

Rintakipupotilaan hoitotyön kirjaaminen ensihoidossa

Heini Mikkola

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Ensihoito
Tunnistenumero:	3204
Tekijä:	Heini Mikkola
Työn nimi:	Rintakipupotilaan hoitotyön kirjaaminen ensihoidossa
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Toimeksiantaja:	Med Group Pirkanmaa Oy, Kurun toimipiste
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Työn tarkoituksena oli selvittää, millaista on laadukas hoitotyön kirjaaminen rintakipupotilaan ensihoidossa. Toimeksiantaja oli Med Group Pirkanmaa Oy, Kurun toimipiste. Tutkimus rajattiin käsittelemään sairaalan ulkopuolista ensihoitoa. Tarkoituksena ei ollut tutkia, millaista dokumentointi yrityksessä tällä hetkellä on. Kysymykset, joihin etsittiin vastausta olivat: ”Millaista on hyvä kirjaaminen rintakipupotilaan ensihoidossa?”, ”Mitä toiminnan muutos edellyttää?” ja ”Miten kirjaamisen laatua voidaan seurata?”. Lähdemateriaalina käytettiin aiempaa kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita, joita aiheesta oli saatavilla. Materiaalia haettiin Tampereen yliopiston, Tampereen ammattikorkeakoulun ja Tampereen kaupunginkirjaston kokoelmista sekä erilaisista tietokannoista: Academic Search Elite, ABI/Inform (ProQuest) ja Medic. Sairaalan ulkopuolista ensihoitoa käsittelevää kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleja löytyi melko vähän. Metodina käytettiin kvalitatiivista tutkimusta. Sisällön analyysillä tutkittiin missä määrin lähdekirjallisuudessa ja tutkimusartikkeleissa oli havaittavissa yhtenäisyyksiä ja poikkeavuuksia. Ensihoitoa käsittelevä kirjallisuus antoi varsin hyvän käsityksen siitä, mitä ensihoitokertomukseen tulisi kirjata, joskin artikkeli "Kehittämisprojekti ja päättötyö Rintakipupotilaan ensihoidon kirjaamisen tavoitetaso – tavoitetason toteutuminen Järvenpään pelastuslaitoksella" laajensi käsitystä laadukkaasta kirjaamisesta. Tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä rajoittaa se, että kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta oli saatavilla melko rajoitetusti, joten työtä tehtäessä sairaalan sisäistä hoitotyötä käsittelevää kirjallisuutta on sovellettu sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon. Dokumentoinnin laadun parannuksen edellytyksenä on, että aluksi selvitetään kirjaamisen, millaista dokumentointi on nykyään ja suunnitellaan uusi toimintamalli. Koko henkilökunnan on oltava sitoutunut muutokseen. Kirjaamisen laatua on arvioitava säännöllisesti ja toteutunutta kirjaamista arvioidaan suhteessa määriteltyyn tavoitetasoon.</p>	
Avainsanat:	Med Group Pirkanmaa Oy, kirjaaminen, rintakipu, rintakipupotilas, ensihoito
Sivumäärä:	54
Kieli:	suomi
Hyväksymispäivämäärä:	10.6.2011

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård
Identifikationsnummer:	3204
Författare:	Heini Mikkola
Arbetets namn:	Vård dokumentering på en patient med bröstsmärta på akutvård
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Med Group Pirkanmaa Ab, Kuru enhet
<p>Sammandrag:</p> <p>Arbetets syfte var att ta reda på hurdan är högklassig dokumentering när man vårdar en patient med bröstsmärta på akutvård. Uppdragsgivare var Med Group Pirkanmaa Ab, Kuru enhet. Forskning begränsades att behandla akutvården utanför sjukhus. Meningen var inte att undersöka hurdan dokumentering på företaget för närvarande är. Frågorna som man ville få svar var: "Hurdan är en bra dokumentering när man vårdar en patient med bröstsmärta på akutvård?", "Vad kräver det att ändra verksamheten?" och "Hur kan man följa dokumenteringens kvalitet?". Som källor användes tidigare litteratur och forskningsartiklar, som man kunde hitta av temat. Material söktes från Tammerfors universitets, Tammerfors yrkeshögskolans och Tammerfors stadsbibliotekets urval, samt från olika databaser: Academic Search Elite, ABI/Inform (ProQuest) och Medic. Litteratur och forskningsartiklar som behandlar vården utanför sjukhuset hittades ganska smått. Som metod användes kvalitativ studie. Med innehållsanalys undersöktes om man kunde hitta kongruenser och avvikelser på litteratur och forskningsartiklar. Böckerna som behandlar akutvård gav en mycket bra uppfattning om vad man skulle dokumentera på akutvårdsblanketten, fastän artikeln "Kehittämisprojekti ja päättötyö Rintakiputilaan ensihoidon kirjaamisen tavoitetaso – tavoitetason toteutuminen Järvenpään pelastuslaitoksella" utvidgade uppfattningen om högklassig dokumentering. Forskningens pålitlighet och generalisering är begränsad, eftersom litteratur och forskningsartiklar som behandlar vården utanför sjukhuset hittades smått och när man gjorde arbetet tillämpades litteratur som behandlar vården innanför sjukhuset till vården utanför sjukhuset. För att bättra dokumenteringens kvalitet krävs det att man först undersöker hurdan är dokumenteringen för närvarande och planerar en ny verksamhetsmodell. Hela personalen måste vara bunden till förändringen. Man måste regelbundet värdera kvaliteten och den genomförda dokumenteringen värderas i förhållandet till definierade mål nivån.</p>	
Nyckelord:	Med Group Pirkanmaa Ab, dokumentering, bröstsmärta, en patient med bröstsmärta, akutvård
Sidantal:	54
Språk:	finska
Datum för godkännande:	10.6.2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Emergency Care
Identification number:	3204
Author:	Heini Mikkola
Title:	Documentation of a patient with chest pain in emergency care
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	Med Group Pirkanmaa Oy, Kuru unit
<p>Abstract:</p> <p>Meaning of this study was to find out what is a good nursing documentation when a chest pain patient is treated in emergency care. The client was Med Group Pirkanmaa PLC, Kuru unit. The study was defined to handle emergency care outside the hospital. The meaning was not to find out what is the documentation in the company at the moment. Questions that needed to be answered were: "What is a good documentation when a chest pain patient is treated?", "What is required to change the action?" and "How is it possible to follow-up the quality of the documentation?". Sources that were used were earlier literature and research articles that could be found about the topic. Material was fetched from the collections of the libraries in Tampere university, Tampere university of applied science and Tampere city as well as different databases: Academic Search Elite, ABI/Inform (ProQuest) and Medic. Literature and research articles that handle emergency care outside the hospital could be found in quite a few amount. Qualitative study was used as a method. With content analysis there was investigated to what extent similarities and deviations could be found in the source literature and research articles. The literature that handles emergency care gave fairly good conception of what should be documented in the emergency care form, though the article "Kehittämisprojekti ja päätötyö Rintakipupotilaan ensihoidon kirjaamisen tavoitetaso – tavoitetason toteutuminen Järvenpään pelastuslaitoksella" extended the conception of a good documentation. Reliability and generalization of the study is confined, because just a few literature and research articles that handle nursing outside the hospital could be found, so when doing the study literature that handles nursing inside the hospital was adapted to emergency care outside the hospital. To improve the quality of the documentation it is required first to find out what is the documentation like at the moment and plan a new operation model. The entire personnel needs to be engaged to the change. The quality of the documentation needs to be evaluated regularly and the realized documentation is evaluated in relation to the defined target level.</p>	
Keywords:	Med Group Pirkanmaa PLC, documentation, chest pain, chest pain patient, emergency care
Number of pages:	54
Language:	Finnish
Date of acceptance:	10.6.2011

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	7
2	TUTKIMUSALUE JA METODI.....	8
2.1	MATERIAALI JA METODI	8
2.2	TUTKIMUKSEN KESKEISET KYSYMYKSET.....	9
3	TUTKIMUSETIIKKA.....	10
4	KIRJAAMISTA SÄÄTELEVÄT LAIT, ASETUKSET JA EETTISET OHJEET.....	12
5	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	14
5.1	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ	14
5.1.1	<i>Hoitosuositukset</i>	<i>15</i>
5.1.2	<i>Näyttöön perustuva kirjaaminen</i>	<i>16</i>
5.2	POTILASTURVALLISUUS.....	17
5.2.1	<i>Potilasturvallisuus ensihoidossa</i>	<i>21</i>
5.3	SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN.....	21
5.3.1	<i>Sisällön systemaattisuus</i>	<i>23</i>
5.3.2	<i>Ydintiedot.....</i>	<i>23</i>
5.4	KIRJAAMINEN ENSIHOIDOSSA	26
6	TULOKSET	32
6.1	SISÄLLÖN ANALYYSI	33
6.2	EDELLYTYKSET MUUTOKSEN TOTEUTUMISELLE.....	38
6.3	KIRJAAMINEN OSANA LAADUN SEURANTAA	40
7	KRIITTINEN TARKASTELU JA POHDINTA.....	42
	LÄHTEET.....	46
	LIITTEET	51

Kuviot

Kuvio 1. Reasonin reikäjuustomalli (2000).....	19
Kuvio 2. Toiminnan kehittämisen vaiheet (Saranto et al. 2007).....	40

1 JOHDANTO

Kirjaamisen tärkeyteen ollaan jatkuvasti kiinnittämässä entistä enemmän huomiota ja sen laadun tulisi olla korkeatasoista. Dokumentoinnin oikeus ja virheettömyys ovat edellytyksiä hyvälle potilasturvallisuudelle. Keskeisessä asemassa on STM:n julkaisema ohjeistus terveydenhoitohenkilökunnalle ”Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen (STM 2001:3)” (Hallila 2005 s. 19).

Tämän tutkimuksen tilaaja on Med Group Pirkanmaa Oy ja tarkoituksena on selvittää, millaista on hyvä kirjaaminen rintakipupotilaan ensihoidossa sekä mitä hoitokertomukseen tulisi kirjata. Tämän pohjalta yrityksen on mahdollista suunnitella aiheesta koulutustilaisuus, jotta dokumentoinnin laatu olisi tulevaisuudessa entistä korkeatasoisempaa. Aiheen valintaan on vaikuttanut myös tutkijan oma mielenkiinto.

Rintakipu on eräs yleisimmistä ensihoitotehtävistä (Kuisma et al. 2008 s. 255). Rintakipupotilaat kattavat 15 % akuuttia sairaankuljetusta tarvitsevista potilaista (Castrén et al. 2005 s. 381).

Dokumentoinnin periaatteena on, että vain se on tehty, mitä on kirjattu. Kirjaamisessa tulisi näkyä kiistattomasti annettu hoito, paikallaolijat sekä hoidon vaste. Merkintöjen tulee olla laajuudeltaan tarpeeksi kattavia. Käytetyn kielen on lisäksi oltava selkeää ja ymmärrettävää. (Hallila 2005 s. 18-21) Dokumentoinnin tavoitteena on hoidon jatkuvuuden takaaminen (Kärkkäinen 2007 s. 92).

Kansanterveyslaki 66/1972 edellyttää, että potilaan luona käyvä ensihoitohenkilöstö kirjaa informaation potilaan sen hetkisestä terveydentilasta (Rasku 1999 s. 8). Dokumentoinnin merkitys korostuu etenkin ensihoitotilanteessa, jossa potilaan terveydentilan heikkouden vuoksi, hän ei kykene itse kertomaan, millaista hän haluaisi hoitonsa olevan tai miten häntä on hoidettu. (Hietala & Jalkanen 2001 s. 14)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä hoidon periaatteita ja toimintatapoja, joilla voidaan taata, että potilas saa turvallista hoitoa. Siihen sisältyy niin virhetilanteiden hallinta kuin poikkeamista aiheutuvien haittatapahtumien ennalta ehkäisy. (STM 2009:3 b) s. 11)

2 TUTKIMUSALUE JA METODI

Tutkimus rajattiin käsittelemään sairaalan ulkopuolista hoitotyön kirjaamista rintakipupotilasta hoidettaessa. Aiheesta oli saatavilla rajoitetusti kirjallisuutta ja aiempaa tutkimusta, joten työssä sovellettiin osittain sairaalan sisäistä tutkimusta sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon.

2.1 Materiaali ja metodi

Tutkimuksessa tarkastelun kohteena oli toimeksiantajan määrittelemä aihe ja tarkoituksena oli selvittää, millaista on hyvä kirjaaminen rintakipupotilaan ensihoidossa. Tavoitteena oli ainoastaan selvittää, millaista kirjaamisen tulisi olla rintakipupotilaan ensihoidossa. Tarkoituksena ei ollut tutkia, onko toimeksiantajan palveluksessa työskentelevien kirjaamistavassa tällä hetkellä havaittavissa jotakin puutteita.

Tutkimusmetodina käytettiin kvalitatiivista tutkimusta, tarkemmin sisällön analyysia (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 91). Sisällön analyysi oli systemaattinen ja tarkoituksena oli tutkimustiedon tutkimus (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 123). Tutkimuksessa käytettiin metodina induktiivista analyysitapaa, jolloin kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita tutkimalla pyrittiin löytämään niistä yhtenäisyyksiä. Metodina voitiin niin ikään katsoa olevan aineistolähtöinen analyysi, jonka tavoitteena oli saada aikaan tutkimusaineiston pohjalta teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009 s. 95)

Kirjallisuutta hankittiin niin Tampereen yliopiston, Tampereen ammattikorkeakoulun kuin Tampereen kaupunginkirjaston kokoelmista. Lisäksi aineistoa hankittiin Nelliportaalin kautta erilaisista tietokannoista: Academic Search Elite, ABI/Inform (ProQuest) ja Medic. Tutkimusartikkeleita haettaessa hakusanoina käytettiin sanoja ”kirjaaminen” ja ”rintakipu”, ”ensihoito” ja ”rintakipu”, ”documentation” ja ”chest pain”

sekä ”ambulance” ja ”chest pain”. Lähdemateriaaliksi valittiin aiempaa kirjallisuutta (4 kirjaa, vuosilta 2005-2008) ja tutkimusartikkeleita (10 kpl, vuosilta 1998-2010).

Työn teoreettinen viitekehys laadittiin aiemman kirjallisuuden pohjalta, jota aiheesta oli saatavilla. Kirjallisuuden sekä SV 210 –lomakkeen perusteella määriteltiin kriteerit siitä, mitä hyvä ensihoitokertomus pitää sisällään. Tämän jälkeen tutkimusartikkeleita analysoitiin edellä mainitulla sisällön analyysi – menetelmällä, jossa tarkasteltiin missä määrin hyvän kirjaamisen kriteerit ja tutkimusartikkeleissa ilmenevät asiat olivat yhdenmukaisia. Sen lisäksi tutkimusartikkeleissa olleet lisähavainnot otettiin mukaan tutkimukseen. Hietalan & Jalkasen (2001) laatimaa artikkelia ”Kehittämisprojekti ja päätötyö Rintakipupotilaan ensihoidon kirjaamisen tavoitetaso – tavoitetason toteutuminen Järvenpään pelastuslaitoksella” käytettiin sekä määriteltäessä hyvän kirjaamisen kriteerejä että tutkimusartikkelina. Näin meneteltiin, koska artikkeli käsittelee varsin tarkoin juuri rintakipupotilaan hoitotyön kirjaamista ensihoidossa.

