekä lääkärin määräysten ja annettujen lääkkeiden kirjaaminen järjestelmään vaati enemmän aikaa. Ja koska aikaa ei ollut riittävästi, se aiheutti myös puutteita kirjaamisessa. Hartikaisen (2008, 48) mukaan sähköinen potilastietojärjestelmä on lisännyt suulliseen raportointiin käytettyä aikaa ja huonontanut raportointia.

Hoidon arviointia tulisi suorittaa jokaisessa hoitotyön prosessin vaiheessa ja sen tulisi näkyä kirjaamisessa moniulotteisena ja jatkuvana toimintana. Arvioinnissa on todettu olevan puutteita hoitotyön kirjaamisessa: päivittäistä arviointia on kirjattu toimintojen yhteyteen ja varsinaista hoidon tulosten arviointia asteikolla parantunut/huonontunut/ennallaan on tehty hyvin vähän. (Väänänen 2008, 58.)

Niin hoitohenkilökunnan tietotekninen osaaminen kuin kirjaamiseen liittyvä osaaminenkin on vielä puutteellista. Tulevaisuudessa hoitohenkilökunnalta vaaditaan osaamista monilla osa-alueilla: hoitamisessa, hoitotyön tiedon ja muutoksen hallinnassa sekä oman työnsä kehittämisessä. Myös tietotekniikan tuomat muutokset edellyttävät hoitohenkilökunnalta uudentyyppistä osaamista ja tie-

donhallintaa. Kirjaaminen on oleellinen osa hoitoa, ja siinä korostuu potilaan kokonaishoidon vaiheittainen kirjaaminen. Terveystieteiden tutkimusten, lyhentyvät hoitoajat sekä niin potilaiden kuin heidän omaistensa aktiivisuuden lisääntyminen kasvattavat kirjaamisen merkitystä hoitotyössä. (Ikonen 2007, 65-66.)

Sairaanhoitajilla on puutteita myös hoitotyön prosessin hallinnassa; potilaan tarpeiden tunnistamisessa ja tavoitteiden asettamisessa on hankaluuksia eivätkä toimintojen suunnittelu sekä toteutus vastaa potilaan tarpeisiin. Usein arviointi ja päätöksenteko jäävät kirjaamatta ja kirjataan pelkkiä yksittäisiä, irrallisia toteutuksia. Hoitosuunnitelman laatiminen mielletään tehtäväksi vain järjestelmää varten, vaikka se tulee tehdä potilaan vuoksi ja oman työn jäsentämiseksi sekä helpottamiseksi. (Mäkilä 2007, 35 - 36.)

Väänänen (2008, 60) mukaan hoitotyön kirjauksissa keskitytään lähinnä hoitotyön toimintojen ja toimenpiteiden kirjaamiseen, kun taas tarpeiden määrittäminen ja hoidon arviointi jäävät vähemmälle huomiolle. Yleensä kirjaukset ovat lyhyitä ja kirjaaminen tehdään muiden päivittäisten toimintojen oheen. Tiedonsaanti on hankalaa, kun tekstitietojen lukemiseen täytyy kuluttaa aikaa, jotta ydintiedot avautuvat lukijalle.

Myös muiden ammattiryhmien tulisi perehtyä ja sitoutua rakenteiseen kirjaamiseen ja heidän tulisi myös saada koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta. Lääkärit eivät osaa lukea potilaiden hoitotietoja, ja heidän asenteensa rakenteiseen kirjaamiseen on kriittinen. Fysioterapeuttien osaaminen rakenteisessa kirjaamisessa on paremmalla tasolla ja onkin hyvä, että heidän kirjaamisensa näkyvät suoraan hoitohenkilöstölle. (Laine 2008, 30.)

Toisaalta kirjaamismalli ja luokitukset eivät tue moniammatillisuutta, koska ne on sekä suunniteltu että toteutettu hoitajan näkökulmasta. Lääkärin tiedon tarve potilaan tilanteesta on erilainen kuin hoitajan, ja nykyisen kirjaamismallin mukaan tietojen hyödynnettävyys lääkärille on heikko. Lääkäri tarvitsisi potilaan tilasta yhteenvetoa ja kokonaiskuvaa oleellisten seikkojen ja niissä tapahtuneiden muutosten kera. (Laine 2008, 30; Nykänen ym. 2010, 58.)

2.4 Keskeinen hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Henkilötietolaissa (523/1999) säädetään henkilötietojen käsittelyn yleiset periaatteet sekä henkilötietojen käsittelyyn vaikuttavat yksityisyyden suojaa turvaavat perusoikeudet. Lain tarkoituksena on hyvän tietojenkäsittelytavan edistäminen ja noudattaminen. Henkilötietojen käsittelyn tulee tapahtua huolellisesti noudattaen hyvää tietojenkäsittelytapaa niin, ettei henkilön yksityiselämän suoja rajoiteta.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säättää potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapidosta. Tietoja ei saa luovuttaa sivullisille ilman potilaan kirjallista suostumusta. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on merkittävä potilasasiakirjoihin ne tarpeelliset tiedot, jotka liittyvät potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) sisältää säädökset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvalisesta sähköisestä käsittelystä. Lain tarkoituksena on toteuttaa yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Lain mukaan asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä on turvattava tietojen saatavuus ja käytettävyys niin, että tiedot säilyvät eheinä ja muuttumattomina koko säilytyksen ajan.

Arkistolaista (831/1994) löytyvät säädökset potilasasiakirjojen säilyttämisestä ja Laki sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) sisältää säädökset sähköisten lääkemääräysten käsittelystä sekä potilaan tiedonsaantioikeuksista.

3 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Perinteinen kuntoutuksen määritelmä käsittää toimenpiteet, joiden tavoitteena on sairaudesta tai vammasta johtuvan toimintakyvyn alenemisen ennaltaehkäiseminen, lievittäminen tai kompensointi. Kuntoutuksen tulisi vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin ja sosiaaliseen selviytymiseen ja tätä kautta koko

elämänlaatuun. (Lönnroos 2008, 278-279.)

