

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2012

Tarja Eronen

POTILASOHJAUKSEN KIRJAA- MISEN KEHITTÄMINEN TURUN KAUPUNGIN SISÄTAUTISAI- RAALASSA

Tarja Eronen

POTILASOHJAUKSEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN TURUN KAUPUNGIN SISÄTAUTISAIRAALASSA

Tämä potilasohjauksen kirjaamisen kehittämisprojekti toteutettiin osana Turun sosiaali- ja terveystoimen hoitotyön sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointi-hanketta, ja sen tavoitteena oli potilasohjauksen kirjaamisen kehittäminen sisätautien poliklinikalla ja vuodeosastoilla. Tarkoituksena oli tehdä suunnitelma potilasohjauksen kirjaamisen kehittämiseksi hoitajien kirjausten sisällönanalyysin tulosten pohjalta.

Projektiin liittyvän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitajien kirjauksista potilasohjauksen kirjaamisen tämänhetkinen tila. Tarkoituksena oli hyödyntää tutkimustuloksia projektissa tehtäessä suunnitelmaa potilasohjauksen kirjaamisen kehittämiseksi. Aineisto koostui sisätautien poliklinikan ja osastojen (22–25) hoitajien kirjauksista potilasohjauksesta. Kirjauksia tarkasteltiin kirjaamisen seurantamittareiden avulla ja niistä tehtiin sisällönanalyysi. Sisätautien poliklinikan kirjauksia analysoitiin 60 ja osastoilta 20 potilaasta. Jokaiselta osastolta kirjauksia analysoitiin koko hoitajakson ajalta viideltä ensimmäiseltä kotiutuneelta potilaalta alkaen 1.11.2011. Kirjauksista katsottiin hoitajakson hoitosuunnitelma, päivittäiset kirjaukset kaikista työvuoroista sekä yhteenveto. Poliklinikan kirjauksia analysoitiin eri erikoisaloilla hoitajan vastaanotolla käyneiltä 60 potilaalta alkaen 1.11.2011.

Tutkimuksen tuloksena todettiin, että analysoiduissa kirjauksissa ei juuri näkynyt hoitotyön prosessia, vaan lähinnä oli kirjattu suoritettuja tehtäviä. Arviointi sekä tavoitteellisuus olivat puutteellisia. Kirjaamista tulee siis edelleen kehittää. Rakenteinen kirjaaminen pitää tehdä hoitosuunnitelman pohjalta ja vapaamuotoisenkin teksti tulisi kirjoittaa niin, että tarve, tavoite, suunnittelu, toteutus ja arviointi etenevät systemaattisesti kirjauksessa. Kehittämisprojektin tuloksena laadittiin erilliset ohjeistukset potilasohjauksen kirjaamiseen poliklinikan ja osastojen käyttöön. Näihin ohjeisiin koottiin otsikoittain asioita, jotka kuuluvat potilasohjaukseen ja jotka kuvaavat, miten potilasohjauksen kirjaamisen tulisi edetä hoitotyön prosessin mukaan.

ASIASANAT:

Potilasohjaus, kirjaaminen, ohjaus, opetus, neuvonta

Tarja Eronen

DEVELOPMENT OF DOCUMENTATION OF PATIENT EDUCATION IN TURKU CITY HOSPITAL

This development project was carried out as a part of the Turku social and health care electronic documentation and implementation project. The starting point of the project was national nursing electronic documentation development projects HoiDok and Hoidata and evidence-based patient education project VeTePO. The aim of the project was to develop the documentation of patient education in the Internal Medicine Out-patient Clinic and the Hospital Wards of Internal Diseases. The purpose was to make a plan for the development of the documentation of patient education based on the results of content analysis.

The aim of the study related to the project was to examine the current status of nurses' documentation of patient education. The purpose was to exploit the results and make a plan for the development of the documentation of patient education.

In the study, the material was examined by measuring indicators and a content analysis was carried out. From each ward (22-25) five documentations of patients, who were discharged from the hospital since 1.11.2011, were analyzed. The documentation considered treatment management plans, daily records of all work shifts, as well as a summary of the patients' entire treatment period. From the clinic, 60 documentations were analyzed. These were from patients, who had visited nurses from different areas of specialization since 1.11.2011.

The result of the study was that the nursing process did not appear in the documentations, which were analyzed. Mainly the performed task was mentioned. Evaluations and goal orientation were incomplete. In conclusion, the nursing documentation should be further developed. Structured documentation should be done on the basis of the management plan. Free-form text should be written so that the needs, the target, the planning, the implementation and the evaluation will proceed systematically in the documentation process. For the result of the development project, guidelines for recording patient education were made for the clinic and wards. These guidelines included the issues that belong to the patient education and described how the patient guidance should proceed according to the nursing process. Guidelines were presented to the head nurses, and took place in education for the nurses, who were responsible for the documentation.