Sisällön analyysissa eri kriteerien ilmenemistä tutkimusartikkeleissa sovellettiin noudattaen periaatetta, että kaikki tutkittu ja tehty dokumentoidaan hoitokertomukseen. Näin ollen tutkimusartikkeleissa ei suurimmaksi osaksi erikseen mainittu, että kyseinen kriteeri tulisi kirjata.

Lopuksi suoritettiin kriittinen tarkastelu ja pohdinta tutkimuksen luotettavuudesta ja yleistettävyydestä.

2.2 Tutkimuksen keskeiset kysymykset

Tutkimusta suunniteltaessa määritettiin keskeiset tutkimuskysymykset. Tässä tutkimuksessa olennaisia kysymyksiä olivat:

- Millaista on hyvä kirjaaminen rintakipupotilaan ensihoidossa?
- Mitä toiminnan muutos edellyttää?
- Miten kirjaamisen laatua voidaan seurata?

Työssä käsiteltiin kirjaamista sääteleviä lakeja, asetuksia ja eettisiä ohjeita, näyttöön perustuvaa hoitotyötä, potilasturvallisuutta, systemaattista kirjaamista, kirjaamisen ydin-

tietoja ja kirjaamista ensihoidossa.

Sisällön analyysissa haettiin vastausta siihen, millaista hyvän kirjaamisen tulisi rintakipupopulista hoidettaessa olla. Vastaukset kahteen muuhun kysymykseen perustuivat aihetta käsittelevään kirjallisuuteen.

3 TUTKIMUSETIIKKA

Tutkimusetiikka on mahdollista jakaa tieteen sisäiseen ja vastaavasti sen ulkopuoliseen. Sisäinen etiikka tarkastelee tutkijan suhdetta tutkimuskohteeseen, asetettuihin tavoitteisiin sekä tutkimusprosessiin kokonaisuutena. Tällöin keskeisenä normina on, että tutkimusaineistoa ei keksitä tai väärennetä. Sisäiseen etiikkaan sisältyy myös säännöt tutkimuksen raportointitavasta. Tutkijan on kriittisesti tarkasteltava omia tapojaan toimia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 s. 173)

Tutkimussuunnitelmaa tehtäessä määriteltiin, miten tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää siten, että hoitotyön laatu paranisi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 s. 177). Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Arcadan toimesta.

Tieteellisen tutkimuksen on oltava eettisesti hyvän tavan mukaista ja tulosten luotettavia ja uskottavia. Toiminta tutkimuksessa on huolellista ja tarkkaa. Lisäksi tutkimuksen toteutuksen ja raportoinnin on oltava yksityiskohtaista. (Mäkinen 2006 s. 172-173) Raportointitapa oli eettisesti hyväksyttävää ja tutkimuksen tekemiseen osallistui ainoastaan tutkija itse.

Tutkimuksessa tulee käyttää eettisesti oikeanlaisia tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Tuloksien on oltava avoimesti muiden käytettävissä. (Mäkinen 2006 s. 172) Lähdemateriaalina käytettiin aikaisemmin julkaistua kirjallisuutta ja aiempia tutkimusartikkeleita. Tehty tutkimus on sähköisesti kaikkien saatavilla.

Tutkimus on objektiivista. Tämä merkitsee, että omat mielipiteet eivät vaikuta tutkimukseen. Subjektiivinen kannanotto ei kuulu tieteelliseen tutkimukseen. (Mäkinen 2006 s. 29). Tekstin on oltava yksiselitteistä ja selvää (Mäkinen 2006 s. 124).

Lähdekritiikki on hyvä muistaa tutkimusta tehtäessä. Käytetyt lähteet ovat luotettavia. Huomioita kiinnitettiin lähteen aitouteen, alkuperäisyyteen, puolueettomuuteen ja riippumattomuuteen. Lähteen aitous tarkoittaa sitä, että se ei ole väärennös. (Mäkinen 2006 s. 128) Tutkimuksessa käytetyt lähteet täyttivät tämän vaatimuksen. Lähteen riippumattomuus tarkoittaa, että lähteen laatija on riippumaton muista tahoista. Primaarilähteiden käyttö on suositeltavampaa kuin sekundaarilähteiden käyttö, koska tietoon ei ole vaikuttanut usea kirjoittaja. Lisäksi on suositeltavaa käyttää mahdollisimman uusia lähteitä. (Mäkinen 2006 s. 128-129) Työssä käytettiin ainoastaan yhtä pro gradu –tutkielmaa. Käytettyjen lähteiden tulee niin ikään olla puolueettomia (Mäkinen 2006 s. 129). Kirjoittajat olivat tutkijan näkemyksen mukaan laatineet tuotoksena puolueettomasti.

Käytetyt lähteet tulee merkitä oikein ja huolellisesti. Tutkijalla itsellään on vastuu siitä, että viittaukset on tehty oikein, samoin sitaatit. Näin välttyään plagioinnilta. (Mäkinen 2006 s. 123) Tutkimuksessa lähdeviittaukset ovat hyvän viittaustavan mukaisia. Lainauksen käyttö on kannattavaa silloin, kun referointi mahdollisesti muuttaisi alkuperäistä ajatusta (Mäkinen 2006 s. 131). Lainauksia käytettiin tätä periaatetta noudattaen.

Tieteelliset tutkimukset ovat lähteinä luotettavia, kun taas esimerkiksi internetistä hankitun tiedon luotettavuus tulee aina kyseenalaistaa (Mäkinen 2006 s. 130). Internetistä hankitun materiaalin katsottiin olevan luotettavan tahon laatimaa.

”Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka taas käsittelee sitä, miten alan ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan” (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 s. 173). Tutkimusaihe oli toimeksiantajan tilaama. Aihetta tutkittiin tutustumalla aihetta käsittelevään lähdemateriaaliin.

Pietarinen (2002) asettaa kahdeksan kriteeriä, joita tutkimusta tehtäessä tulee noudattaa. Näitä ovat ”älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen, kollegiaalinen arvostus”. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 s. 172)

Kriteereistä ensimmäinen eli ”älyllisen kiinnostuksen vaatimus” tarkoittaa, että tutkimuksen suorittaja on kiinnostunut hankkimaan uutta tietoa tutkimuskohteesta. ”Tunnollisuuden vaatimus” edellyttää, että tutkija sitoutuu tutkimukseen, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Tutkijan tulee niin ikään välttää vilppiä. ”Vaaran eliminomisella” tutkija pidättäytyy suorittamasta sellaista tutkimusta, josta voisi aiheutua vahinkoa. Myös ihmisarvon säilyttäminen ja moraalisen arvon kunnioittaminen ovat tutkimukselle asetettuja hyvän etiikan periaatteita. ”Sosiaalisen vastuun vaatimus” vastaavasti tarkoittaa, että tutkijan vastuulla on tieteellisen informaation käyttö eettisten vaatimusten mukaan. ”Ammatinharjoituksen edistäminen” puolestaan merkitsee toimintatapaa, joka edesauttaa tutkimuksen tekemistä. Kahdeksannen kriteerin mukaan tutkijoiden on suhtauduttava kollegoihinsa arvostavasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 s. 172) Tutkimusta tehdessä tutkija noudatti kaikkia em. kahdeksaa eettistä vaatimusta.

4 KIRJAAMISTA SÄÄTELEVÄT LAIT, ASETUKSET JA EETTISET OHJEET

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 määrittelee, mitä potilasasiakirjoilla tarkoitetaan. Näitä ovat hoidon järjestämisessä ja toteutuksessa käytettävät asiakirjat ja erilaiset tekniset tallenteet, jotka pitävät sisällään potilaan henkilökohtaista tai hänen terveydentilaansa koskevaa informaatiota. Potilasasiakirjoista koostuu henkilörekistereitä, joita puolestaan säätelee Henkilötietolaki 523/1999. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee rekisterinpitäjäksi terveydenhuollon toimintaa harjoittavat yksiköt sekä itsenäiset ammatinharjoittajat. Yksikön johtajalla on asetuksen mukaan velvollisuus toimia rekisterinpitäjän edustajana. (Hallila 2005 s. 16-17)

Periaatteena on, että vain se, mitä on kirjattu, on myös tehty. Tätä aatetta sovelletaan silloin, kun potilasasiakirjoja tutkitaan myöhemmin esim. valitustilanteissa. Kirjaamisessa tulisi näin ollen selkeästi käydä ilmi se, mitä on tehty, paikallaolijat sekä hoidon vaste. (Hallila 2005 s. 18)

Kirjaamista sääteleviä lakeja ovat: Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, Henkilötietolaki, Hallintolaki 434/2003, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, Mielenterveyslaki 1116/1990, Potilasvahinkolaki 585/1986 (Hallila 2005 s. 19).

Myös Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoja koskeva asetus, Opas terveydenhuoltohenkilöstölle 2001:3 ja Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muiden hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen sisältävät dokumentaatiota koskevia ohjeita. Keskeisimmässä asemassa oleva säädös on STM:n opas 2001:3. (Hallila 2005 s. 19)

Henkilötietolaissa säädetään henkilötietojen käsittelystä. ”Henkilötiedoilla tarkoitetaan henkilöä tai hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perhettään tms. koskeviksi.” (Hallila 2005 s. 19)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä pitää sisällään terveydenhuoltohenkilöstön ammattieettiset velvoitteet. Erikoissairaanhoitolaki puolestaan edellyttää, että kuntayhtymä huolehtii terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksesta ja siitä, että henkilökunta osallistuu riittävässä määrin täydennyskoulutukseen riippuen työn toimenkuvasta ja vaa-
tivuustasosta. Kuntayhtymän tulee myös pitää huolta kehittämis-, koulutus- ja tutkimus-
toiminnasta. (Hallila 2005 s. 19)

Kaikilla potilailla on oikeus hyvään hoitoon ja tasavertaiseen kohteluun. Potilaan ja/tai omaisen oikeus saada potilasta koskevaa informaatiota on syytä kirjata potilasasiakirjoihin, kuten myös itsemääräämisoikeuden noudattaminen. Hoitohenkilökunnan tulee kirjata hoidon suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tarvittavat tiedot. Kaikki informaatio on salassa pidettävää. Potilasvakuutuskeskuksella ja potilasvahinkolautakunnalla on kuitenkin oikeus tiedon saantiin tarpeen vaatiessa. Tästä määrätään potilasvahinkolaissa. (Hallila 2005 s. 20)

Potilasasiakirjoihin merkittyjen tietojen on oltava oikeita ja virheettömiä sekä laajuudeltaan tarpeeksi kattavia. Tiedot tulee lisäksi kirjata huolellisesti. STM:n 2001:3 säädös edellyttää niin ikään, että kirjatut tiedot ovat tarpeellisia, asianmukaisia ja ymmärrettäviä. Kirjaukset on tehtävä viiveettä, jos mahdollista. Tämä korostuu eritoten silloin, kun

on tarpeen selvittää potilaan hoitoon osallistuneiden toimintaa. Hallintolaissa mainitaan, että kielen on oltava selkeää, asiallista ja ymmärrettävää. Tärkeää olisi huomioida, että käytetty kieli on potilaan ja/tai hänen edustajansa ymmärrettävissä. (Hallila 2005 s. 21)

Potilasasiakirjasta tulee käydä ilmi hoitoa antaneen henkilön nimi, status sekä päivämäärä. Niin ikään potilaan henkilötiedot ja lähiomainen tulee dokumentoida. (Hallila 2005 s. 22)

Katie Erikssonin teoria terveydestä, kärsimyksestä ja hoitamisesta on keskeisessä asemassa hoitotyössä ja siten myös kirjaamisessa. Hoitajalla on eettinen vastuu potilaasta ja hänen tulee halunsa auttaa. Teorian mukaan myös potilaan kohtaaminen, empatia sekä ymmärrys ovat tärkeitä asioita. (Kärkkäinen 2007 s. 92)

Hoitotyön kirjaamisen tulee olla eettisesti oikeanlaista. Eettisiä periaatteita ovat yksilön itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, potilaan tietoinen suostumus hoitoon ja hoidon totuudellisuus, terveyden edistäminen, vahingon välttäminen sekä oikeudenmukainen toiminta. (Hallila 2005 s. 23)

5 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettisen viitekehys toimi perustana, jonka pohjalta tutkimusartikkeleiden yhteneväisyyksiä lähdekirjallisuuteen tutkimuksessa analysoitiin käyttämällä hyväksi sisällön analyysia.

5.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Hoidon edellytetään perustuvan sellaiseen näyttöön, joka on tutkimuksissa osoitettu hyväksi tavaksi toimia. Näyttöön perustuva hoitotyö voidaan nähdä tieteellisen tiedon soveltamisena käytäntöön. Kliininen käytäntö, joka perustuu näyttöön, on ajankohtaisen tiedon tarkkaa ja arvioitua soveltamista juuri ko. potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tähän yhdistyvät vielä potilaan toiveiden huomioiminen, hoitajan ammattitaito ja työkokemus. (Saranto et al. 2007 s. 48)

Hoitajan tulee kyetä valitsemaan sopiva tieto ja soveltaa sitä käytäntöön. Hoitotoimenpiteitä edeltää systemaattinen ajattelutyö ja tiedonkeruu. Tilanteeseen sovelletun tiedon on oltava julkista ja yleisellä tasolla hyväksyttyä. Lisäksi päätöksenteon tulee aina olla perusteltua. (Saranto et al. 2007 s. 49)

Näyttöön perustuvan hoidon tavoitteena on, että muutosta potilaan terveydentilassa pystytään mittaamaan. Niin ikään potilaan myönteiset kokemukset hänen saamastaan hoidosta ovat tavoiteltavia tuloksia. (Saranto et al. 2007 s. 52)

Hoitotyön laatua tulee pystyä mittaamaan. ”Hoitotyön laadukkuus merkitsee mm. saatavuutta, asianmukaisuutta, tehokkuutta, turvallisuutta ja tarpeellista huolenpitoa, potilastyytyväisyyttä sekä hoidon jatkuvuutta ja arvioitavuutta eli mitattavuutta.” (Hallila 2005 s. 10-11)

5.1.1 Hoitosuositukset

Hoitosuosituksen tarkoituksena on taata hoitotyön hyvä laatu ja parantaa tuloksia. Laadua on mahdollista parantaa, kun potilaiden hoitoon sovelletaan ajan tasalla olevaa ja luotettavaa tietoa. Hoitosuosituksen laatijoina toimivat terveydenhuollon asiantuntijat. Suositus on järjestelmällinen ohjeistus ja perustana toimii aina tieteellinen tutkimus. Hoitosuositus kertoo, miten yksittäisessä tilanteessa tulisi toimia. Nykypäivänä edellytyksenä on, että suositukset perustuvat systemaattisesti tehtyihin kirjallisuusraportteihin. Käytännön työssä ongelmaksi muodostuu usein tiedon hakeminen, kokoaminen ja sen oikeuden arvioiminen. (Saranto et al. 2007 s. 217-216)