Turusen (2008, 40) mukaan kuntouttavassa hoitotyössä korostuu hoitotyön prosessi käsittäen hoidon suunnittelun ja hoidon tarpeen arvioinnin, hoidon toteutuksen sekä hoidon arvioinnin. Keskeisiä asioita lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä ovat kuntoutus- ja toimintakykytiedot. Tärkeää on tietää potilaan toimintakyky tällä hetkellä sekä ennen leikkausta, jolloin kuntoutusta voidaan suhteuttaa siihen. Kirjaamisessa on tärkeää kiinnittää huomioita siihen, mitä ja miten kirjataan, jotta saadaan tarvittava tieto potilaan liikkumisesta ja toimintakyvystä.

3.1 Kuntouttavan hoitotyön tavoitteet

Kuntouttava työote on haaste ikääntyvien parissa työskenteleville. Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan potilaan ja hoitajan yhdessä toimimista potilaan käytössä omia voimavarojaan siten, että hoitaja avustaa häntä vain tarvittaessa. Kuntouttavassa työotteessa tavoitteena on potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen tavoitteellisen yhteisen toiminnan kautta. Tavoitteet asetetaan potilaan ja hänen omaisensa sekä moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. (Lotvonen 2002, 23-25.)

Hoitotyön kuntouttavilla menetelmillä pyritään palauttamaan esimerkiksi vaman tai sairauden heikentämä toimintakyky ja tukemaan potilaan selviytymistä muuttuneessa tilanteessa. Tavoitteena on myös edistää potilaan osallistumista päivittäisiin toimintoihin sekä sosiaaliseen elämään. Kuntouttaviin menetelmiin kuuluvat myös kotiutuksen ja jatkohoidon järjestäminen ja niihin liittyvän tiedon antaminen potilaalle tai hänen omaisilleen. (Hägg 2004.)

Kuntouttavan hoitotyön edistäviä tekijöitä ovat potilaan kannustaminen omatoimisuuteen, riittävä tiedon ja ohjauksen antaminen sekä puolesta tekemisen välttäminen. Myös potilaiden omia mielipiteitä tulisi kuunnella ja tukea omaistenkin jaksamista. Hoitotyön tavoitteet tulisi laatia yhdessä potilaan kanssa kuuntelemalla potilaan omia mielipiteitä, ja potilaan toimintakykyä tulisi myös arvioida ja kirjata saavutetut tulokset. Kuntouttava hoitotyö näkyy hoitohenkilökunnan

oman työn arvostuksena sekä työhön sitoutumisena. (Kukkonen 2007, 36-37.)

Kuntoutumisen keskeisiä edellytyksiä ovat yhteiset tavoitteet ja toimintaperiaatteet, riittävä tiedonsaanti, omatoimisuuteen kannustaminen sekä jatkohoidon järjestäminen ja siitä saatu ohjaus. Omahoitajamalli vaikuttaa myönteisesti kuntoutujan alkutilanteeseen paneutumiseen sekä vastuun ottamiseen kuntoutujan tilanteesta. Moniammatillisen osaamisen hyödyntäminen syventää kuntoutujan, hänen omaistensa ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. (Mäntynen 2007, 118–120.)

Kuntouttaminen käsittää useita hoitotyön toimintoja, joiden avulla tuetaan potilasta esimerkiksi toipumaan leikkauksesta ja ehkäisemään toimintakyvyn heikkeneminen. Kuntouttamisen keskeiset piirteet ovat hyvin samankaltaiset koko leikkauksen jälkeisessä palvelukokonaisuudessa, vaikkakin erikoissairaanhoidossa korostuu leikkauksesta toipuminen. Kuntouttavaan työhön liittyvät muun muassa haavahoito, ravitsemus, sekä lääkkeellinen että lääkkeetön kivunhoito, mahdollisten infektioiden hoito, psyykinen kuntoutuminen sekä fysioterapia. (Turunen 2008, 53.)

Haapaniemi, Routasalo ja Arve (2006) ovat tutkimuksessaan tunnistaneet kuntoutumista edistävässä hoitotyössä viisi erilaista hoitajan toimintatapaa: koordinoija, tiedon antaja, kanssakulkija, kannustaja ja auttaja. Koordinoijana hoitaja selvittää potilaan taustatiedot, voimavarat ja toimintakyvyn, suunnittelee kuntoutumisen tavoitteet moniammatillisesti ja nimeää hoitotyön menetelmät. Hän myös toteuttaa jatkuvaa arviointia ja varmistaa kotiutumisen onnistumisen. Tiedonantajana hoitaja antaa tietoa niin potilaalle, omaisille kuin ammattihenkilöillekin. Hän selvittää mitä kuntoutus on ja miten hoitotyön keinoilla kuntoutumista edistetään. Kanssakulkijana hoitaja huomioi potilaan katsekontaktilla, kosketuksella, tervehdyksellä tai kuulumisten ja voinnin tiedustelemisellä. Hän pyrkii luomaan myönteisen ilmapiirin ja ottaa myös omaiset huomioon. Kannustajana hoitaja rohkaisee potilasta sanattomalla ja sanallisella viestinnällä ja huomioi potilaan edistymisen kuntoutumisessa. Hoitaja vahvistaa potilaan toivoa ja kannustaa kotiutumishetkellä. Auttajana hoitajan tavoitteena on toimia yhtenäisesti, joten muiden hoitajien kanssa sovitaan työskentelytavoista. Huolellinen pe-

rushoito lähtee potilaan tarpeista, jolloin perushoidon toteuttamisen yhteydessä potilas harjoittelee päivittäisiä toimintoja ja hoitaja saa tietoa potilaan toimintakyvystä. Huolellinen lääkehoito toteutuu, kun hoitaja tuntee potilaan käyttämät lääkkeet ja seuraa tarvittavien lääkkeiden tarvetta.

4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta ja sen toteuttamisesta kuntouttavassa hoitotyössä.

Tutkimustehtävät työssäni ovat seuraavat:

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on rakenteisesta kirjaamisesta?
2. Miten rakenteinen kirjaaminen palvelee kuntouttavaa hoitotyötä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyössäni käytettiin laadullista tutkimusotetta, jolloin pyrkimyksenä on saada kokemuksiin perustuvaa tietoa tutkittavien itsensä kuvaamina. Näiden kuvattujen kokemusten avulla on mahdollista tehdä tulkintoja ja luoda malleja, toimintaperiaatteita ja ohjeita tutkittavaan asiaan liittyen. (Vilka 2005, 98; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50).