Hoitopäätöksiä on mahdotonta tehdä ainoastaan kirjallisuudesta saatavaan tietoon perustuen. Potilaiden ongelmat ovat erilaisia ja suoraa vastausta yksittäisen potilaan tilanteeseen ei kirjallisuus tarjoa. Tällöin korostuu hoitajan kyky itsenäiseen ajatteluun ja ammattiosaamiseen. Hoitohenkilökunnan tulee niin ikään selvittää potilaan oma näkemys tilanteesta. Näiden osatekijöiden perusteella sitten on löydettävä paras mahdollinen ratkaisu. Päätökseen vaikuttaa aina mm. niin hoitajan kuin potilaankin arvomaailma ja valinnat sekä käytettävissä olevat resurssit. (Saranto et al. 2007 s. 216)

Hoitajan on kyettävä tiedostamaan hoidon mahdolliset komplikaatiot ja osattava nimetä ne. Niin ikään mahdollisten komplikaatioiden havainnointi ja hoitotyön menetelmien mukainen ehkäisy ovat osa hoitohenkilön velvoitteita. Ennakoiva ote työhön ja ennalta ehkäisy asettavat omalta osaltaan vaatimuksia hoitotyön suunnittelulle sekä toteutukselle. (Mäkikä 2007 s. 37)

5.1.2 Näyttöön perustuva kirjaaminen

Ajattelutyö heijastuu myös dokumentointiin. Hoitaja tekee havaintoja ja arvioi ratkaisuja potilaan sen hetkiseen ongelmaan. Hän valitsee olennaisen tiedon ja soveltaa sitä käytäntöön tavalla, jolla on potilaan terveydentilaa edistävä vaikutus. Tieto, joka perustuu näyttöön vahvistaa hoitohenkilökunnan asiantuntemusta ja kehittää kykyä kriittiseen ajatteluun. (Saranto et al. 2007 s. 210-215) Hoitotyön kirjaamisessa tulee huomioida näyttöön perustuvan hoitotyön vaatimukset. Kirjaamisessa tulee käydä ilmi, mihin tietoon tehdyt hoitopäätökset perustuvat, samoin hoidon vaste. (Hallila 2005 s. 12)

Näyttöön perustuvan kirjaamisen arviointi onnistuu soveltamalla näyttöön perustuvan hoitosuosituksen kriteereitä, joita ovat edustuksellisuus, joustavuus, kliininen soveltuvuus, luotettavuus, pätevyys, selkeys, tarkkuus sekä toistettavuus. (Saranto et al. 2007 s. 53) Em. kriteereistä ensihoitoon voitiin soveltaa lähinnä kliinistä soveltuvuutta, luotettavuutta, pätevyyttä, selkeyttä, tarkkuutta ja toistettavuutta.

Kliininen soveltuvuus tarkoittaa, että hoidon kannalta oleelliset asiat löytyvät ensihoitokaavakkeesta helposti. Luotettavuus merkitsee, että potilaan kliininen vointi on kuvattu sellaisella tavalla, että samankaltaisessa kliinisessä tapauksessa toinen hoitohenkilökuntaan kuuluva tulkitsisi tilanteen samalla tavalla ja toimisi samoin. Pätevyys tarkoittaa sitä, että ensihoitokaavakkeesta käy ilmi, miten annettu hoito edistää potilaan terveydentilaa. Kaikki hoitotoimenpiteet on dokumentoitava, samoin hoidon vaste. Selkeyden kriteerit täyttyvät, kun kirjaaminen on rakenteeltaan yhtenäistä ja käytetty kieli selkeää ja ilmaisutapa lyhyttä. Tarkkuus sen sijaan merkitsee prosessin tarkkaa kuvaustapaa. Toistettavuuden periaate tarkoittaa, että kirjaamisen perusteella toinen työpari tekisi samankaltaisia päätöksiä. (Saranto et al. 2007 s. 53)

Edustuksellisuus kriteerinä tarkoittaa sitä, että kaikkien osapuolten näkemykset käyvät ilmi kirjaamisessa (Saranto et al. 2007 s. 53). Tämän toteuttaminen on ensihoidossa useimmiten lähes mahdotonta.

Joustavuus tarkoittaa sitä, miten hoitosuosituksista poikkeava tilanne on tunnistettu. Lisäksi joustavuuden kriteerien täytyminen edellyttää, että on kirjattu millä tavalla potilaan mielipiteet on huomioitu päätöstä tehtäessä. (Saranto et al. 2007 s. 53) Näiden soveltaminen ensihoitoon on niin ikään hankalaa.

”Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että:

- potilaat saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa hoitoaan ja terveyttään koskevista vaihtoehdoista
- hoitotyöstä karsiutuvat tehottomat tai vailla tieteellistä varmuutta olevat auttamiskeinot
- voimavarat kohdistetaan oikein ja taloudellisesti, huomioidaan tiedonkulun tuomat hyödyt
- suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta päästään eroon.” (Hallila 2005 s. 13)

5.2 Potilasturvallisuus

Turvallinen hoito tarkoittaa, että hoito annetaan oikein, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa. Potilaalle ei hoidon aikana aiheudu tarpeetonta haittaa. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintatapoja, joilla taataan, että potilas saa turvallista hoitoa. Siihen sisältyy virhetilanteiden hallinta ja poikkeamista aiheutuvien haittatapahtumien ennalta ehkäisy. (STM 2009:3 b) s. 11) Potilasturvallisuuden piiriin kuuluvat hoidon turvallisuus, laiteturvallisuus ja lääkitysturvallisuus. Turvallisuus on yksi laadukkaan hoidon kriteereistä. (STM 2009:3 b) s. 20)

Potilasturvallisuuskulttuuri on systemaattinen toimintatapa, jolla voidaan hoitaa potilaita mahdollisimman turvallisesti. Johtaminen, työyhteisön arvot ja asenteet tukevat tätä toimintaa. Riskejä arvioidaan ja ehkäistään etukäteen, toimintaa korjataan ja kehitetään jatkuvasti. Toiminnasta otetaan vastuu yhteisesti. Työyhteisön jokainen jäsen sitoutuu

potilasturvallisuuden kehittämiseen kiinnittämällä huomiotaan omiin toimintatapoihinsa ja osaamiseensa. (STM 2009:3 b) s. 14)

Johdolla on viime kädessä aina vastuu potilasturvallisuuden toteutumisesta ja sen tehtävänä on tarjota sellaiset työolosuhteet, että hoito on mahdollista toteuttaa turvallisesti. Johdon vastuulla on, että henkilökuntaa on tarpeeksi ja, että heidän koulutustasonsa on riittävä. (STM 2009:3 b) s. 14)

Kun potilaalta saadaan riittävästi informaatiota hänen terveydentilastaan, on mahdollista toteuttaa hoitoa turvallisesti. Potilasta on myös informoitava hänelle annetusta hoidosta ja sen mahdollista sivuvaikutuksista ja riskeistä. (STM 2009:3 b) s. 15)

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetään ammattihenkilöitä koskevista ammattieettisistä velvollisuuksista. ”Lain mukaan ammattihenkilön toiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimyksiensä lieventäminen.” Potilaan hoidosta saamaa hyötyä on aina punnittava siihen, paljonko mahdollisia haittoja hoidosta aiheutuu. (Pallonen et al. 2005 s. 25)

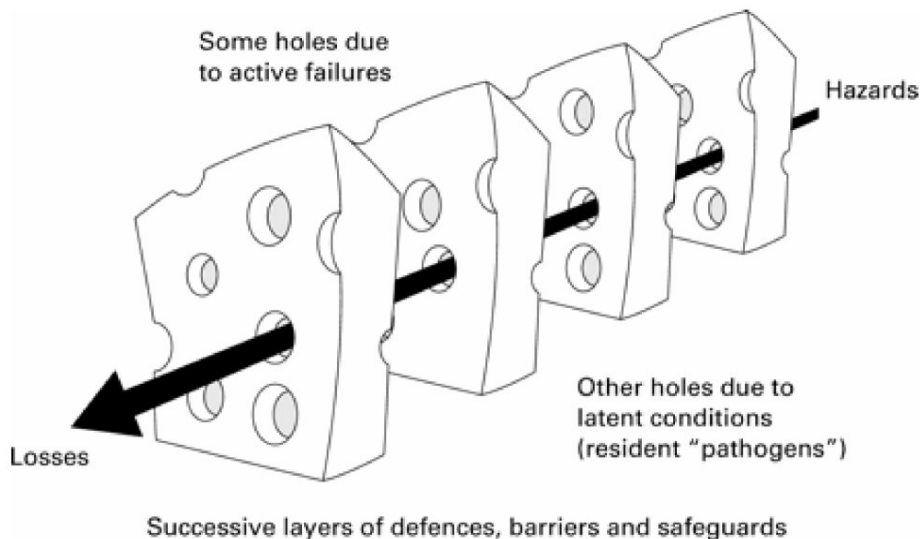
Potilasvahinkotapahtumia varten on säädetty potilasvahinkolaki. Lain mukaan potilaalla on aina oikeus saada korvaus vahingosta, joka on syntynyt terveydenhuollon toimintayksikössä hoidon aikana. Potilasvahingolla tarkoitetaan hoitovirhettä, joka on tapahtunut tutkimus- tai hoitotoimenpiteiden aikana tai niiden laiminlyönneistä. ”Korvauksen saannin edellytyksenä on kuitenkin, että henkilö on ollut lain edellyttämässä potilaan asemassa.” (Castrén et al. 2005 s. 59)

Vahingon tapahduttua toimittaa potilas, hänen valtuuttamansa asiamies tai holhooja kirjallisen vahinkoilmoituksen Potilasvakuutuskeskukselle. Keskuksen tehtävänä on hankkia tarvittavat selvitykset asian ratkaisemista varten. (Castrén et al. 2005 s. 60) Selvitysprosessin tarkoituksena ei ole käsitellä syyllisyyskysymyksiä (Kuisma et al. 2008 s. 589).

Terveydenhuollon ammattihenkilö on toiminut epäasianmukaisesti, jos hän on menetellyt tavalla, joka hänen olisi pitänyt ymmärtää virheelliseksi tavaksi toimia, kun otetaan huomioon hänen koulutuksensa ja työkokemuksensa. Toiminta tulkitaan epäasialliseksi myös, jos hoitaja ei ole toiminut säännöksiensä tai määräyksiensä mukaisesti. (Palonen et al. 2005 s. 25)

Terveyden- ja sairaanhoidon harjoittajan velvollisuuksiin kuuluu, että potilasvakuutus on otettu. Yksityisiä sairaankuljetuspalveluita tarjoavalla yrityksellä on velvollisuus potilasvakuutuksen hankkimiseen. (Palonen et al. 2005 s. 45-46)

Virheet joutuvat yleensä puutteellisesta toiminnasta. Tavallisesti taustalla on useampia toiminnan puutteellisuuksia. Tätä ilmentää Reasonin ”reikäjuustomalli”. Mallissa on esitetty Emmental-juuston viipaleita, jotka ovat toiminnan eri vaihteita ja reiät vastaavasti mahdollisia virheitä. Kun viipaleissa olevat reiät osuvat samaan kohtaan, on seurauksena hoitovirhe ja potilaalle koituu hoitohaitta. Silloin, kun eri viipaleissa olevat reiät eivät osu samaan kohtaan ei yhdessä hoitoprosessin vaiheessa ilmennyt virhe etene seuraavaan vaiheeseen ja näin hoitovirhettä ei tapahdu eikä hoitohaittaa synny. (Palonen et al. 2005 s. 380-381)



Kuvio 1. Reasonin reikäjuustomalli (2000)

Virheitä ei tapahdu ainoastaan epäpäteville hoitotyöntekijöille. Virheiden ennalta ehkäisy vaatii kokonaisvaltaista toiminnan arviointia ja kehittämistä. Vahinkoja voidaan ennalta ehkäistä avoimella ja yksilöä syyllistämättömällä ilmapiirillä. Hoitovirheet tulee aina raportoida. Myös ns. ”läheltä piti –tilanteet” tulee ilmoittaa. (Palonen et al. 2005 s. 381-385) Potilasturvallisuuden parantaminen merkitsee, että virheitä selvitetään systemaattisesti ja tämän pohjalta toimintaa kehitetään (Palonen et al. 2005 s. 377).

Ilmoitettuja hoitovirheitä on analysoitava, jotta toimintaa saadaan kehitettyä turvallisemmaksi. Vähäiset haittatapahtumat voidaan käydä läpi omassa toimintayksikössä, kun taas vakavammat on analysoitava perusteellisemmin ja keskitetysti. (Palonen et al. 2005 s. 387)

Toiminnan muuttaminen turvallisemmaksi edellyttää, että henkilökunta keskustelee havaituista virheistä. Palaute ja keskustelu ovat avaimia uuden oppimiseen ja näin voidaan saada työyhteisöön virheitä ehkäisevä ilmapiiri. (Palonen et al. 2005 s. 390)

Tapahtuneesta hoitovirheestä on aina informoitava potilasta. Asia on ilmoitettava selkeästi. Lisäksi potilaalle on kerrottava, minkälainen virhe tapahtui ja, kuinka virheiden uusiutumista jatkossa ehkäistään. Myös anteeksipyyntö tulee muistaa esittää. (Palonen et al. 2005 s. 391)

Hoitaja, joka on aiheuttanut potilaalle suurta vahinkoa hoitovirheen takia, syyttää tavallisesti itseään. Lisäksi hän saattaa ajautua psyykkisiin ongelmiin. Tällöin esimiesten tuki on ensiarvoisen tärkeää. Tilanteen niin vaatiessa, tulee hoitajalla olla mahdollisuus työnohjaukseen tai psykiatrin/psykologin tapaamiseen. (Palonen et al. 2005 s. 392)

Potilasturvallisuutta on mahdollista parantaa henkilökunnan kouluttamisen ja hyvän tiedottamisen kautta. Vahinkojen ilmoittamiskäytännön olemassa olo (ilmoittamiskaavakkeet ja muu ilmoittamistoiminnan järjestäminen) edesauttavat turvallisuuden lisäämistä. Niin ikään virheilmoitusten tarkastelu ja tapahtuneista virheistä keskustelu työyksikössä lisää potilasturvallisuutta. Myös potilasvahinkoilmoitusten perusteella on toimintaa mahdollista kehittää. (Palonen et al. 2005 s. 392-394)

5.2.1 Potilasturvallisuus ensihoidossa

Ensihoitotilanteissa on tavallista, että paikka on ennestään tuntematon, olosuhteet hankalia ja usein potilaasta saadaan liian vähän esitietoja. Lisäksi aika toimintaan on rajallinen ja se vaikuttaa myös hoitotoimenpiteisiin. Näin ollen ammattihenkilöstöllä on oltava riittävä koulutus, työkokemus ja selkeät hoito- sekä toimintaohjeet. (Castrén et al. 2005 s. 59)

Potilasvahinkolaissa on kohta korvauksenhakuoikeudesta potilasvahinkoon, joka on tapahtunut sairaankuljetuksessa. Potilasvahinko, joka on syntynyt sairaankuljetuksessa, kuuluu potilasvahinkolain piiriin siitäkin huolimatta, että vahingon on aiheuttanut hoitaja, joka ei ole rekisteröity terveydenhuollon ammattihenkilö. Tämä edellyttää kuitenkin, että sairaankuljetusyksikkö tuottaa sopimukseen perustuen palvelua terveydenhuollolle. Lain alaisuuteen kuuluvat lisäksi vahingot, jotka ovat aiheutuneet tutkimuksen tai hoidon aikana. Lääkitysvirheet kuuluvat korvauksen piiriin silloin, kun vahinko on tapahtunut lääkkeen määräämisessä tai annostelussa. (Castrén et al. 2005 s. 59-60)

5.3 Systemaattinen kirjaaminen

Tiedon merkitystä potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa ei voida ylikorostaa. Hoitotietojen tulee olla viiveettä käytettävissä silloin, kun niitä tarvitaan. Systemaattisuudella tarkoitetaan, että kirjaamisen ohjeena toimivat yhteisesti sovitut käytännöt siitä mitä kirjataan (eli sisältö) ja miten kirjataan (eli rakenne). Tavoitteena siis on, että kirjaamiskäytännöt ovat vakioituja. Tämä mahdollistaa hoitotietojen käytön siten, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa. (Saranto et al. 2007 s. 12)

Palvelun tuottajan velvollisuuksiin kuuluu pitää yllä potilasasiakirjoja. Potilaslaki edellyttää, että asiakirjoihin tulee tehdä merkinnät tapahtumista. Potilasasiakirja on potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytetty, laadittu tai muualta saatu asiakirja, joka pitää sisällään tietoja potilaan terveydentilasta. Potilaskertomuksella tarkoitetaan tietoja avohoito- ja kotihoitokäynneistä sekä osastojaksoista. Hoitokertomus vastaavasti on hoitohenkilökunnan ja mahdollisesti joidenkin muiden ammattiryhmien yhdessä laatima potilaskertomuksen osa, johon sisältyy tiedot potilaan hoidon suunnittelusta, toteu-

tuksesta, seurannasta sekä arvioinnista. (Saranto et al. 2007 s. 12-13)

Hoitotyön kirjaaminen perustuu Maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimalliin. Mallissa on erikseen päätöksenteon eri vaiheet. Otsikoita voivat olla esim. ”hoitotyön ongelmat”, ”tavoitteet”, ”toteutus” ja ”arviointi”. Prosessimallin lisäksi hoitoa on kirjattu niin ikään vapaalla tekstillä. Tässä tilanteessa kirjaamisen rakenne on koostunut kirjausten otsikoinnista tai merkinnöistä esim. ”tausta”, ”tulotilanne”, ”toimenpiteet” ja ”kotiutus”. (Saranto et al. 2007 s. 13) Viimeksi mainittu on ollut vallitseva käytäntö sairaankuljetuksessa ja SV210-kaavake mukailee jokseenkin tätä kaavaa. Kirjaaminen kaavakkeeseen tapahtuu niin ikään vapaata tekstiä tuottaen.

Systemaattisen kirjaamisen merkitys tulee esiin, kun eri ammattiryhmät käyttävät samaa asiakirjaa. Tällöin on tärkeää löytää hoidon kannalta olennainen tieto. Kirjaamisen systemaattisuus on tärkeää myös silloin, kun potilas ja asiantuntija ovat fyysisesti eri paikoissa. (Saranto et al. 2007 s. 14) Systemaattinen dokumentaatio hoitoprosessin eri vaiheista tuo esiin hoitajan kognitiivisen toiminnan (Lundgén-Laine & Salanterä 2007 s. 26).

Potilaalla on oikeus osallistua päätöksentekoon, joka koskee hänen hoitoaan ja saada tieto siitä, miten hoito etenee. Kirjatut tiedot ovat tärkeitä potilaan oikeuksien suojelua ajatellen. Asiakirjoista käy ilmi, onko kaikki tarvittava hoito annettu ja onko potilaalle kerrottu hänen terveydentilastaan ja eri hoitovaihtoehdoista. Juridisesta näkökulmasta potilasasiakirja on todiste siitä, että hoitohenkilökunta on toiminut sekä laillisesti että eettisesti oikealla tavalla ja, että potilas on saanut parasta mahdollista hoitoa. Laillisella ja eettisellä vastuulla tarkoitetaan lakien, asetusten, ohjeiden ja sääntöjen noudattamista, kuten myös sitä, että toimintayksikön tai esim. sairaanhoitopiirin toimintatapoja noudatetaan. Potilasasiakirjasta on aina käytävä ilmi kuka kirjaajana on toiminut. Tämä siitä syystä, että muistutuksissa, kanteluissa ja valituksissa on helpompi selvittää, kuka hoitajana on toiminut. Lisäksi vakuutusyhtiöt ovat kiinnostuneita hoitoa koskevasta informaatiosta, sillä ne tarkastavat korvausten oikeellisuuksia. (Saranto et al. 2007 s. 15)

Kirjaamisen kautta muodostuu kokonaiskuva potilaan hoidon etenemisestä. Dokumentointia suorittavat kaikki ne henkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon. Eri ammatti-

ryhmien välillä kirjaaminen on usein erilaista, mutta tätä tapahtuu myös saman ammattiryhmän sisällä, koska yhteinen tiedon tuottamiskäytäntö usein puuttuu. (Saranto et al. 2007 s. 72)

5.3.1 Sisällön systemaattisuus

Potilaslaki edellyttää, että potilasasiakirjoista tulee näkyä:

- ”Miksi potilas on tullut hoitoon?
- Mitä hoitoa potilas on saanut?
- Miten hoito on vaikuttanut ja miten potilas on voinut hoidon aikana?
- Millainen potilaan vointi on hoitajakson päättyessä?
- Miten potilaan mahdollinen jatkohoito on järjestetty tai selviytyminen kotihoitossa on varmistettu?
- Mitä mieltä hoitoon osallistuneet eri ammattiryhmät ja potilas tai hänen omaisensa ovat hoidon onnistumisesta ja vaikutuksista?” (Saranto et al. 2007 s. 80)

Se, miksi potilas on hoitoon hakeutunut, voidaan ajatella hänen kokeminsa ongelmina tai hoitotyön diagnooseina. Potilaan saama hoito on mahdollista kirjata hoitotyön toimitoja apuna käyttäen ja hoidon vaikutus vastaavasti sen mukaan mikä on toteutetun hoidon tulos. Potilaan terveydentila hoidon aikana ja sen päättyessä tulee arvioida ja kirjata potilaan kokemina ongelmina, hoidon tarpeina sekä työdiagnooseina. Hoitotyön toimitoja käyttäen on mahdollista kirjata jatkohoidon järjestäminen, kuten myös selviytyminen kotona. Henkilökunnan ja itse potilaan näkökulma hoidon onnistumisesta kuuluu niin ikään päätöksenteon prosessimallia noudattelevaan kirjaamiseen. (Saranto et al. 2007 s. 80)

5.3.2 Ydintiedot

Ydintiedolla tarkoitetaan joko tietoa siitä millaista hoitoa potilas tarvitsee tai informaatiota siitä, millaista hoitoa hän on saanut. Hoitokertomuksen ydintietoja ovat potilaan henkilötiedot, kuten myös hänen yhteystietonsa. Niin ikään hoitaja on kyettävä identifioimaan (organisaatio, toimipaikka ja status). Tiedot liittyvät aina tiettyyn hoitotapahtumaan. Lisäksi riskitiedot (huomioitava hoidossa), hoitosyy ja diagnoosi ovat ydintietoja.

(Hallila 2005 s. 30-31)

Potilaan terveyttä koskeva informaatio ja hoidon aikana tehdyt fysiologiset mittaukset ovat ydininformaatiota. Hoidon ydintietoja ovat hoidon tarpeen arvioinnin, suunnittelun, järjestämisen, toteutuksen ja vasteen sekä seurannan perusteella kirjatut tiedot, samoin informaatio toteutetuista toimenpiteistä ja annetusta lääkehoidosta. Myös arvio potilaan hetkisestä toimintakyvystä, hänen käyttämistään apuvälineistä ja mahdollisesta hoitotahdosta luokitellaan ydintiedoiksi. (Hallila 2005 s. 31-32)

Alaikäisen potilaan huoltajan nimi ja yhteystiedot tulee dokumentoida, samoin täysikäisen potilaan laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Potilaan äidinkieli on niin ikään kirjattava ylös. (STM 2009 a) s. 16)

Oikeaoppisella kirjaamisella on mahdollista lisätä potilasturvallisuutta ja parantaa hoitohenkilökunnan oikeusturvaa. Kirjaaminen voi mm. perustua seuraaviin kriteereihin:

- Kirjataan vain tarpeellinen tieto.
- Ei kirjata arkaluontoisia asioita, jos hoito ei ehdottomasti sitä edellytä.
- Kirjaamisessa huomioidaan potilaan yksilöllisyys ja salassapitovelvollisuus.
- Ei kirjata muita henkilöitä koskevaa informaatiota, ellei ole pakko. Jos kirjataan, merkitään myös lähde, josta tieto on saatu.
- Epäiltäessä laite-, lääke- tai potilasvahinkoa, kirjataan tarkka kuvaus vahingosta ja mukana olleista hoitajista. Laite-/lääkevahinko tapauksissa kirjataan myös epäily tähän johtaneesta syystä.
- Käsiala on selkeää.
- Kirjaamisessa sattunut virhe korjataan yliviivaamalla.
- Kirjaamisesta tulee käydä ilmi onko tieto potilaan tai omaisen kertomaa vai hoitajan itse päättelemää.
- Käytetään sanoja ja ilmaisuja, jotka on helppo ymmärtää.
- Kirjataan myös tieto, joka on annettu potilaalle suullisesti.
- Kirjaamisesta käy ilmi hoidon tarpeet ja tavoitteet sekä hoitovaste.
- Kirjataan hoitoa antaneen nimi ja ammattinimike.
- Kun opiskelija kirjaa, vahvistaa ohjaaja aina kirjaamisen oikeellisuuden ja virheettömyyden. (Hallila 2005 s. 32-34)

heittämyyden. (Hallila 2005 s. 32-34)

Hoitotyön johdon tehtävänä on avustaa hoitohenkilöstöä ja seurata sekä arvioida kirjaamisen laatua. (Hallila 2005 s. 34)

Yksilöllinen hoito edellyttää tarkkaa ja yksityiskohtaista tiedonkeruuta potilaasta ja hänen terveydentilastaan. Näin voidaan räätälöidä juuri ko. potilaan ongelmiin valikoituva hoito. Hoitotilanteiden perustana toimivat yleiset ohjeet, linjaukset ja valinnat. Toteutus tapahtuu kuitenkin aina hoitajan ja potilaan välisenä yhteistyönä. Potilaan vointi vaikuttaa aina siihen kuinka paljon hän kykenee osallistumaan omaan hoitoonsa. Yksilöllinen hoito tarkoittaa sitä, miten potilas itse kokee oman hoitonsa. Pelkkä hoitosuositus ei tuota yksilöllistä hoitoa, jos hoitaja ei sovelle saamaansa informaatiota oikein. (Hallila 2005 s. 41-43)

Hoitotyön suunnittelu käynnistyy silloin, kun potilas kohdataan. Kohtaamisen tulisi olla sellainen, että potilas kokee, että häntä kohdellaan yksilönä, hän voi tuntea olonsa turvallisiksi ja kokea luottavansa hoitohenkilöstöön. Asianmukainen ja riittävä informaatio lisää potilasturvallisuutta, hoidon jatkuvuutta ja resurssien käyttö on optimaalista. Haastattelun lisäksi hoitaja tarkkailee potilaan vointia ja kirjaa tämän perusteella tekemänsä havainnot. Se miten potilas itse kokee ongelmansa saattaa poiketa paljonkin siitä, miten hoitaja potilaan ongelman arvioi. Tämän vuoksi on tärkeää tiedustella potilaan vointia. Dokumentoida tulee näin ollen sekä oireet että löydökset. (Hallila 2005 s. 61-63)

”Diagnoosi tarkoittaa Nykysuomen sanakirjan (1994) mukaan erotusta, todennäköisyyttä ja taudinmäärittystä ja Nurse’s Dictionaryn (1998) mukaan kliinisen diagnoosin avulla kuvataan oireita ja seurauksia.” Hoitotyön diagnoosi sen sijaan on hoitohenkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilasta joko tämän hetkisistä tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevistä ongelmista, joita on mahdollista lievittää tai poistaa täysin hoitamalla. Perusajatuksena on, että potilaan terveyteen liittyvä ongelma täsmennetään ja näin voidaan räätälöidä juuri hänelle paras mahdollinen hoito. (Hallila 2005 s. 70)

Hoitotyön diagnoosien luokittelu voi perustua lääketieteellisen sairauden perusteella, oireena tai yleisten monella potilaalla ilmenevien tarpeiden perusteella (esim. hengelli-

set tarpeet). Suora hoitotyön mallin soveltamisen jokaiseen potilaaseen ei ole mahdollista, vaan aina on huomioitava potilaan yksilöllisyys ja hänen tarpeensa. Hoitotyön diagnoosien tehtävänä on, että hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi ovat kokonaisvaltaista ja yksilön tarpeet huomioivaa toimintaa. (Hallila 2005 s. 73)

Diagnoosin vaiheet:

1. Tiedonkeruu ja hoitotarpeen arviointi (potilaan vointi, aikaisempi terveydentila, tehdyt havainnot, käytös ja oma arvio voinnistaan).
2. Muutoksen vertailu normaaliin tilanteeseen.
3. Hoitotyön diagnoosien liittyminen lääketieteellisiin diagnooseihin (oireet ja löydökset).
4. Hoidon tavoitteen määrittely.
5. Hoitotyön dokumentointi. (Hallila 2005 s. 74-75)

5.4 Kirjaaminen ensihoidossa

Kansanterveyslaki edellyttää, että potilaan luona käyvä hoitohenkilöstö merkitsee ylös informaation potilaan sen hetkisestä terveydentilasta. Niin ikään Sairaankuljetustoimikunnan komiteamietintö velvoittaa sairaankuljetusyrityksiä käyttämään hoitokertomusta, joka sitten myöhemmin on mahdollista liittää potilaan sairaskertomukseen (Sairaankuljetusasetus). (Rasku 1999 s. 8)

Käytössä on Kansaneläkelaitoksen hyväksymä SV 210 –lomake ” Selvitys sairaankuljetuksesta”. Lomaketta on kolme kappaletta, yksi annetaan potilaan jatkohoitopaikkaan tai vaihtoehtoisesti jätetään potilaalle kotiin (ei kuljetusta), yksi toimitetaan Kelaan korvausten maksua varten ja yksi jää sairaankuljetusyritykselle arkistoitavaksi. Potilaan terveydentila saattaa matkan aikana muuttua niin paljon, ettei hän jatkohoitopaikassa pysty kertomaan mitään. Tällöin SV 210 –lomake korvaa potilaan suullisen kertomuksen voinnistaan. Kirjaamalla varmistutaan siitä, että hoito on jatkuvaa ja tiedonkulku toimii hyvin. (Rasku 1999 s. 8)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus edellyttää tietynlaista kirjaamista SV 210 –lomakkeeseen. Asiakirjat ovat salassa pidettäviä eikä potilaan terveydentilaa koskevia tietoja saa luovuttaa sivullisille ilman potilaan suostumusta. Sairaankuljettaja on velvollinen kirjaamaan potilaalle annetun hoidon ja siihen liittyvän seurannan. Lääkärin konsultaatio tai osallistuminen hoitotilanteeseen tulee dokumentoida. Sairaankuljetusselvityksestä tulee näkyä potilaan henkilötiedot ja tarkat kellonajat. Dokumentoinnin tulee lisäksi noudattaa alueen vastuuviranomaisten laatimia viranomaismääräyksiä. (Castrén et al. 2005 s. 57)