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on kuvata todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, kokemusten kautta. Tavoitteena on tosiasioiden löytäminen ja paljastaminen eikä niinkään jo olemassa olevien totuuksien tai väittämien osoittaminen toteen. Kiinnostuksen kohteena on tiedon laatu ja sen kuvaaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-161.)

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että myös tutkittavien ymmärrys asias-

ta lisääntyy ja vaikuttaa myönteisesti ajattelu- ja toimintatapoihin, joita tutkittavilla on tutkittavasta asiasta. Tutkittavat eivät ole vain väline, jolla tutkija kerää aineistoa, vaan heillä on mahdollisuus kehittää omaa keskustelukulttuuriaan sekä käsitteitä yhteisiin työelämän käytäntöihin. (Vilkkä 2005, 103.)

5.2 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään aineistonkeruussa sellaisia menetelmiä, jotka vievät tutkijan tutkittavan kohteen lähelle. Aineistonkeruun välineenä on usein itse tutkija ja aineiston kokoaminen tapahtuu todellisissa, luonnollisissa tilanteissa. Tiedonkeräämisen välineenä käytetään mielellään ihmistä, jolloin tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa. (Kiviniemi 2001, 68; Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemoitettua ryhmähaastattelua. Tähän menetelmään päädyttiin, koska haastattelussa on helpompi motivoida tutkimukseen osallistuvia henkilöitä kuin lomaketutkimuksessa ja näin kysymyksiin saa paremmin vastauksia. Haastatteleamalla saa myös kuvaavia esimerkkejä tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34 - 36.)

Teemahaastattelussa aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymyksillä ei välttämättä ole tarkkaa muotoa ja järjestystä. Tutkimushaastattelussa käsiteltävät keskeiset aihealueet tai teemat poimitaan tutkimustehtävistä, jolloin tutkimustehtäviin saadaan myös vastaukset haastattelun pohjalta.

(Hirsjärvi ym. 2009, 208; Vilkkä 2008, 101-102.)

Ryhmähaastattelu on tehokas tapa kerätä tietoa, koska sillä saadaan yhtä aikaa usealta henkilöltä tietoja. Ryhmästä voi myös olla hyötyä, jos käsitellään muistinvaraisia asioita tai tulee väärinymmärryksiä. Toisaalta ryhmällä voi myös olla negatiivisia vaikutuksia: se voi estää negatiivisten asioiden ilmaisun ja ryhmässä voi olla dominoivia henkilöitä, jotka voivat määrätä keskustelun suunnan. (Hirsjärvi ym. 2009, 210-211).

Ryhmähaastattelun ominaispiirteitä ovat muun muassa huolellisesti hankitut osanottajat, mukavassa ympäristössä tapahtuva vuorovaikutus ja systemaattinen analysointi sekä raportointi. Tiedonantajat valitaan niin, että heillä on tutkitavasta aiheesta erityistä kokemusta tai tietoa. Sopiva haastateltavien määrä ryhmää kohden on 6-8 henkilöä; on suotavaa, että henkilöitä on riittävästi, mutta ei niin paljon, että kaikki eivät saa mahdollisuutta puhua. (Krueger & Casey 2001, 4.)

Kuntouttavan osaston osastonhoitaja valitsi ryhmähaastatteluihin sairaanhoitajat heidän rakenteiseen kirjaamiseen sekä kuntouttavaan hoitotyöhön liittyvän kokemuksensa ja asiantuntijuutensa perusteella. Molemmissa ryhmissä oli alunperin tarkoitus olla kuusi hoitajaa, mutta sairastumisten vuoksi molemmissa ryhmissä hoitajia oli lopulta neljä. Mikäli saturaatiopistettä ei kahdella ryhmähaastattelulla olisi saavutettu, olisi ollut mahdollista järjestää vielä kolmas haastattelu, mutta tämä ei ollut tarpeen.

Tutkimusaineistossa saavutetaan kylläntymispiste eli saturaatio silloin, kun lisäaineisto ei enää tuo uutta tietoa tutkimusongelmasta ja tutkimusaineisto alkaa toistaa itseään. Aina kylläntymispiste ei ole tutkimuksessa toimiva kriteeri ja se on riippuvainen tutkimuksen tavoitteista. (Vilkka 2005,127-128.)

Ryhmähaastattelut toteutettiin kahtena iltapäivänä Honkaharjun sairaalan yhdessä fysioterapiahuoneessa, joka soveltui tilana hyvin haastattelujen toteuttamiseen, koska se oli rauhallinen ja haastateltaville tuttu tila ja haastateltavat näkivät toisensa koko haastattelun ajan. Haastateltavat osallistuivat haastatteluihin työaikana, joten iltapäivä oli osaston toiminnan kannalta paras ajankohta haastattelujen toteuttamiseen. Haastattelujen aluksi kerroin lyhyesti tutkimuksestäni taustoista ja siitä, mitä on tarkoituksena tutkia. Haastattelujen runkona käytin laatimiani haastattelun teema-alueita (Liite 1). Haastattelut, jotka olivat kestoltaan 16–20 minuuttia, nauhoitettiin MP3-soittimella myöhempää litterointia eli puhtaaksi kirjoittamista varten.

5.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tavoitteena on odottamattomien asioiden ja seikkojen paljastaminen, ja tutkimuksen lähtökohtana on aineiston monimuotoinen ja tarkka, yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkijan tarkoituksena ei ole määrittellä sitä, mikä on tärkeää, vaan tärkeät asiat nousevat aineistosta, siksi laadullisen tutkimuksen analyysitapa on aineistolähtöinen sisällön analyysi. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Ensin aineisto litteroidaan, eli kirjoitetaan puhtaaksi sanatarkasti, käyttäen tietokoneohjelmaa. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään teemoittain tavoitteena löytää ne perusulottuvuudet ja kategoriat, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. Näiden varaan rakennetaan tutkimustulosten analysointi. (Kiviniemi 2001, 78 – 79.) Tutkimusaineiston keruun jälkeen haastattelut kuunneltiin ensin kokonaan, ja sitten ne kirjoitettiin auki sanasta sanaan tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmaa käyttäen, jonka jälkeen litteroitu aineisto tulostettiin. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä kahdeksan sivun verran käyttäen fonttikokoa 12 ja riviväliä 1. Aineiston analyysin olen kuvannut liitteessä 3.

Induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällön analyysin ensimmäisessä vaiheessa määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi yksi sana tai kokonainen lause. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan monta kertaa läpi tarkoituksena pohjan luominen analyysille. Tämän jälkeen aineisto pelkistetään koodaamalla tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Seuraavaksi aineiston ryhmitelyssä pelkistetyistä ilmaisuista yhdistetään yhteen kuuluvat asiat ja abstrahoinnissa muodostetaan tutkimuskohteesta kuvaus yleiskäsitteiden avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-117.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksia kuvatessani olen käyttänyt haastatteluissa esiin tulleita esimerkkejä kuvaamaan ja selventämään käsiteltäviä aiheita.

6.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot

Tähän tutkimukseen osallistui yhteensä kahdeksan kuntouttavalla osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa ja kaikki haastatellut olivat naisia. Haastateltujen työkokemus kyseisellä osastolla vaihteli puolesta vuodesta viiteentoista vuoteen, ja hoitoalan työkokemusta haastatteluihin osallistuneilla oli kahdesta kolmeen kymmeneenviiteen vuotta. Kyseisellä osastolla rakenteisen kirjaamisen toteuttaminen alkoi keväällä 2008, joten kokemusta tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla uudesta kirjaamismallista oli ½-2 vuotta.

6.2 Ohjelman ja tietotekniikan positiiviset vaikutukset rakenteisessa kirjaamisessa kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan rakenteisessa kirjaamisessa on helppo päivittää hoitokertomusta, ja hoitosuunnitelmien päivittäminen tapahtuu nopeasti ja ajanmukaisesti. Tämä on kuntouttavassa hoitotyössä tärkeää, koska esimerkiksi liikkumisrajoitukset ja varausluvut voivat muuttua kesken hoitajakson ja tämä tieto on hyvä saada kirjattua heti hoitosuunnitelmaan, jotta potilaan kuntouttaminen tapahtuu oikealla tavalla. (Turunen 2008, 53).

Rakenteisen hoitokertomuksen hyvinä puolina pidettiin myös sitä, että hiljaisella raportilla tietojen etsiminen on helppoa ja hoitokertomuksen lukeminen on helpompaa. Hoitosuunnitelmat ovat myös koko ajan näkyvillä eikä niitä tarvitse etsiä erikseen muualta.

Potilaasta saatavaa kokonaisvaltaista kuvaa pidettiin tärkeänä ja kuntouttavan hoitotyön kannalta merkittävänä asiana rakenteisessa kirjaamisessa. Potilaasta sai myös nopean kuvan; esimerkiksi miten hän liikkuu ja tarvitseeko liikkumiseen apuvälineitä. Myös hoitotyön kirjaaminen oli joidenkin haastateltujen mielestä nopeaa.

...ainakin nopeest kuvan potilaasta, miten se liikkuu ja siitä miten...saa nopeen niinku semmoisen yleiskatsauksen ja et missä se on asunu ja kokonaiskuvan...

Rakenteista kirjaamista pidettiin ymmärrettävänä, kun ei tarvitse tulkita muiden

käsialoja. Toisaalta mainittiin myös se, että kaikilla on samat lähtökohdat kirjaamiseen komponenttien sekä pää- ja alaluokkien ansiosta eikä kirjaaminen tapahdu enää vain oman mielen mukaisesti vapaalla tekstillä.

...kaikilla on sama se lähtökohta siinä, et jos se ois vapaata kirjaamista, niin se ois oman mielen mukaan...

Komponentteja pidettiin hyvin soveltuvina kuntouttavaan hoitotyöhön ja kuntouttavan työotteen mainittiin näkyvän komponenttien käytössä. Myös alaluokista kerrottiin olevan helppo poimia kuntouttavan työn kannalta sopivat vaihtoehdot.

...melkein kaikilla ainaki aktiveetti-komponentti ja jos on muun syyn takii tullu nii sit on päivittäisis toiminnois huomioitu tää selviytyminen ja liikkuminen...

Rakenteista kirjaamista kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta pidettiin tarkkana ja kuvailevana. Hyvin tarkasti on kirjattu, miten potilas on liikkunut ja millaisia matkoja. Myös hoidon tavoitteet kirjaamisessa näkyivät selkeästi.

...kerrottu aika tarkkaan, et minkälaisia matkoja on kävely ja millä tavalla on kävely, tarviiko apua, kaikki vessareissut kerrotaa aika tarkkaan et miten on pärjänny...

...on se suunnitelma, nii sinne on laitettu vähän, et mihin pitäs pyrkii, niinku se tavoite...et esimerkiks jos on ollu kotona vaikka rollaattorilla liikkuva ja nyt on sit ollu vähän aikaa jo vuoteessa, et se on sit kuitenkin niinku tavoite sinne, et jokainen tietää, että sinne suuntaan ollaan menossa...et silleen se minust hyvin palvelee kyllä...

6.3 Moniammatillisen kirjaamisen toteutuminen

Tutkimustulosten mukaan moniammatillisuus rakenteisessa kirjaamisessa toteutuu joidenkin ammattiryhmien kohdalla. Erittäin hyväksi asiaksi koettiin se, että myös kuntohoitajat käyttävät rakenteista kirjaamisalustaa. Myös fysioterapeuttien toivottiin käyttävän samaa kirjaamistapaa, jotta kaikki tiedot löytyisivät samasta paikasta. Lääkäreiden mainittiin käyttävän hyvin vähän rakenteista kirjaamisalustaa.

... fyssarit vois kans kirjottaa tohon, nii kaikki teidot löytys yksiltä sivuilta ettei niitä tarttis olla ettimässä...

6.4 Ohjelman ja tietotekniikan negatiiviset vaikutukset rakenteisessa kirjaamisessa kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta

Osa haastatelluista piti rakenteista kirjaamista hitaana ja koki kirjaamiseen kulu-
van ajan olevan poissa potilaiden hoitamisesta ja kuntouttamisesta. Kirjaamisen
hitaus johtui osaltaan siitä, että oikean komponentin tai sopivan pää- tai alaluo-
kan hakemiseen kului aikaa. Joskus kirjaamisen hitaus johtui atk-ongelmista ja
ohjelman jumiutumuksesta etenkin iltavuorossa, jolloin joutui odottamaan, että
ohjelma meni kaikki vaiheet eteenpäin, ennen kuin pääsi kirjaamaan.