Dokumentoinnin tärkeys korostuu etenkin tilanteessa, jossa potilaan terveydentilan heikkouden vuoksi, hän ei pysty itse kertomaan, millaista hän haluaisi hoitonsa olevan tai miten häntä on jo ehditty hoitaa. (Hietala & Jalkanen 2001 s. 14)

Sairaankuljetusselvitykseen tehtävien merkintöjen tulee olla selkeitä. Käytettyjen ilmaisujen ja lyhenteiden on oltava yleisesti tunnettuja (liite 2.). Kirjaamisessa tapahtunut virhe on korjattava siten, että sekä alkuperäinen että korjattu kirjaus ovat luettavissa. Lomakkeen allekirjoittaa aina hoidosta vastuussa oleva hoitaja. Silloin, kun merkintöjä tekee opiskelija, tulee ohjaajan hyväksyä merkinnät. (Castrén et al. 2005 s. 58)

Sairaankuljetuspalveluiden tuottajalla on velvollisuus huolehtia siitä, että ensihoitokertomusjäljennökset säilytetään siten, että ulkopuoliset eivät pääse niitä lukemaan. Organisaation esimies on vastuussa oikeanlaisesta säilyttämisestä. (Castrén et al. 2005 s. 146)

Potilaslaki edellyttää, että sairaankuljetuksessa toiminta, konsultaatio ja kirjaaminen ovat perusteellisia. Potilaslaki on terveydenhuollon erityislaki. Se säättää potilastietojen salassapidosta sekä luovuttamisesta ja tarvittaessa syrjäyttää yleislait. (Kuisma et al. 2008 s. 28)

Ensihoitokertomuksella pyritään turvaamaan potilaan hoidon jatkuvuus. Kertomuksesta vastaanottavan hoitolaitoksen henkilökunta saa kokonaiskuvan potilaan terveydentilasta. Lomake liitetään aina potilaan sairauskertomukseen. (Castrén et al. 2005 s. 147)

Hoitolaitokselle tärkeää informaatiota ovat tapahtumatiedot, potilaan tila tavattaessa, vitaaliarvot, mahdolliset silminnäkijöiden kuvaukset tapahtumista, toteutunut hoito ja hoitovaste, mahdollisesti löytyneet lääkepurkit, lääkelista, epikriisit, EKG-filmit, potilaan henkilötiedot ja omaisten yhteystiedot. (Castrén et al. 2005 s. 147)

Ensihoitokertomus on laadittu niin, että sen eteneminen noudattaa loogista järjestystä. Dokumentoinnin ajankohta on aina riippuvainen tehtävän kiireellisyydestä ja luonteesta. Silloin, kun hoidettavana on peruselintoimintojen häiriöstä kärsivä potilas, on luonnollisesti ensisijaista potilaan auttaminen. Jos kirjaaminen on tehty kiireessä, tulee viimeistään hoitolaitoksessa kirjoittaa ensihoitokertomus puhtaaksi selkeällä käsialalla. (Castrén et al. 2005 s. 147-148)

”Hyvä ensihoitokertomus:

- kirjoitettu selvällä käsialalla
- kirjattu kaikki olennainen
- ei toisteta samaa asiaa
- etenee loogisesti
- sisältää vain vastaanottajan ymmärtämiä lyhenteitä.” (Castrén et al. 2005 s. 149)

Kirjatut havainnot eivät koskaan saa olla epävarmoja. Kellonajat tulee kirjata, samoin tehtäväosoite, tehtäväkoodi ja kiireellisyysaste. (Castrén et al. 2005 s. 148-149)

Tapahtumatiedoista tulee käydä ilmi avun hälyttämisen syy, mitä on tapahtunut, koska oireet ovat alkaneet, milloin oireet ovat pahentuneet, onko potilas ottanut jotakin lääketettä (esim. nitraattivalmistetta) ja onko lääkkeistä ollut apua. (Castrén et al. 2005 s. 149) Niin ikään on tarpeen selvittää, onko vastaavanlaista kipua ollut aikaisemmin ja säteileekö kipu johonkin (Kuisma et al. 2008 s. 262). Hyvän tavan mukaista on kirjata, kuka apua on soittanut. (Hietala & Jalkanen 2001 s. 15).

Kirjata tulee aina onko rintakipu alkanut levossa vai rasiuksessa ja onko se alkanut äkillisesti vai pahentunut hitaasti. Potilaalta on tiedusteltava tuntuuko kipua edelleen ja määritettävä kivun voimakkuutta VAS-asteikkoa apuna käyttäen. (Rasku 1999 s. 44) Kivun luonteen selvittäminen on myös tärkeää (Castrén et al. 2005 s. 386). Poti-

laan asento kohtaamishetkellä on myös syytä huomioida (Rasku 1999 s. 44). Rintakipu-potilaalta kannattaa tiedustella tupakoiko hän, onko suvussa sydänperäisiä sairauksia, millainen verenpaine on aikaisemmin ollut, samoin kolesteroliarvot (Kuisma et al. 2008 s. 262).

Kohtaan ”tila tavattaessa” dokumentoidaan lyhyt kuvaus potilaan sen hetkisestä terveydentilasta, pääasiallinen oire ja hoitajan itse tekemät havainnot. Olennaista informaatiota on se, mitä potilas tekee, mitä hän valittaa, kivun voimakkuus (VAS). (Castrén et al. 2005 s. 149-150) Lisäksi kivun luonne, jatkuvuus, paikallistuminen ja säteily tulee dokumentoida, samoin muut mahdolliset oireet (Hietala & Jalkanen 2001 s. 15). Myös se, miltä potilas näyttää on huomioitava ja dokumentoitava (Kuisma et al. 2008 s. 54).

Potilaan kokeman kivun tunnistamiseen voidaan käyttää sekä sanallista että ei-sanallista viestintää, kuten myös mitattavia arvoja mm. hengitystiheys, pulssi, perifeerinen lämpö ja verenpaine. Potilas saattaa sanoa palelevansa, hikoilla, täristä tai kärsiä pahoinvoinnista. Minimoidakseen kivun potilas saattaa olla liikkumatta. Kasvojen ilmeitä tarkkailemalla saadaan non-verbaalista tietoa kivun määrästä. Potilaan käytös antaa niin ikään viitteitä kivun asteesta, myös tajunnan taso voi olla alentunut. (Hallila 2005 s. 91)

VAS-asteikkoa käyttämällä saadaan tärkeää tietoa siitä, tarvitseeko potilas kipulääkitystä. Kipulääkkeen antamisen jälkeen tulee lääkkeen vastetta seurata säännöllisin väliajoin. Dokumentoinnista tulisi näkyä kivun ilmeneminen (potilaan oma sanallinen kuvaus kivusta, paikka, voimakkuus, hoitajan tekemät havainnot sekä mitatut suuret.) Lisäksi tulisi kirjata käytössä olevat kivunlievityskeinot. Lopuksi kivunhoidon vaste tulee dokumentoida niin potilaan itsensä kuvaamana kuin hoitajan oma näkemys. (Hallila 2005 s. 95)

Potilaan perussairaudet, aikaisemmat sairaalahoidot ja vuodet, kuten myös potilaan käyttämä lääkitys on tärkeää dokumentoida (Castrén et al. 2005 s. 150). Jos potilaalla on edelleen jatkuva hoitosuhde tai jokin tutkimus kesken samassa hoitopaikassa, on tämä hyvä kirjata ylös (Kuisma et al. 2008 s. 55). Lääkkeistä kirjataan kauppanimi, vahvuus ja annos (Kuisma et al. 2008 s. 55). Jos potilaalla on ajan tasalla oleva lääkelista, riittää, että se otetaan mukaan. Tällöin lääkkeitä ei tarvitse kirjata ensihoitokertomukseen, riit-

tää pelkkä merkintä lääkelista mukana. (Castrén et al. 2005 s. 150) Niin ikään potilaan mahdollisia allergioita tulee tiedustella ja dokumentoida ne (Kuisma et al. 2008 s. 55).

Statusseurantataulukon kaikki kohdat tulee täyttää (Hietala, Jalkanen 2001 s.15). Peruselintoiminnoista tulisi kirjata aina ensiarvio, täsmennetty arvio ja hoitovaste. Verenpaineen ensiarvioksi riittää RAD+, jos rannesyke tuntuu. Täsmennetyssä arviossa verenpaine mitataan (systolinen/diastolinen) ja hoidon jälkeen painetta seurataan joko mittaamalla, rannesykettä tunnustelemalla tai verenpainemansettia apuna käyttäen palpoimalla. (Castrén et al. 2005 s. 150)

Sykkeen (krt/min) ensiarvioksi dokumentoidaan joko ranteesta tai kaulalta palpoimalla saatu arvo. Summittainen arvio riittää 10 sykäyksen tarkkuudella. Tarkennetussa tilanearviossa kirjataan monitoroitu arvo tai vastaavasti pulssioksimetrin ilmoittama luke-ma. Tällöin tulee kiinnittää huomiota mahdollisen pulsoivan sykkeen ja sydämen sähköisen toiminnan väliseen eroon. Ensiarviota tehtäessä kirjataan onko rytmi tasainen vai ei. Täsmennetyssä arviossa kirjataan sydämen sähköistä toimintaa kuvaavan monitoroinnin pohjalta tehty arvio rytmistä. (Castrén et al. 2005 s. 150) Rytmisiä dokumentoitaessa voi hyvin käyttää lyhenteitä.

Jos potilaalla on havaittavissa lämpöraja ihossa, tulee tämän näkyä ensihoitokaavakkeessa (Castrén et al. 2005 s. 152). Huomiota tulee kiinnittää niin ikään ihon hikisyyteen ja kirjata havaittu löydös (Castrén et al. 2005 s. 388).

Potilaan hengitystaajuus on dokumentoitava. Ensiarviota tehtäessä yleisesti käytössä olevien symbolien avulla voidaan merkitä hengitystaajuus. Tarkennetussa tilanearviossa kirjataan hengitystaajuus krt/min. Hengitysäänet on niin ikään kuunneltava ja merkitävä löydös ensihoitokaavakkeeseen. Ensiarviossa merkitään poikkeavuudet, jotka voidaan kuulla ilman stetoskooppia. Täsmennetyssä arviossa kirjataan stetoskoopilla kuultu löydös. Dokumentoitaessa stetoskoopilla kuultuja hengitysääniä on sekä oikea että vasen puoli keuhkoista kirjattava erikseen. (Castrén et al. 2005 s. 152) Dokumentoida tulee myös se, liittyvätkö löydökset sisään- vai uloshengitysvaiheeseen. I tarkoittaa sisäänhengitysvaihetta (inspirium) ja E uloshengitysvaihetta (expirium). (Castrén et al. 2005 s. 152) Kts. liite 2.

Happisaturaatio (prosentit) kirjataan täsmennettyä tilannearviota tehtäessä. SpO₂ tulee mitata ennen lisähapen antoa, joskaan hapenanto ei saa tämän vuoksi viivästyä. Tilanteessa, jossa ensivaste on jo kohteessa ja potilaalle on happihoito jo ehditty aloittaa, tulee kirjata, että saatu happisaturaatioarvo on mitattu lisähapen kanssa. (Castrén et al. 2005 s. 152)

Potilaan tajunnan taso arvioidaan käyttämällä apuna GCS-asteikkoa. Potilaan ollessa alkoholin vaikutuksen alaisena käytetään merkintää ‰ (promillet). (Castrén et al. 2005 s. 152) Mikäli mittaus on saatu passiivisena uloshengityksenä puhalluksen sijaan, tulee tästä olla maininta (Kuisma et al. 2008 s. 56). (liite 2.) Verensokeri ilmoitetaan mmol/l. Kapnometrin ilmoittama uloshengityksen hiilidioksidipitoisuus ilmoitetaan prosentteina. (Castrén et al. 2005 s. 152) Tai vaihtoehtoisesti kilopascalina (kPa).

Hoito tulee kirjata siten, että myös hoidon aloittamisajankohta on näkyvässä. Lääkkeistä tulee kirjata kauppanimet, annetut määrät ja antoreitit. (Castrén et al. 2005 s. 153)

Mikäli potilasta ei kuljeteta hoitoon, tulee tämän näkyä ensihoitokaavakkeesta. Samoin se, miten potilasta on kehoitettu toimimaan, jos tilanne muuttuu. Potilaan kieltäytyessä hoidosta ja kuljetuksesta, on sairaankuljettajan dokumentoitava tämä ja pyydettyä potilaalta allekirjoitus. (Castrén et al. 2005 s. 153)

Lääkärin konsultaation tulee näkyä SV 210 –lomakkeesta, kuten myös se, miten konsultaation perusteella on menetelty. Ensihoitokaavakkeesta tulee selkeästi olla nähtävissä, mitä hoitohenkilökunta on tehnyt oman harkinnan perusteella, mitä taas konsultaatioon perustuen. (Castrén et al. 2005 s. 153) Dokumentoitava on lisäksi lääkärin nimi, virka-asema sekä toimipiste (Kuisma et al. 2008 s. 56).

Hoidon vastetta kirjattaessa on se tehtävä potilaan oman näkemyksen mukaan. Lisäksi on hyvä kirjata myös hoitajan näkemys hoitovasteesta. (Castrén et al. 2005 s. 153)

Kohtaan ”lisätietoja” kirjataan tietävätkö omaiset potilaan tilanteesta ja heidän yhteystietonsa. Jos potilaan mukana on omainen saattamassa tai tulossa omalla kyydillä myöhemmin hoitolaitokseen, on tämä hyvä kirjata ensihoitolomakkeeseen. (Castrén et al.

2005 s. 153) Lisäksi kannattaa kirjata myös potilaan sosiaalinen kotiympäristö esim. kotihoidon käynti (Kuisma et al. 2008 s. 56). Hyvä on kirjata, mitä tavaroita potilaalla on mukana, jotta ne eivät häviäisi.

Kirjaamisen tulee jatkua siihen hetkeen asti, kun potilas luovutetaan jatkohoitopaikkaan (kirjataan vastaanottava hoitolaitos), jolloin hoitovastuu siirtyy jatkohoitopaikan henkilökunnalle. Hoitokertomuksesta tulee käydä ilmi keitä potilaan hoitoon on osallistunut, samoin vastaanottavan hoitajan tulee allekirjoittaa lomake. (Rasku 1999 s. 26)

Rintakipupotilaan ensihoidossa hoitajoilla on keskeinen rooli. Ensimmäinen aikaviive lasketaan puhelun alkamisajankohdasta siihen, kun ensihoitoyksikkö saa hätäkeskukselta hälytyksen. Muita aikaviiveitä ovat odotusaika (puhelun alkamisesta siihen hetkeen, kun potilas tavoitetaan), lähihoitoaika (potilaan tavoittamisesta luovuttamiseen jatkohoitopaikkaan) ja ensihoitoon kulunut kokonaisaika (puhelun alkamisesta potilaan luovuttamiseen asti). (Rasku 1999 s. 43) Myös liuotushoidon aloittamisviive on keskeisessä asemassa.

12-kanavainen EKG tulee ottaa ja sydämen rytmi selvittää. Myös V4R on syytä ottaa, mikäli epäily sydämen oikean puolen infarktista (Rasku 1999 s. 45).

Liitteenä taulukko yleisesti käytössä olevista lyhenteistä (liite 2.).