*...sit just se et ku sitä kirjaamista koko ajan niinku pitää kehittää eteenpäin niin
miten voi olla et siihen kirjaamiseen menee vaa enemmän ja enemmän aikaa...*

Myös kiireen vuoksi kirjaamisessa kerrottiin tapahtuvan "oikomista", hoitajat kir-
jasivat helposti kaikki asiat saman komponentin alle yhteen pötköön, eivätkä
alkaneet hakea oikeita suunnitelmia, minkä alle olisivat kirjanneet. Esimerkiksi
"päivittäiset toiminnot" -komponentin alle oli helppo kirjoittaa lähes kaikki poti-
laan hoitotyöhön liittyvä asiat.

*...ku on kiire niin sit sitä kirjottaa vaan yhteen pötköön et ei enää lähe niihin
suunnitelmiin hakee...*

Tietojen päivittämisessä oli myös ongelmia; hoitajilta jäi muuttamatta esimerkiksi
potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset hoitosuunnitelmaan. Myös ohjelmasta
suunnitelman poistaminen ei tapahtunut heti, vaan vasta vuorokauden vaihtu-
essa.

...ku seuraava vuoro lukee niitä nii ne on vanhoja ku ne ei oo poistunu sieltä...

Haastatteluissa kävi ilmi, että komponenttien käytössä on myös ongelmia. Vaik-
ka komponentteja on uudistettu, osa on vieläkin huonoja ja aikaisempia hyviä
komponentteja on päivitysten myötä poistunut. Joskus oikeaa komponenttia,
jonka alle voisi kirjata, ei löydy. Kanssakäyminen omaisten kanssa koettiin han-
kalaksi kirjata, kun siihen ei ole sopivaa komponenttia, mistä aiheutuu hyvin
vaihtelevien komponenttien käyttäminen.

...komponentit on vieläkin, vaikka niitä on uudistettu, niin ne on huonoja, niit hyviä, aikaisempia komponentteja on hävinny, kuten fyysinen tasapaino...

6.5 Hoitajan osaamisen merkitys rakenteisessa kirjaamisessa

Kirjaamiskäytäntöjen kuvattiin olevan vaihtelevia ja kirjaamisessa mainittiin tapahtuvan paljon itsensä toistamista. Helposti samasta potilaasta kirjataan joka päivä lähes samat asiat. Hoidon arvioinnissa havaittiin runsaasti puutteita, esimerkiksi potilaan aktiviteetin arviointia ei juuri tapahdu tai arviointi kirjataan toteutukseen eikä arviointiin. Lääkehoidossa arviointia tehtiin enemmän, ja lääkkeen vaikutusta arvioitiin, esimerkiksi yöllä unilääkkeen vaikutuksen arviointi myös kirjattiin oikeaan kohtaan.

...miten on toteutunu ja sitä et miten se meni, et se on ihan kokonaan kyl jääny, ei sitä oo. Lääkehoidossa kyl pyrkii arvioimaa just yöaikaanki, et jos on pyytäny unilääkettä nii onks se auttanu vai ei oo...

Komponenttien käytössä ilmeni epävarmuutta, eikä aina ollut selvää minkä komponentin alle mitäkin kuuluisi kirjata. Etenkin aktiviteetti ja päivittäiset toiminnot -komponenttien käytössä oli epäselvyyttä.

...missä vaiheessa siirrytään siitä aktiviteetista päivittäiseen toimiintoon, et missä menee se raja, et kuntoutetaan aktiivisesti vai onko se sen päivittäisitoimintaan liikkumisessa apua tai mitä siin on sitte se komponentti...

Osa haastatelluista kuvasi omaa osaamistaan rakenteisesta kirjaamisesta yllättävän hyväksi, vaikka ei ollut saanut mitään koulutusta siihen. Käytännön työn katsottiin opettaneen, mutta mainittiin edelleen olevan ongelmakohtia, joista kenelläkään ei ollut kokemusta tai tietoa. Rakenteisen kirjaamisen katsottiin olevan lähestulkoon hallinnassa, mutta asioita joutui edelleen tarkistelemaan.

...käytäntö on opettanu mut sit edelleen on semmosii tiettyjä juttuja mistä ei kenelläkään oo kokemusta ja sit niitten pähkäily on edelleen niinku ongelma...

7 TUTKIMUKSEEN LIITTYVÄT EETTISET NÄKÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen toteuttamiseen myönsi luvan Imatran kaupungin johtava hoitaja. Tutkimukseen osallistujat saivat etukäteen saatekirjeen (Liite 2), jossa selvitettiin tutkimuksen tarkoitus sekä aineistonkeruutapa. Haastattelujen nauhoitukset hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Kun kyseessä on tutkimus, joka kohdistuu ihmisiin, yleensä tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat suostumus, joka perustuu informointiin, luottamuksellisuus, yksityisyys sekä seuraukset. Tiedonantajien suostumus perustuu asianmukaiseen informaatioon ja heidän tulee voida hyväksyä tutkimus. Heillä on myös mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta perustuen tietoon, joka koskee tutkimuksen tarkoitusta ja luonnetta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Haastateltavien anonymiteetti taataan siten, että tiedot järjestetään ja käsitellään niin, että osallistujien nimettömyys säilyy. Tutkimuksen yhteydessä saadut tiedot säilyvät tutkijalla eikä niitä luovuteta ulkopuolisille tai käytetä muihin tarkoituksiin. Tutkija toimii vastuuntuntoisesti noudattamalla sopimuksia, jotka on luvannut eikä vaaranna tutkimuksen rehellisyyttä. Haastateltavilla on oikeus keskeyttää haastattelu eli kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen missä tahansa vaiheessa. (Mäkinen 2006, 95; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Teemahaastattelun runko testattiin yhdellä osaston henkilökuntaan kuulumattomalla sairaanhoitajalla, jotta varmistuttiin siitä, että tutkimustehtäviin saadaan vastaukset haastattelurungolla. Esitestaamisen tarkoituksena oli taata, että saatavat vastaukset sekä niistä tehdyt johtopäätökset ovat luotettavia. (Mäkinen 2006, 92-93; Hirsjärvi & Hurme 2008, 184.)

Haastattelijan tavoitteena on saada haastateltavat tuntemaan olonsa mukavaksi ja turvalliseksi keskustella tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Haastattelun onnistumiselle on tärkeää haastattelijan kokemus ryhmähaastattelun toteuttamisesta. (Krueger & Casey 2001, 5.) Ryhmähaastattelujen luonteeseen saat-

toi vaikuttaa se, että työskentelen itse kyseisellä osastolla, jonka henkilökuntaan haastateltavat kuuluivat. Toisaalta vaikutus oli varmasti positiivinen, koska tutulle ihmiselle on ehkä helpompi kertoa asioista. Toisaalta vaikutus saattoi olla myös negatiivinen juuri siksi, että tutkimuksen tekijä oli samalla myös oma työ-kaveri. Onnistuin kuitenkin luomaan luottamuksellisen ilmapiirin ja kaikki haastateltavat olivat tietoisia siitä, että haastatteluja ei käytetä mihinkään muuhun kuin kyseiseen tutkimukseen ja että haastattelujen tallennukset hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Aikaisempaa kokemusta ryhmähaastatteluista minulla ei ollut, sillä tämä ryhmähaastattelu oli ensimmäinen, jonka olen toteuttanut. Todennäköisesti tässä tutkimuksessa oli hyötyä siitä, että haastateltavat tunsivat haastattelijan juuri luottamuksellisen ja mukavan ilmapiirin aikaansaamiseksi.

Myös aineiston analyysivaiheessa tutkimuksen luotettavuus olisi voinut kärsiä sen vuoksi, että haastateltavat olivat omia työkavereitani ja myös siksi, että aihe on itselleni hyvin tuttu. Aineiston analyysiin ja johtopäätöksiin olisi voinut vaikuttaa omat ennakkokäsitykseni ja olettamukseni aiheesta, mutta käsittelin aineistoa hyvin objektiivisesti antamatta omien mielipiteideni vaikuttaa tuloksiin. Toisaalta minulle oli hyödyksi se, että tunnen itse hyvin tutkimukseeni liittyvät aiheet ja teemat, joten käytetyt käsitteet olivat minulle ennestään tuttuja. Näin ollen haastatelluilla ja minulla haastattelijana oli yhteinen sanasto, eikä väärintymmärryksiä sen vuoksi päässyt syntymään. (Krueger & Casey 2001, 4.)

8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella rakenteisen kirjaamisen hallitseminen ja osaaminen kuvattiin paremmaksi kuin aiemmissä tutkimuksissa (Ikonen 2007, 65), mikä saattaa johtua siitä, että tähän tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli enemmän kokemusta rakenteisesta kirjaamisesta. Oppimisen kuvattiin tapahtuneen parhaiten juuri käytännön työn kautta.

Tämän tutkimusten tulosten mukaan rakenteinen kirjaaminen sopii hyvin kuntouttavaan hoitotyöhön, ja kuntouttava työote näkyy myös komponenttien käytössä. Käytössä olevia komponentteja on helppo käyttää ja ne soveltuvat hyvin

kuntouttavaan hoitotyöhön, vaikka komponenteissa on vielä kehittämisen vaaraakin. Kuntouttavan hoitotyön kannalta rakenteisesta kirjaamisesta saatava kokonaisvaltainen ja nopea kuva potilaasta mainittiin tärkeäksi seikaksi.

Positiivisena seikkana pidettiin myös rakenteisen kirjaamisen ymmärrettävyyttä, kun toisten käsialoja ei tarvitse enää tulkita, koska kaikilla on samat lähtökohdat kirjaamiseen eikä enää kirjata vain oman mielen mukaisesti. Kirjaaminen on selkeää, tarkkaa ja kuvailevaa ja myös hoidon tavoitteet ovat selkeästi näkyvillä. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saanut myös Ruuskanen (2008, 40–41) omassa tutkimuksessaan.

Hyvänä asiana pidettiin sitä, että kuntohoitajat käyttävät rakenteista kirjaamisalustaa, ja toiveena oli, että myös fysioterapeutit sitä käyttäisivät. Lääkäreiden mainittiin käyttävän hyvin vähän rakenteista kirjaamisalustaa. Laineen (2008, 30) tutkimuksen mukaan fysioterapeutit osasivat kirjata ohjelmaan, mutta lääkärit eivät olleet perehtyneet ohjelman käyttöön.

Tutkimustulosten mukaan rakenteista kirjaamista pidetään kuitenkin edelleen melko hitaana kirjaamismenetelmänä, koska oikean komponentin tai ylä- ja alaluokan etsimiseen kuluu aikaa. Myös tietokoneesta johtuvat ongelmat saattoivat hidastaa kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuu myös paljon samojen asioiden toistamista ja komponenttien päivittämisessä on puutteita, jolloin tiedot eivät ole ajan tasalla. Tutkimustulokset ovat yhteneväisiä Laineen (2008) saamien tulosten kanssa.

Tulevaisuudessa osastolle olisi hyvä kehittää omat kirjaamiskäytännöt, jotka helpottaisivat hoitotyön rakenteisen kirjaamisen toteuttamista. Jatkossa olisikin mielenkiintoista tutkia miten komponenttien ja ylä- sekä alaluokkien käyttö jakaantuu kuntouttavassa hoitotyössä. Tällaisesta tutkimuksesta olisi hyötyä kehitettäessä kuntouttavan osaston omia kirjaamiskäytäntöjä.

Tämä tutkimus antoi hyvin vastakkaista tietoa rakenteisesta kirjaamisesta: toisaalta sen koettiin olevan nopeaa ja toisaalta hidasta, toisaalta kirjaamista kuvattiin selkeäksi ja toisaalta komponenttien käytössä oli ongelmia. Jatkossa oli-

sikin mielenkiintoista tutkia esimerkiksi kvantitatiivisella menetelmällä rakenteisen kirjaamisen toteutumista hoitotyön kirjaamisessa ja selvittää, mitkä seikat vaikuttavat päinvastaisten tulosten syntymiseen.

Tämän opinnäytetyön tekemisen myötä oma tietämykseni rakenteisesta kirjaamisesta ja sen hyödyistä sekä haasteista on lisääntynyt. Nyt ymmärrän paremmin syyt, mitkä ovat johtaneet rakenteiseen kirjaamiseen siirtymiseen ja osaan perustella ne myös muille. Opinnäytetyössäni sain myös kokemusta laadullisen tutkimuksen toteuttamisesta käyttäen aineistonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelua, joka on mielestäni hyvin vaativa menetelmä. Olen kuitenkin nyt jälkeenpäin hyvin tyytyväinen päädyttyäni tähän menetelmään ohjaavan opettajani kannustuksen ansiosta.