6 TULOKSET

Tulokset-osiossa analysoitiin, olivatko teoreettisessa viitekehyksessä ilmenneet hyvän dokumentoinnin kriteerit yhteneviä tutkimusartikkeleissa ilmenneiden kriteerien kanssa. Tässä luvussa tarkasteltiin myös mitä lisäkriteerejä löydettiin tutkimusartikkeleista.

6.1 Sisällön analyysi

Artikkeli	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
YLEISTIEDOT										
Henkilötiedot	x									
Päivämäärä				x						
Kellonajat	x	x	x	x						
Tehtäväosoite										
Tehtäväkoodi										
Kuljetuskoodi										
Kiireellisyysasteet										
TAUSTATIEDOT										
Tapahtumatiedot	x	x			x					
Silminnäkijähavainnot										
Kuka soitti 112?	x									
Ottanut jo jotain lääkettä, lääke auttanut?	x	x		x			x	x		x
Rintakivun alkamisajankohta	x	x	x	x	x			x	x	
lepo/rasitus äkkiä/hitaasti	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Milloin kipu on paheni/muuttui	x	x		x				x		
Mikä pahentaa/helpottaa kipua		x	x	x			x	x	x	
Vastaavaa kipua aiemmin		x	x	x	x		x	x	x	
POTILAAN TILA KOHDATTAESSA										
Tila tavattaessa	x				x					
Kivun luonne	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kivun säteily	x	x	x	x			x	x	x	
Kivun jatkuvuus	x		x					x	x	
Kivun paikallistuminen		x	x	x		x		x	x	
Muut oireet	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Omat havainnot	x	x		x	x			x		x
POTILAAN AIEMPI TERVEYDENTILA										
Perussairaudet	x						x	x	x	x
Lääkitys	x			x			x	x	x	
Allergiat		x		x		x				
Riskitiedot										
Aiemmat sairaalahoitot	x	x			x	x		x	x	x

OHEISTIEDOT

Tupakointi	x	x		x	x	x
Suvussa sydänsairauksia				x		x
Verenpaine tavallisesti				x	x	x
Kolesteroliarvot				x	x	x

POTILAAN KLIININEN TILA

Vitaaliarvot	x	x	x	x	x	
Verenpaine	x		x	x	x	x
RAD						x
Syke	x		x	x		x
Rytmi	x		x			x
Hengitystaajuus	x		x	x	x	x
Hengitysäännet	x		x			x
SpO2 (ennen O2)	x		x			x
GCS	x					x
VAS	x	x	x	x	x	x
Verensokeri	x					
Alkometrin lukema	x					
Lämpötila	x				x	x
Lämpöraja						
Ihon hikisyys	x				x	x

HOITO

Annettu hoito	x	x	x	x	x	x
Hoidon aloituksen aika	x					
12-kanavainen EKG		x	x	x	x	x
Lääkärin konsultaatio	x	x	x			x
Konsultaatioaika		x				
Konsultoitavan virka-asema						
Konsultoitavan toimipiste	x	x				
Hoidon vaste	x	x	x	x		x
Suullisesti annetut ohjeet	x	x	x			

MUUT TIEDOT

Läsnäolijat, status	x					
Sosiaaliset olosuhteet			x	x	x	
Omaiset	x					
Hoitotahto						
Äidinkieli						
Hoidon jatkuvuus	x			x		

KIRJAAMISEN LAATUKRITEERIT

oikeita			
virheettömiä	x		
riittävän laajoja ja tarkkoja	x	x	x
huolellisesti kirjattu	x		
tarpeellisia	x		
asianmukaisia			
ymmärrettäviä			
selkeitä	x	x	
vakioitu käytäntö	x	x	x
korkea laatuja	x	x	

Sisällön analyysissa tärkeäksi kriteeriksi luokiteltiin kriteeri, joka mainittiin viidessä tai useammassa artikkelissa.

Kriteereistä henkilötiedot ja päivämäärä mainittiin ainoastaan yhdessä artikkelissa (Hietala & Jalkanen, 2001). Kellonajat vastaavasti neljässä tutkimusartikkelissa (Hietala & Jalkanen, 2001), (Rittenberger, Beck & Paris, 2005), (Lippincott, Williams & Wilkins, 2008) ja (Meurier, 1998). Tehtäväosoitetta, tehtäväkoodia, kuljetuskoodia ja kiireellisyysastetta ei mainittu kertaakaan.

Tapahtumatietojen dokumentointi otettiin esille vain kolmessa artikkelissa (Hietala & Jalkanen, 2001), (Rittenberger, Beck & Paris, 2005) ja (Meurier, Vincent, Parmar & Meurier, 1998). Yhdessäkään artikkelissa ei silminnäkihavaintoja mainittu lainkaan. Vähälle huomiolle jäi niin ikään se, kuka apua soitti (Hietala & Jalkanen, 2001).

Tärkeäksi tutkimusartikkeleiden kirjoittajat kokivat sen, onko potilas ottanut rintakipuun jotain lääkettä (nitro) ja oliko siitä apua. Niin ikään tärkeäksi koettiin rintakivun alkamisajankohta, alkoiko kipu levossa vai rasituksessa. Se, alkoiko kipu äkkiä vai hitaasti mainittiin neljässä tutkimusartikkelissa (Hietala & Jalkanen, 2001), (Lippincott, Williams & Wilkins, 2008), (O'Shea, 2010) ja (Speake, 2003). Neljässä artikkelissa niin ikään mainittiin rintakivun paheneminen tai muuttuminen (Hietala & Jalkanen, 2001), (Rittenberger, Beck & Paris, 2005), (Meurier, 1998) ja (O'Shea, 2010). Suurempaa huomiota kiinnitettiin siihen pahentaako jokin tekijä kipua tai vastaavasti helpottaako jokin asia kipua. Tärkeää oli lisäksi tietää, onko potilaalla ollut vastaavaa kipua aiemmin.

Potilaan tila tavattaessa huomioitiin kahdessa artikkelissa (Hietala & Jalkanen, 2001) ja (Meurier, 1998). Tärkeiksi kirjoittajat luokittelivat rintakivun luonteen, säteileekö kipu johonkin sekä sen, missä kipu tarkalleen ottaen tuntuu. Samoin potilaan valittamat muut oireet olivat olennaista informaatiota, kuten myös hoitajan itse tekemät havainnot. Kivun jatkuvuus mainittiin neljässä tekstissä (Hietala & Jalkanen, 2001), (Lippincott, Williams & Wilkins, 2008), (O'Shea, 2010) ja (Speake, 2003).

Hoitohenkilökunnan oli hyvä tietää, mitä perussairauksia potilaalla on ja mitä lääkkeitä hän käyttää. Lääkeaineallergiat ja muut allergiat mainittiin vain kolmessa tutkimusartikkelissa (Rittenberger, Beck & Paris, 2005), (Meurier, 1998) ja (Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger, 2008). Muita riskitietoja ei otettu esiin ainoassakaan tekstissä. Sen sijaan aiemmat sairaalahoidot (sisältäen sairastettu aiempi sydäninfarkti) koettiin tärkeäksi informaatioksi rintakivupotilasta hoidettaessa.

Potilaan tupakointitilasta oli hyvä olla tietoinen. Sukurasite mainittiin vain kaksi kertaa (Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger, 2008) ja (O'Shea, 2010). Kolmessa eri tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota potilaan tavanomaisiin verenpaine- ja kolesteroliarvoihin (Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger, 2008), (National Health Service - UK, 2002) ja (O'Shea, 2010).

Kliininen tutkimus oli tärkeä tehdä, verenpaine, syke, hengitystaajuus ja VAS-asteikon käyttö koettiin tarpeellisiksi. Sen sijaan vähemmän huomiota kiinnitettiin RAD+ - löydökseen, sydämen rytmiin, hengitysänten kuunteluun, tajunnan tasoon ja verensokeriarvoon. Alkometrin käyttöä ei nähty oleellisena informaationa, mainittiin vain kerran (Hietala & Jalkanen, 2001). Potilaan ruumiin lämpötila nostettiin esiin kolmessa tutkimuksessa (Hietala & Jalkanen, 2001), (O'Shea, 2010) ja (Hytönen, Hämäläinen & Korvenoja, 2004). Ihon hikisyys mainittiin neljässä artikkelissa (Hietala & Jalkanen, 2001), (O'Shea, 2010), (Speake, 2003) ja (Hytönen, Hämäläinen & Korvenoja, 2004). Lämpörajaa ei mainittu lainkaan.

Annettu hoito oli olennaista dokumentoida, joskin hoidon aloitusaika kävi ilmi vain yhdestä tekstistä (Hietala & Jalkanen, 2001). 12-kanavaisen EKG:n ottaminen oli ehdotoman tärkeää, kuten myös hoidon vasteen kirjaaminen. Vähemmälle huomiolle olivat

sen sijaan jääneet lääkärin konsultaatio, konsultaatioaika ja konsultoitavan toimipiste. Konsultoitavan virka-asemaa ei mainittu artikkeleissa ollenkaan. Potilaalle suullisesti annetut ohjeet mainittiin kolmessa tutkimusartikkelissa (Rittenberger, Beck & Paris, 2005), (Lippincott, Williams & Wilkins, 2008) ja (Meurier, 1998). Kohteessa läsnä olevat hoitohenkilökunnan jäsenet ja heidän statuksensa huomioitiin vain yhdessä tutkimuksessa (Hietala & Jalkanen, 2001).

Potilaan sosiaaliset olosuhteet otettiin esille kolmessa tutkimusartikkelissa (Meurier, 1998), (Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger, 2008) ja (O'Shea, 2010). Potilaan omaisista oli maininta vain yhdessä artikkelissa (Hietala & Jalkanen, 2001). Mahdollista potilaan hoitotahtoa ja hänen äidinkieltään ei mainittu ollenkaan.

Hoidon jatkuvuus huomioitiin kahdessa tutkimuksessa (Hietala & Jalkanen, 2001) ja (Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger, 2008).

Tutkimusartikkeleissa otettiin satunnaisesti esille kriteerejä siitä, millaista kirjaamisen tulisi olla. Kirjaamisen vakioitu käytäntö mainittiin neljässä tutkimuksessa (Hietala & Jalkanen, 2001), (Rittenberger, Beck & Paris, 2005), (Meurier, 1998) ja (Meurier, Vincent, Parmar & Meurier, 1998). Tietojen riittävä laajuus ja tarkkuus puolestaan huomioitiin kolmessa tekstissä (Rittenberger, Beck & Paris, 2005), (Lippincott, Williams & Wilkins, 2008) ja (Meurier, 1998). Kirjaamisen selkeys (Hietala & Jalkanen, 2001) ja (Meurier, 1998) sekä korkealaatuisuus (Rittenberger, Beck & Paris, 2005) ja (Lippincott, Williams & Wilkins, 2008) kävi ilmi vain kahdessa artikkelissa. Virheettömyys (Rittenberger, Beck & Paris, 2005), dokumentoidun informaation tarpeellisuus ja huolellinen kirjaamistapa (Hietala & Jalkanen, 2001) mainittiin ainoastaan yhdessä artikkelissa. Dokumentoinnin oikeutta, asianmukaisuutta ja ymmärrettävyyttä ei mainittu lainkaan.

Yhdessä artikkelissa ilmeni näkökulma, että dokumentoinnissa tulisi olla käytössä valmis kaavake, jossa on selkeä rakenne (Meurier, 1998).

Potilaan ravintotottumukset mainittiin neljässä tutkimusartikkelissa (Meurier, 1998), (Meurier, Vincent, Parmar & Meurier, 1998), (National Health Service - UK, 2002) ja

(O'Shea, 2010). Potilaan ammatti (Meurier, 1998), (Meurier, Vincent, Parmar & Meurier, 1998) ja (O'Shea, 2010) sekä ylipaino (Meurier, 1998), (National Health Service - UK, 2002) ja (O'Shea, 2010) puolestaan kolmessa tekstissä. Fyysinen aktiivisuus ja alkoholin käyttö otettiin esiin kahdessa tekstissä (Meurier, 1998), (Meurier, Vincent, Parmar & Meurier, 1998), samoin rintakehän ja vatsan palpaatio sekä sydänäänien kuuntelu (Rittenberger, Beck & Paris, 2005) ja (O'Shea, 2010). Potilaan tietämys omasta terveydentilastaan käy ilmi niin ikään kahdessa artikkelissa (Meurier, 1998) ja (Meurier, Vincent, Parmar & Meurier, 1998). Samoin kaksi kertaa tutkimuksissa on otettu esiin se, kuinka usein rintakipua on ollut (Meurier, 1998) ja (National Health Service - UK, 2002). Toisessa tutkimuksessa mainitaan myös, että mikäli potilas käyttää nitroja yli 2 kertaa/viikko tulee selvittää, oliko kyseessä profylaksia (National Health Service - UK, 2002).

Kerran esille tulleita seikkoja olivat potilaan ikä (O'Shea, 2010), sukupuoli (O'Shea, 2010), sydämen rytmi normaalisti (Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger, 2008), valtimoiden ongelmat (Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger, 2008), läppäviat (Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger, 2008), saatavilla olevat aiemmat EKG-nauhat (O'Shea, 2010), verenpaineen mittaaminen molemmista käsivarsista (O'Shea, 2010), verenpaineen ja hengityksen sanallinen kuvaus (Meurier, 1998), rintakehän perkussio (O'Shea, 2010), säärien tutkiminen (O'Shea, 2010), sekä kaulalaskimoiden paineen arviointi (O'Shea, 2010). Yhdessä artikkelissa mainittiin lisäksi, että EKG:ta tulisi arvioida suhteessa potilaan kliiniseen tilaan (Meurier, 1998).

6.2 Edellytykset muutoksen toteutumiselle

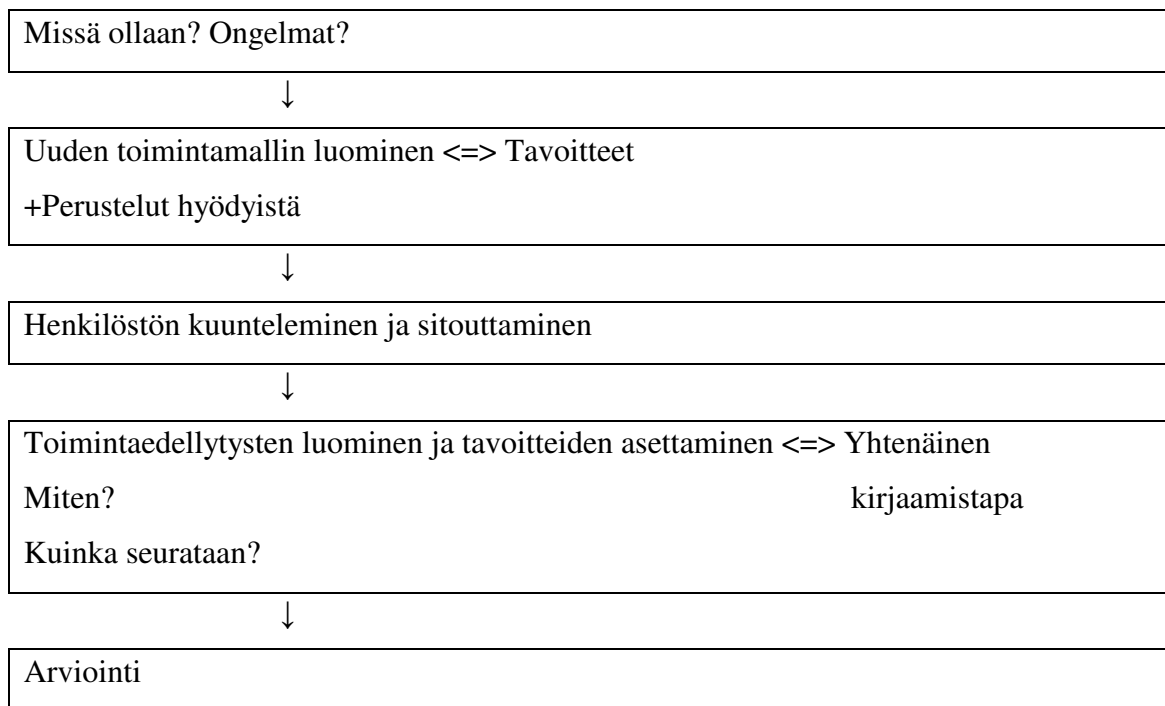
1. Muutosprosessin ensimmäinen vaihe on nykytilanteen ja siinä ilmenevän ongelmakohtien selvittäminen. Jotta pystytään suunnittelemaan sitä, miten toimintaa tulisi muuttaa, on ensin selvitettävä kuinka toiminta nykyään tapahtuu.
2. Seuraavaksi hahmotellaan uusi toimintamalli. Tämän tulee olla samansuuntainen koko organisaation tavoitteiden kanssa.