LÄHTEET

Arkistolaki 831/1994.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831> (luettu 28.2.2011)

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Ensio, A. & Saranto, K. 2007. Hoitotyön kirjaaminen näkyvästi esillä kansainvälisissä konferensseissa. Sairaanhoitaja 6–7.

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2007/muut_artikkelit/hoitotyön_kirjaaminen_nakyvasti/ (luettu 21.2.2011.)

Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. Hoitotiede 197 - 208.

Hallila, L. 2005. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi. 5-9.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi. 13–15.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Henkilötietolaki 523/1999.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> (luettu 28.2.2011)

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Oy Yliopistokustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.

Hägg, T. 2004. Hoitotyö sisätautiosastolla sairaanhoitajan näkökulmasta. Sairaanhoitaja 11. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/11_2004/muut_artikkelit/hoitotyö_sisatautiosastolla_sair/ (luettu 2.3.2011)

Ihalainen, J. 2000. VIPS-malli hoitotyön kirjaamisen rakenteena. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

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

Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

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

Kansallinen Terveysarkisto.

<https://www.kanta.fi/web/fi/sahkoinen-potilastiedon-arkisto> (luettu 12.2.2011)

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, 68 - 84.

Krueger, R. & Casey M. 2001. Designing and conducting focus Group interviews. Teoksessa Krueger R. & Casey M. & Donner, J. & Kirsch, S. & Maack, J. Social analysis Selected tools and techniques.

<http://scholar.google.com/scholar?q=Focus%20groups%20%3A%20a%20practical%20guide%20for%20applied%20research%20%2F%20Richard%20A.%20Krueger%20%26%20Mary%20Anne%20Casey>. (luettu 7.3.2011)

Kukkonen, L. 2007. Hoitotyöntekijöiden kuvaus kuntouttavasta hoitotyöstä perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Laine, E.-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (luettu 28.2.2011)

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

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159> (luettu 28.2.2011)

Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061> (luettu 28.2.2011)

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansalliset yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 2007 – 2008. FinCC-luokituksen käyttöopas.

http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSIO_1_0_final_a.pdf (luettu 25.2.2011)

Lotvonen, S. 2002. Kuntouttava työote ikääntyneiden toimintakyvyn tueksi. Fysioterapia 5, 23–25.

Lönnsroos, E. 2008. Geriatrien kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, S., Lönnsroos, E. (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima 278-287.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko - näkyvää vai ei? Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen Hoitotyön vuosikirja 2007. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 35-40.

- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Tammi.
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamis-
malin ja hoitokertomusten käytettävyys. Julkaisusarja D – verkkajulkaisu. Tam-
pereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos.
<http://www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf> (luettu 24.2.2011)
- Remes, K.-M. 2006. Rakenteisesti kirjattu tieto hoitopalautteissa. Kuopion yli-
opisto. Pro gradu -tutkielma.
- Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen -
kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta.
Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Tuomi J. & Sarjajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uu-
distettu laitos. Jyväskylä: Tammi.
- Turunen, S. 2008. Hoitotyön tiedonhallinta lonkkaleikkauspotilaan palvelukoko-
naisuudessa. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Turtiainen, T. 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osas-
tolla K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.)
Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi. 126-131.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.
- Volotinen, L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvi-
oinnin avulla. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma
- VSSHP. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtakunnallinen
hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5. 2005 - 31.5.2008
(HoiDok-hanke. Loppuraportti.
[http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3727&GUID=%7BD2E8B2F2-
2B7C-48A9-8230-0D8930F35C32%7D](http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3727&GUID=%7BD2E8B2F2-2B7C-48A9-8230-0D8930F35C32%7D) (luettu 14.2.2011)
- Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa.
Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Taustatiedot

- työkokemus
- kuinka kauan työskennellyt tällä osastolla

1. Kokemukset hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta

- millaisia positiivisia kokemuksia hoitajilla on rakenteisesta kirjaamisesta
- millaisia etuja rakenteisessa kirjaamisessa on?
- millaisia negatiivisia kokemuksia hoitajilla on rakenteisesta kirjaamisesta?
- millaisia ongelmia rakenteisesta kirjaamisesta on aiheutunut?
- millaisena hoitajat näkevät oman osaamisensa rakenteisesta kirjaamisesta?

2. Rakenteinen kirjaaminen kuntouttavassa hoitotyössä

- miten kuntouttava työote näkyy rakenteisessa kirjaamisessa?
- millaista rakenteinen kirjaaminen on kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta?
- millaisia kokemuksia hoitajilla on rakenteisen kirjaamisen toteuttamisesta kuntouttavassa hoitotyössä?



SAATE

Tervehdys hoitotyön ammattilainen!

Olen sairaanhoitajan opistotason tutkintoani ammattikorkeakoulututkinnoksi päivittävä aikuisopiskelija ja opintoihini sisältyy opinnäytetyö. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta kuntouttavassa hoitotyössä sekä sitä, miten rakenteinen kirjaaminen palvelee kuntouttavaa hoitotyötä Honkaharjun sairaalan osasto 2:lla. Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat lehtori Kristiina Helminen Saimaan ammattikorkeakoulusta sekä osastonhoitaja Kirsi Kukkonen.

Juuri Sinulla on aiheesta ajanmukaista sekä monipuolista tietoa, jota voidaan myöhemmin hyödyntää kirjaamisen kehittämisessä osastollasi. Pyydänkin Sinua osallistumaan ryhmähaastattelututkimukseen, jonka tarkkan ajankohdan osastonhoitajasi tulee ilmoittamaan myöhemmin. Haastattelutilaisuus kestää noin tunnin verran ja haastattelujen puheosuudet nauhoitetaan. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja täysin luottamuksellista; kenenkään haastatteluun osallistuvan henkilöllisyys ei tule paljastumaan missään tutkimuksen vaiheessa.

Jos sinulla on jotain kysyttävää opinnäytetyöhöni liittyen, voit ottaa minuun yhteyttä.

Osallistumisestasi etukäteen kiittäen,

Kaarina Purhonen
kaarina.purhonen@netti.fi

Millaisia kokemuksia hoitajilla on rakenteisesta kirjaamisesta?

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
- "...niit on aika helppo päivittää..."	Tietojen helppo päivittäminen		
- "...raportilla on helpompi ettiä tiettyjä asioita..."	Asioiden etsiminen helppoa	Helppo	
- "...päivittäinen kirjaaminen nii sehän näkyy niinku kuitenkin niihin suunnitelmiin ja toteutuksiin nii se on niinku helppolukuinen..."	Helppo lukea hoitoker- tomusta		
- "...näkee silleen ne suunnitelmat ain kerralla täst Whoikesta, siinhä on ne pysyvät jutut..."	Hoitosuunnitelmat koko ajan näkyvillä		
- "...kaikki tulee päivitykset, tulee ajanmukaisesti, päivittäin pystytään niitä laittamaan..."	Ajanmukaiset tietojen päivitykset	Ajanmukainen	Ohjelman/tietotekniikan positiiviset vaikutukset rakenteisessa kirjaamisessa
- "...siit saa kokonaisvaltaisen kuvan siitä potilaasta tai asiakkaasta..."	Kokonaisvaltainen kuva potilaasta		
- "...nopeest kuvan potilaasta, miten se liikkuu ja siitä miten sen saa sen nopeen niinku semmosen yleiskatsauksen..."	Nopea kuva potilaasta	Nopea	
- "...ei se vie aikaa sen enempää ku vanhakaa..."	Kirjaamisen nopeus		

		LIITE 3	2(5)
- "...kaikki ymmärtää sen asian...siis et kaikilla on samat se lähtökohta siinä, et se on aina sama et jos se ois vapaata kirjaamista nii se ois oman mielen mukaan..."	Kirjaaminen on ymmärrettävää		
- "...käsin kirjaamiseen, niin sehä oli niinku toisaalta kaikista nopein mut sitte se et ei välttämättä saanu kaikkien käsialoista selvää..."	Ei tarvitse tulkita muiden käsialoja	Ymmärrettävä	
- "...on melkein kaikilla ainaki aktiviteetti-komponentti..."	Kuntouttava työote näkyy komponenttien käytössä	Hyvät komponentit	
- "...on hyvin ne semmoiset alaluokat tehty et sieltä on hyvä poimia..."	Hyvät komponentit		
- "...kerrottu aika tarkkaan et minkälaisia matkoja on kävelly ja millä tavalla on kävelly..."	Kirjaaminen on tarkkaa ja kuvailevaa	Kirjaaminen on tarkkaa	
- "...jos on ollu kotona vaikka rollaattorilla liikkuva ja nyt on sit ollu vähän aikaa jo vuoteessa, et se on sit kuitenkin niinku tavoite sinne, et jokainen tietää että sinne suuntaan ollaan menossa..."	Tavoitteet näkyvät kirjaamisessa		
- "...ettei vaan oo meidän kirjaamisia vaan on myös kuntohoitajien..."	Kirjaaminen on moniammatillista	Moniammatillisuus tai sen puute	Moniammatillisen kirjaamisen toteutuminen
- "...joskus jopa sijottajasairaanhoidajaki kirjottaa sinne..."			

- "...fyssarit vois kans kirjottaa tohon nii aikki tiedot löytys yksiltä sivuilta..."

Fysioterapeutit eivät käytä

LIITE 3

3(5)

- "...lääkärit sitä tosi vähän käyttää..."-

Lääkärit käyttävät vähän

"...kirjaamista koko ajan niinku pitää kehittää eteenpäin niin miten voi olla et siihen kirjaamiseen menee vaa enemmän ja enemmän aikaa..."

Kirjaamisen hitaus

- "...niin se on kuitenkin pois sit potilailta..."

Kirjaamiseen kuluva aika pois potilailta

Ohjelman/tietotekniikan negatiiviset vaikutukset rakenteisessa kirjaamisessa

- "...et se aina se atk tökkii, siin on hirveen paljon tuomosii noi, et pitää odottaa, et pääsee kirjaamaan..."

Tietotekniikasta johtuva hitaus

Aikaa vievä

- "...ku on kiire, nii sit sitä kirjottaa vaan yhteen pötköön et ei enää lähe niihin suunnitelmiin hakee..."	Kiireen vuoksi komponentteja ei käytetä	LIITE 3	4(5)
- "...jotai on tullu muutoksia sen ihmisen vaik vointiin tai haavanhoitoon nii se unohtuu laittaa siihen suunnitteluosioon..."	Hoitosuunnitelman päivitykset jäävät tekemättä	Ongelmat tietojen päivittämisessä	
- "...menee seuraavalle vuorokaudelle, sit se vast tulee..." (suunnitelman poistaminen)	Hoitosuunnitelman päivittäminen tapahtuu viiveellä		
- "...komponentit on vieläkin, vaikka niitä on uudistettu, nii ne on huonoja... aikaisempia komponentteja on hävinny..."	Huonot komponentit	Ongelmat komponenttien käytössä	
- "...omaisten kanssa asiointi esimerkis se on hirveen hankala kirjata sinne...sitä on hirveen vaikee miettii et mihin sinne nyt ihan semmoiset niinku juridiset asiat kirjataan..."	Omaisten kanssa asiointi vaikea kirjata		

- - "...tulee kyl toistettuu itteensä aika paljon..."	Asioiden toistaminen	Ongelmat kirjaamis- käytännöissä	Hoitajan osaamisen merkitys rakenteisessa kirjaamisessa
- "...arvioimista ei esimerkiks lääkkeen vaikutusta oks se auttanu vai eiks se oo auttanu, se jää niinku kokonaa oikeestaan pois..."	Hoidon arviointi puutteellista		

- ..."hyvinhä se menis varmaa jos sitä arviointii viel..."

Hoidon toteutusta ei arvioida

LIITE 3

5(5)

- "...missä vaiheessa siirrytään siitä aktiiviteetista päivittäiseen toimintoon, et missä menee se raja, et kuntoutetaan aktiivisesti vai onko se se sen päivittäistoimintaan liikkumisessa apua..."

Komponenttien käytössä epäselvyyksiä

- ..."hyvinhä se menis varmaa jos sitä arviointii viel..."

Hoidon toteutusta ei arvioida

- "...myö ei vaan kirjata sitä sinne arviointiin, myö vaan toteutetaan..."

Arviointi kirjataan toteutuksen alle

- "...ei se ainakaa hanskas hyvi oo ku kaikki pittää välil ain kattoo..."

Osaamisessa puutteita