3. Toiminnan muuttamiseen tulee varata aikaa. Yksilön on usein vaikea muuttaa omaa toimintaansa ja tämä edellyttää perusteluja siitä, mitä hyötyjä muutoksella saavutetaan.
4. Henkilöstön tulee olla sitoutunutta muutokseen. Lisäksi heidän mielipiteensä tulee huomioida.
5. Muutokselle on luotava toimintaedellytykset.
6. Uuden toimintatavan käyttöönotto vaatii seurantaa. Suunnitelmaan on sisällytettävä ehdotus siitä, kuinka muutokset toteutetaan ja miten muutoksien toteutusta seurataan. Muuten on vaarana, että palataan takaisin entiseen tuttuun tapaan toimia. Uuden toimintatavan on selkeästi osoitettava, että se on parempi tapa toimia. Näin sillä on mahdollisuus säilyä. Uusien toimintamallien hyötyä ja sujuvaa toimintaa on arvioitava osana potilaan koko hoitoprosessia, ei yksittäisenä toimintana. (Saranto et al. 2007 s. 153-155)

Jotta kirjaamissisällöt olisivat yhtenäisiä, tulee kaikkien hoitotyötä tekevien noudattaa samanlaista kirjaamistapaa. Kirjaamiskäytännön kehittäminen edellyttää, että vanhat ja tutut toimintatavat pystytään kyseenalaistamaan. Samalla tulee etsiä tietoa siitä, millaista on nykyaikainen kirjaaminen. (Saranto et al. 2007 s. 243)

Mikäli kehittämiselle ei aseteta selkeitä tavoitteita, vallitsee työyhteisössä sekava tilanne. Ammattitaitoinen henkilökunta kykenee toimimaan, mutta toiminta ei ole tavoitteellista. Työntekijöitä tulee kannustaa muuttamaan toimintaansa, jotta se etenee halutulla nopeudella. Muutosprosessissa henkilöstö on tärkeässä asemassa ja johtavassa asemassa olevan henkilön tulee sitoutua muutoksen läpiviemiseen. (Saranto et al. 2007 s. 243-244)

Seuraava kaavio on rakennettu edellisen tekstin perusteella (Saranto et al. 2007):



Kuvio 2. Toiminnan kehittämisen vaiheet

6.3 Kirjaaminen osana laadun seurantaa

Kirjaamisen laatua on mahdollista arvioida kehittämällä työyhteisöön laatustandardeja ja mittareita niiden toteutumista seuraamaan. Eräänä menetelmänä on laatia dokumentoinnin tavoitetaso. (Hietala & Jalkanen 2001 s. 14)

Kirjaamisen tavoite on informaation tuottaminen hoitotyöstä, laatutasosta, resurssien optimaalisesta käytöstä, sujuvuudesta ja tuloksista (Saranto & Ensio 2007 s. 123). Kun hoitotietojen kirjaamista arvioidaan potilaan näkökulmasta, olennaisia ovat potilasturvallisuusasiat ja se, miten luottamuksellinen hoitosuhde kehittyy. Keskeinen seikka on tällöin tietosuojan toteutuminen. Kun kirjaamista arvioidaan hoitajan näkökulmasta, on dokumentoinnin tavoitteena hoidon laatutaso ja resurssien optimaalinen käyttö. Kun taas tarkastelun kohteena on hoidonvaraus ja seurannan kohteena potilasvirrat, on kirjaamisen tehtävänä antaa tietoa sekä tilastointiin että taloudelliseen seurantaan. (Saranto et al. 2007 s. 189)

Tavallisesti mittari laadun arvioinnissa on käytetty Avedis Donabelianin (1988) mallia. Tämän mallin mukaan jokainen uudistus organisaatiossa vaikuttaa jollain tavalla niin toiminnan prosessi- kuin rakennetekijöihin, samoin lopputuloksiin. (Saranto et al. 2007 s. 189)

Laadun rakenteelliset kriteerit on mahdollista määrittää hoitoympäristölähtöisesti mm. hoitohenkilökunnan asenteet, taidot ja ajankäyttö. Tärkeää on, että hoitaja osaa koota sellaiset tiedot, joita potilasasiakirjalainsäädäntö edellyttää. Kirjaamisen laatukriteerinä voi näin toimia kirjaamisen sisällön vertaaminen siihen, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista lukee. Näitä ovat potilaan hoitoon hakeutumisen syy, hänen saamansa hoito ja vointi hoidon aikana sekä potilaan oma näkemys saamastaan hoidosta. (Saranto et al. 2007 s. 190)

Laadun prosessikriteerejä voivat olla hoitotapahtuman eri vaiheiden mukainen kuvaaminen. Hoitoprosessin kirjaamisessa tärkeintä on tieto, jota hyödynnetään päätöstä tehtäessä ja itse hoitotilanteessa. (Saranto et al. 2007 s. 191)

Eräänä kirjaamisen tarkoituksena on tuottaa tietoa tilastoinnin tarpeisiin. Kirjaamisessa on osattava dokumentoida olennainen tieto. Tämä on helpompaa, kun käytetään selkeää rakennetta ja termistöä. (Saranto et al. 2007 s. 191)

Dokumentoinnin tuloskriteereinä toimivat tehokkuus ja potilaan terveyden nykytila. Potilasasiakirjojen on oltava oikeita ja virheettömiä. Myös laajuuden tulee olla riittävä. Näin voidaan taata potilasturvallisuus, hoitajien oikeusturva ja hyvä hoito. Potilaan yksityisyysuoja ja hoitosuhteen luottamuksellisuus edellyttävät, että potilasasiakirjat laaditaan huolellisesti. (Saranto et al. 2007 s. 191)

Kirjaamisen laatukriteereitä siis ovat:

Rakennekriteerit:

- osaava ja motivoitunut henkilöstö
- optimaalinen ajankäyttö.

Prosessikriteerit:

- standardoitu kirjaamistapa.

Tuloskriteerit:

- oikeat ja virheettömät hoitotiedot, josta ilmenee hoitovaste
- yksityisyssuojan säilyttäminen
- potilaan riittävä informointi
- dokumentoidut hoitopäätökset. (Saranto et al. 2007 s. 192)

Kirjaamislomakkeiden jatkuva auditointi ja puutteellisesti täytettyjen lomakkeiden korjaaminen parantaa kirjaamisen laatua (Hietala & Jalkanen 2001 s. 17).

7 KRIITTINEN TARKASTELU JA POHDINTA

Työ noudattaa kokonaisuudessaan hyvää tutkimusetiikkaa. Lähdemateriaalina käytettiin kolmea 1990-luvulla julkaistua lähettä. Tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti oikeanlaista. Tutkija ei ole keksinyt itse mitään, ja vain hän on osallistui työn tekemiseen. (Mäkinen 2006 s. 172-173) Työ on uskottava, sillä tulokset kuvattiin siten, että lukijan on mahdollista ymmärtää, kuinka analyysi rakentuu, mitä vahvuuksia ja rajoituksia tutkimuksessa on. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 s. 160)

Tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä rajoittaa se, että kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta oli saatavilla melko rajoitetusti. Näin ollen tutkija tutkimusta tehdessään sovelsi saatavilla olevaa lähdemateriaalia sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon. Tutkimustuloksiin vaikutti niin ikään, että suurin osa tutkimusartikkeleista käsitteli hoitotyötä sairaalan sisällä, jolloin kirjaaminen poikkeaa dokumentoinnista kentällä. Kirjallisuudessa ja tutkimusartikkeleissa oli havaittavissa jonkin verran yhteneväisyyksiä, mutta myös eroja. Tutkimusartikkelien hakua olisi ollut vielä mahdollista laajentaa, jolloin artikkelit olisivat mahdollisesti antaneet tarkemman kuvauksen siitä, millaista rintakipupotilaan hoitotyön kirjaamisen tulisi olla.

Tutkijan näkemyksen mukaan kaikki tärkeiksi luokitellut kriteerit kuuluvat hyvän tavan mukaiseen rintakipupotilaan hoitotyön kirjaamiseen ensihoidossa.

Tutkijan viitatessa jatkossa työssä tehtyyn sisällön analyysiin, ei artikkelien lähteitä ole mainittu, sillä ne käyvät ilmi varsinaisesta sisällön analyysistä.

Hyvän kirjaamistavan kriteereistä yleistiedoiksi luokiteltuja kriteerejä oli tutkimusartikkeleissa mainittu harvoin (jos ollenkaan). Tämä saattaa johtua siitä, että näiden kriteerien dokumentoimista pidetään itsestäänselvyytenä, joten niiden esille ottamista tekstissä ei nähty tarpeelliseksi.

Tapahtumatietojen dokumentointi otettiin esille vain muutamassa artikkelissa, joskin voidaan olettaa, että ne kuuluvat tavanomaiseen kirjaamisrutiiniin kuuluviksi. Alkoiko kipu äkkiä vai hitaasti -kriteerin esiintyvyys tutkimusartikkelissa oli satunnaisesti, vaikka tämä on rintakipupotilaan hoidossa hyvin olennainen tieto ja antaa mahdollisesti viitettä kivun syystä. Niin ikään informaatio kivun pahenemisesta/muuttumisesta ja jatkuvuudesta auttaa hoitohenkilökuntaa pääsemään jyvälle kivun aiheuttajasta.

Potilaan tila tavattaessa otettiin esiin artikkeleissa harvoin. Tämän kriteerin voidaan kuitenkin olettaa olevan seikka, joka tulee aina dokumentoida.

Tutkija koki yllättävänä sen, että lääkeaineallergiat ja muut allergiat mainittiin vain kolmessa tutkimusartikkelissa, muita riskitietoja ei ainoassakaan tekstissä. Potilaan allergioilla saattaa olla merkitystä ensihoidon lääkkeelliseen hoitoon. Potilaan suvussa ilmenevistä sydänsairauksista on tutkijan näkemyksen mukaan hyvä olla tietoinen, samoin tavanomaisista verenpainearvoista.

Se, että artikkeleissa huomiota kiinnitettiin vähän RAD+ -löydökseen, sydämen rytmiin, hengitysänten kuunteluun, tajunnan tasoon ja verensokeriarvoon, vaikuttaa erikoiselta. Ensihoidossa nämä ovat joko ensimmäiseen tai toiseen tilanarvioon kuuluvia kriteerejä. Tosin muutamassa artikkelissa oli maininta siitä, että sairastaako potilas diabetesta. Analyysissa se kuitenkin luokiteltiin potilaan perussairauksiin kuuluvaksi kriteeriksi. Alkometrin käyttöä ei nähty oleellisena informaationa. Jos hoitohenkilökunta voi olettaa potilaan olevan päihtynyt, alkometrin lukema todennäköisesti tarkistetaan. Rintakipupotilaan ruumiin lämpötila, ihon hikisyys ja lämpöraja ovat hyvin olennaista informaatiota ja antavat viitettä kivun sydänperäisyydestä. Ohjenuorana ensihoidossa toimii yleisesti se, että SV 210 -lomakkeen seurantaosion kaikki kohdat tulisi täyttää, jos mahdollista.

Suomalaisessa ensihoitojärjestelmässä lääkärin konsultaatio, konsultaatioaika ja konsultoitavan virka-asema ja toimipiste tulee näkyä ensihoitokaavakkeesta. Potilaalle suullisesti annetut ohjeet mainittiin kolmessa tutkimusartikkelissa, joka saattaa johtua siitä, että rintakipupotilas harvoin jätetään kuljettamatta hoitolaitokseen.

Kohteessa läsnä olevat hoitohenkilökunnan jäsenet ja heidän statuksensa mainittiin vain yhdessä tutkimuksessa. Tämä saattaa johtua siitä, että valtaosa artikkeleista käsittelee sairaalan sisäistä hoitoa.

Potilaan sosiaaliset olosuhteet otettiin esille kolme kertaa ja omaiset vain yhden kerran. Mahdollista potilaan hoitotahtoa ja hänen äidinkieltään ei mainittu ollenkaan. Sosiaalisista olosuhteista ei sairaalan sisällä välttämättä ole runsaasti tietoa ja taas omainen on usein kirjattu sähköisiin potilastietoihin. Hoitotahdon potilas todennäköisesti ottaa itse esille, mikäli hänellä sellainen on. Äidinkieli korostuu lähinnä paikkakunnilla, jonka asukkaiden äidinkieli poikkeaa toisistaan.

Hoidon jatkuvuus mainittiin kahdesti. Kirjaamisen tarkoitus on se, että hoito olisi mahdollisimman jatkuvaa ja näin ollen voidaan olettaa hoitohenkilökunnan olevan siitä tietoinen.

Tutkimusartikkeleissa on satunnaisesti huomioitu sisällön analyysin lopussa olevia kriteerejä siitä, millaista kirjaamisen tulisi olla. Tämä saattaa olla seurausta siitä, että suuri osa käytetyistä artikkeleista käsittelee rintakipupotilaan hoitoa kokonaisuudessaan, ei pelkästään kirjaamista ja, että hyvän dokumentoinnin kriteerit ovat itsestään selviä asioita.

Yhdessä tutkimusartikkelissa ilmenee näkökulma, että dokumentoinnissa tulisi olla käytössä valmis kaavake, jossa on selkeä rakenne. Suomessa ensihoidossa onkin käytössä valmis lomake, jonka rakenne on varsin looginen.

Potilaan ravintotottumukset mainittiin neljästi, ammatti ja ylipaino puolestaan kolmesti. Ensihoidossa hoitohenkilökunnan tarvitsee harvoin ottaa selvää potilaan ravintotottumuksista, ammatista eikä mahdollista ylipainoa kirjata. Myöskään fyysisen aktiivisuu-

den kartoittaminen tai alkoholin käytön selvittäminen ei (jos ei ole erityistä aihetta) kuulu tavanomaiseen ensihoitoon.

Rintakehän ja vatsan palpaatio sekä mahdollisesti sydänäänten kuuntelu on rintakipupotilasta hoidettaessa hyvä tutkia ja kysyä kuinka usein rintakipua on ollut. Sitä vastoin potilaan tietämystä omasta terveydentilastaan ei useinkaan ole tarve selvittää. Potilaan sydämen rytmi normaalisti, mahdolliset valtimoiden ongelmat ja läppäviat voidaan kirjata perussairauksiin. Saatavilla olevat aiemmat EKG-filmit on hyvä ottaa mukaan hoitolaitokseen. Verenpaineen mittaaminen molemmista käsivarsista ei tutkijan näkemyksen mukaan ole tarpeellista, kuten ei myöskään verenpaineen sanallinen kuvaus. Hengityksen sanallinen kuvaus, säärien tutkiminen ja kaulalaskimopaineen arviointi ja dokumentointi sen sijaan kuuluu hyvän tavan mukaiseen kirjaamiseen.

Tutkijan näkemyksen mukaan käytetty lähdekirjallisuus määrittää varsin hyvin sen, mitä muutos työyhteisöltä edellyttää, samoin sen, miten kirjaaminen on osa laadun kokonais-seuranta.

Lopputuloksena todettakoon, että saatavilla oleva ensihoitoa käsittelevä kirjallisuus "Ensihoito" ja "Ensihoidon perusteet" kuvaavat varsin kattavasti sitä, millaista hyvän dokumentoinnin tulisi olla. Muu käytetty lähdemateriaali ei tuonut työhön paljoa uutta tietoa. Sen sijaan artikkeli "Kehittämisprojekti ja päättötyö Rintakipupotilaan ensihoidon kirjaamisen tavoitetaso – tavoitetason toteutuminen Järvenpään pelastuslaitoksella" toi työhön lisäinformaatiota. Muut tutkimuksessa käytetyt tutkimusartikkelit kuvasivat melko suppeasti rintakipupotilaan hoitotyön kirjaamista. Sen sijaan sairaalan sisäistä hoitotyötä käsittelevän lähdekirjallisuuden määritelmät muutoksen edellytyksistä ja kirjaamisen sisällyttämisestä laadunseurantaan ovat hyvin sovellettavissa sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon.

Jatkotutkimus ehdotuksena voisi olla neurologisen potilaan hoidon raportointi ensihoidossa.

LÄHTEET

Castrén, Maaret, Kinnunen, Ari, Paakkonen, Heikki, Pousi, Jouni, Seppälä, Juhani & Väisänen, Olli. 2005, *Ensihoidon perusteet*, Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti, 787 s.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: Finlex
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Erikoissairaanhoitolaki> Haettu 27.4.2011.

Hallila, Liisa. 2005, *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*, Helsinki: Kustannus-
osakeyhtiö Tammi, 188 s.

Hallintolaki 434/2003, Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: Finlex
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Hallintolaki%20> Haettu 27.4.2011.

Henkilötietolaki 523/1999, Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: Finlex
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=henkil%C3%B6tietolaki> Haettu 27.4.2011.

Hietala, Pekka & Jalkanen, Mikko. 2001, Kehittämiprojekti ja päättötyö Rintakipupotilaan ensihoidon kirjaamisen tavoitetaso – tavoitetason toteutuminen Järvenpään pelastuslaitoksella, *Systole*, nro 2, 13-17 s.

Hytönen, Simo, Hämäläinen, Timo & Korvenoja, Pekka. 2004, Porrastettu ensihoitojärjestelmä osoitti jälleen toimivuutensa – malttia ja tarkkuutta rintakipupotilaan hoitoon, *Systole*, nro 6, 19-22 s.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009, *Tutkimus hoitotieteessä*, Helsinki: WSOYpro Oy, 213 s.

Kansanterveyslaki 66/1972, Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: Finlex

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki> Haettu 27.4.2011.

Kuisma, Markku, Holmström, Peter & Porthan, Kari. 2008, *Ensihoito*, Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 621 s.

Kärkkäinen, Oili. 2007, Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen, teoksessa: *Hoitotyön kirjaaminen*, (toim.) Hopia, Hanna & Koponen, Leena. 2007, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 89-96 s.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: Finlex

<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista> Haettu 27.4.2011.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: Finlex

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4%20> Haettu 27.4.2011.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: Finlex

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20viranomaisen%20toiminnan%20julkisuudesta%20> Haettu 27.4.2011.

Lippincott, Williams & Wilkins. 2008, Documenting chest pain, *Nursing*, nro 11, 19 s.

- Lundgrén-Laine, Heljä & Salanterä, Sanna. 2007, Hoitotyön päätöksenteko – muuttavakko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi, teoksessa: *Hoitotyön kirjaaminen*, (toim.) Hopia, Hanna & Koponen, Leena. 2007, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 25-34 s.
- Meurier, C. E. 1998, The quality of assessment of patients with chest pain: the development of a questionnaire to audit the nursing assessment record of patients with chest pain, *Journal of Advanced Nursing*, nro 1, 140-146 s.
- Meurier, Vincent, Parmar & Meurier. 1998, Perception of causes of omissions in the assessment of patients with chest pain, *Journal of Advanced Nursing*, nro 5, 1012-1019 s.
- Mielenterveyslaki 1116/1990*, Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: Finlex <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Mielenterveyslaki%20> Haettu 27.4.2011.
- Mäkilä, Minna. 2007, Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei, teoksessa: *Hoitotyön kirjaaminen*, (toim.) Hopia, Hanna & Koponen, Leena. 2007, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 35-40 s.
- Mäkinen, Olli. 2006, *Tutkimuseetiikan abc*, Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 178 s.
- National Health Service – UK. 2002, Affairs of the heart, *Chemist & Druggist*, nro 2, 17 s.
- O`Shea, Leigh. 2010, Differential diagnosis of chest pain, *The Journal of Nurses in General Practice*, nro 8, 13-14, 16-18 s.
- Pakhomov, Serquei V., Jacobsen, Steven J., Chute, Christopher G. & Roger, Véronique L. 2008, Agreement Between Patient-reported Symptoms and Their Documentation in the Medical Record, *American Journal of Managed Care*, nro 8, 530-539 s.

- Palonen, Reima, Nio, Asko & Mustajoki, Perttu. 2005, *Potilas- ja lääkevahingot*, Helsinki: Talentum Media Oy, 438 s.
- Potilasvahinkolaki 585/1986*, Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: Finlex
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Potilasvahinkolaki%20> Haettu 27.4.2011.
- Rasku, Tuija. 1999, *Rintakipupotilaan hyvä ensihoito*, Tampere: Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos, 70 s.
- Reason, James. 2000, *Swiss cheese model*, Saatavilla:
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/71/figure/F1?highres=y> Haettu 12.5.2011.
- Rittenberger, Jon C, Beck, Paul, Paris & Paul M. 2005, Errors of omission in the treatment of prehospital chest pain patients, *Prehospital Emergency Care*, 9.1, 2-7 s.
- Saranto, Kaija & Ensio, Anneli. 2007, Hoitotyön kirjaamisen arviointi, teoksessa: *Hoitotyön kirjaaminen*, (toim.) Hopia, Hanna & Koponen, Leena. 2007, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 123-138 s.
- Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Tanttu, Kaarina & Sonninen Anna Liisa. 2007, *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*, 2. uudistettu painos, Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 274 s.
- Speake, Douglas. 2003, Detecting high-risk patients with chest pain, *Emergency Nurse*, nro 5, 19-21 s.
- STM Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009. 2009 a), *Potilasasiakirjaopas*, Saatavilla:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42736&name=DLFE-12605.pdf Haettu 28.12.2010.

STM Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. 2009 b), *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013*, 2. korjattu painos, Helsinki: Yliopistopaino, s. 24, julkaistu 4.2.2009. Saatavilla:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf Haettu 15.12.2010.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 5.uudistettu painos, Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 175 s.

LIITTEET

LIITE 1. Kelan SV 210 -kaavake

Kela Palvelujen tuottaja ja y-sivustot **Seivitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta** OSA 1

Henkilötunnus		Matkapaiva		Yksikkö	Kulj. juoks.nro								
Tilaa/a <input type="checkbox"/> lääketeos <input type="checkbox"/> muu, mikä?	Lähtöpaikka <input type="checkbox"/> asema <input type="checkbox"/> muu, mikä?	Tehtäväaika <input type="checkbox"/> = kotona	<input type="checkbox"/> Jatkokuljetus		Tentiväkoodi								
Puhelu alkoi klo	Potilaan nimi				Kuljetus-/X-koodi								
Tehtävä alkoi		Potilas on lisäpaikalla <input type="checkbox"/> paarella <input type="checkbox"/> letuvana			Ajokm yhteensä								
Kohteessa	Kotiosoite (tönnörite ja postitoimipaikka)	Kotikunta	<input type="checkbox"/> Ulkomainen / lomake liitteenä										
Potilaan luona		Vite-numero											
Kuljetus alkoi	Matkan aihe	Ei Kelan korvattava			Euroa								
Potilas luovutettu	Sairaus tai raskaus Liikennevahinko *) Työtapaturma *) *) Vakuutusyhtiön nimi	Laitoshoido- / sairaalapotilas <input type="checkbox"/> Muu <input type="checkbox"/>	Lähtömaksu -20 km										
Tehtävä päättyi		Mistä laskutettava?	Laskutettava: lisä-kilometrit km										
Tapahtumaliiedot. Pääasiallinen syy (oire tai kohtaus, vammautumistapa, milloin alkoi tai sattui), silminnäkijän yhteydetiedot			Odotusaika (yl 1 t) t										
			Yhteensä										
			Omanvastuu										
			Kelalta laskutetaan										
			EVY kohteessa klo										
Tila tavattaessa (oire, vamma löydökset)													
Sairaudet, nykytieditys, lääkeallergiat, aikaisemmat sairaalahoitot													
SEURANTA a. D	VERENPAINE	SYKE- TAAJUUS	HTIMI	HENGITYS- TAAJUUS	HENGITYS- AARNET	PER	ETCO ₂	SpO ₂	TAUNTA (GOS) Silmät Puhke Uike	KIPU 0-10	Bglu	ALKO- METRI	LÄMPÖTILA mitä
Tavoitetaso A													
B													
C													
Fehas luov. D													
Hoido (toimenpiteet, lääkitys) ja hoidon vast. <input type="checkbox"/> Lääkärin konsultoitu <input type="checkbox"/> Lääkäri kohteessa. Lääkärin nimi ja toimipaikka. Annetut hoito-ohjeet													
Hoidosta / kuljetuksesta koettavien allekirjoitus <input type="checkbox"/> Lomakkeen tiedot jatkuvat eri paperilla													
Hoidon antaneen allekirjoitus ja nro				Muiden henkilöstön nro		Lähiomaisen nimi ja puhelinnumero				Saattaja mukana <input type="checkbox"/>			
TERVEYDEN- HOITO- LAITOKSEN TODISTUS	Vakuutan edellä olevan selvityksen perusteella, että potilaan terveydentila <input type="checkbox"/> edellyttää <input type="checkbox"/> ei edellytä kuljetusta ambulanssilla. Potilaan vastaanottaneen henkilön allekirjoitus, nimen selvitys ja virka-asema						Potilaan vastaanottaneen hoitolaituksen nimi ja toimi						

SV 210 04.07 HOITOLAITOKSELLE, liitettään sairauskertomukseen / POTILAALLE; jos ei kuljetusta

LIITE 2. Yleisesti käytössä olevia lyhenteitä

Lyhenne	Mitä tarkoittaa
AMI	sydäninfarkti (acute myocardial infarction)
AOT	aukiolotippa (n.20 gtt/min, 60 ml/t)
ASS	hengitystä avustetaan
ASY	asystole
COPD	keuhkohtaumatauti (chronic obstructive pulmonary disease)
Dg	diagnoosi
EMD	sykkeetön sähköinen toiminta (elektromekaaninen dissosiaatio)
FA	eteisvärinä (fibrillation atriorum)
IVR	kammiorytmi (intraventrikulaarinen rytmi)
PEA	sykkeetön sähköinen toiminta (pulseless electrical activity)
PM	tahdistinrytmi (pacemaker)
SR/SIN	sinusrytmi
SVES	eteislisälyönti (supraventricular extrasystole)
VENT	ventiloidaan
VES	kammiolisälyönti (ventricular extrasystole)
VF	kammiovärinä (ventricular fibrillation)
VT	kammiotakykardia (ventricular tachycardia)
mg	milligramma
ml	millilitra
O2	happi
i.v.	laskimoon (intravenoosinen)
i.m.	lihakseen (intramuskulaarinen)
p.r.	peräsuoleen (per rectum)
p.o.	suun kautta (per os)
SpO2	happisaturaatio
EtCO2	ulohengityksen hiilidioksidipitoisuus
B-gluk	verensokeripitoisuus
GCS	tajunnan tason pisteytys (3-15) (Glasgow Coma Scale)
VAS	kivun mittaus (0-10) (visual analogy scale)
RAD	rannevaltimosykkeen tuntuminen +/- (radialis)

CAR	kaulavaltimosykkeen tuntuminen +/- (carotis)
+	lievä humalatila
++	keskivahva humalatila
+++	vahva humalatila

(Castrén et al. 2005 s. 148, Kuisma et al. 2008 s. 56)

Hengityssänten kuuntelulöydöksen kirjaaminen:

Ø/Ø	normaali
-/-	ei kuulu
↓/↓	hiljaiset
Ø/↓	hiljaisempi l. sin.
↑/↑	voimistuneet l.a.
↑I/↑	sisäänhengityssänet voimistuneet l.a.
↑E/E↑	uloshengityssänet voimistuneet l.a.

(Kuisma et al. 2008 s. 56)

LIITE 3. Tutkimusartikkelien numeroinnit ja niissä ilmenneet lisähävainnot

1 = Hietala & Jalkanen (2001)

2 = Rittenberger, Beck & Paris (2005)

Sydänäännet, rintakehän ja vatsan palpaatio.

3 = Lippincott, Williams & Wilkins (2008)

4 = Meurier (1998)

Kaavakkeen selkeä rakenne, valmis kaavake, kuinka usein rintakipua on ollut, potilaan ylipaino, ravinto, alkoholin käyttö, fyysinen aktiivisuus, ammatti, potilaan ymmärrys omasta tilastaan, EKG arvio suhteessa potilaan kliiniseen tilaan, onko normaali EKG? Verenpaineen ja hengityksen sanallinen kuvaus.

5 = Meurier, Vincent, Parmar & Meurier (1998)

Potilaan ravinto- ja alkoholin käyttötottumukset, ammatti, ja fyysinen aktiivisuus. Potilaan tietämys omasta terveydentilastaan.

6 = Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger (2008)

Potilaan sydämen rytmi normaalisti, läppäviat, valtimoiden ongelmat.

7 = National Health Service - UK (2002)

Potilaan ylipaino, ravintotottumukset, kuinka usein potilas käyttää nitroja (jos yli 2 kertaa/viikko, onko kyseessä profylaksia?)

8 = O'Shea (2010)

Potilaan ikä, sukupuoli, ylipaino, elintavat, ammatti, mahdollinen hengenahdistus, verenpaineen mittaaminen molemmista käsivarsista, saatavilla olevat aiemmat EKG-nauhat, rintakehän perkussio ja palpaatio, sydänäänien kuuntelu, vatsan ja säärien tutkiminen sekä kaulalaskimoiden paine.

9 = Speake (2003)

10 = Hytönen, Hämäläinen, Korvenoja (2004)