KEYWORDS:

patient education, documentation, teaching, counseling

SISÄLTÖ	
1 JOHDANTO	3
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePO)–hanke	5
2.2 Valtakunnallinen HoiDok–hanke	5
2.3 Hoitotyön sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointi–hanke	6
3 TOIMINTAYMPÄRISTÖ	6
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN EDELLYTYSTEN ARVIOINTI JA AIKATAULU	7
5 POTILASOHJAUS	10
5.2 Opetus	12
5.4 Potilasohjaus osana terveydenedistämistä	14
6 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	17
6.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen	20
6.3 Potilasohjauksen kirjaaminen	22
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO	23
7.1 Tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelma	23
7.2 Aineisto	24
7.3 Mittarit	25
8 TUTKIMUSTULOKSET	26
8.1 Poliklinikan kirjaukset	26
8.1.1 Käynnin tarkoitus-otsikko	27
8.1.2 Hoitotyön toiminto-otsikko	27
8.1.3 Lääkehoito-otsikko	28
8.1.4 Jatkohoito-otsikko	29
8.2 Osastojen kirjaukset	29
8.2.1 Ohjauksen kirjaaminen hoitosuunnitelmassa	30
8.2.2 Ohjauksen kirjaaminen päivittäisissä kirjauksissa	31
8.2.3 Ohjauksen kirjaaminen yhteenvedossa	34
9 POHDINTA	35
9.1 Johtopäätökset	35
9.2 Tutkimuksen eettisyys	41
9.3 Tutkimuksen luotettavuus	42
10 POTILASOHJAUKSEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMISSUUNNITELMA	44

11 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	52
11.1 Riskien hallinta kehittämissuunnitelmassa	52
11.2 Projektiorganisaation ja projektipäällikkönä toimimisen arviointi	53
11.3 Kehittämissuunnitelman vaikuttavuuden arviointi	54
LÄHTEET	57

LIITTEET

Liite 1. Kirjaamisen seurantamittari 1

Liite 2. Kirjaamisen seurantamittari 2

Liite 3. Esimerkit osastoille

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämissuunnitelman etenemisen vaiheet 10

TAULUKOT

Taulukko 1. Ohjauksen kirjaaminen sisätautien poliklinikalla 27

Taulukko 2. Ohjauksen kirjaaminen hoitosuunnitelmassa hoitotyön
toimintona: käytetyt otsikot 31

Taulukko 3. Ohjauksen kirjaaminen päivittäisissä kirjauksissa hoitotyön
toimintona: käytetyt otsikot 32

Taulukko 4. Ohjauksen kirjaaminen päivittäisissä kirjauksissa
vapaamuotoisessa tekstissä: käytetyt otsikot 33

Taulukko 5. Ohjauksen kirjaaminen yhteenvedossa 34

Taulukko 6. Potilasohjauksen kirjaaminen poliklinikalla 48

Taulukko 7. Potilasohjauksen kirjaaminen osastolla 51

1 JOHDANTO

Potilasohjaus on ammatillista toimintaa, jossa tasavertaisessa yhteistyössä toimii kaksi asiantuntijaa. Potilaan rooli on muuttunut ohjauksen kohteesta aktiiviseksi osallistujaksi ja oman elämänsä asiantuntijaksi. (Carpenter & Bell 2002, 157; Johansson ym. 2003, 239; Bell ym. 2007, 710; Hätönen 2010, 24, Palonen ym. 2012, 116.) Potilaiden useat terveysongelmat sekä hoitoaikojen lyheneminen, tiedon lisääntyminen ja potilaiden toive osallistua päätöksentekoon ovat lisänneet hoitotyön kirjaamisen haasteita (Kärkkäinen & Eriksson 2005, 203). Kirjaamiseen perehtyminen ja panostaminen ovat välttämättömiä, sillä vain täsmällinen kirjaaminen mahdollistaa suunnitelmallisen ja vaikuttavan potilasohjauksen (Kääriäinen & Kaakinen 2008, 13).

Tämä potilasohjauksen kirjaamisen kehittämissuunnitelma on ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, ja se toteutettiin osana Turun sosiaali- ja terveystoimen (SoTe) hoitotyön sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointihanketta. Hankkeen lähtökohta ovat valtakunnalliset hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeet eli HoiDok ja HoiData sekä näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen eli VeTePO-hanke. Turun sosiaali- ja terveystoimen hankkeen tarkoituksena on siirtää valtakunnallinen, hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamismalli käytäntöön. Tavoitteena on kehittää kirjaamisen laatua ja yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä. (Salmela 2009, 77–78.) Hoitotyön käytäntöjen ja dokumentoinnin yhtenäistämisen tavoitteena on parantaa hoitotyön vaikuttavuutta ja kehittää näin hoidon laatua. Hyvän hoidon tulee perustua parhaaseen mahdolliseen ajantasaiseen tietoon riippumatta potilaan asuin- tai hoitopaikasta. (Holopainen ym. 2010, 43–44.)

Tämän kehittämissuunnitelman tavoitteena on potilasohjauksen kirjaamisen kehittäminen sisätautien poliklinikalla ja vuodeosastoilla. Tarkoituksena on tehdä suunnitelma potilasohjauksen kirjaamisen kehittämiseksi hoitajien kirjausten sisällönanalyysin tulosten pohjalta.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon on tärkeä hoidon laadun mittari ja se edistää potilaiden itsehoitoa ja sitoutumista. Potilaat kokevat tärkeimpinä tyytyväisyyteen vaikuttavina tekijöinä tiedonsaannin sekä luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi potilaat arvostavat mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa ja ottaa siitä vastuuta. (Naukkarinen 2008, 14.) Hoidon laadun edistämiseksi myös hoitajien kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen on tarpeellista. Hoitajia koulutetaan jatkuvasti kirjaamisessa, mutta siinä on edelleen puutteita. Hoitotyön kirjaaminen on kuitenkin kirjallinen todiste hoitokäytänteistä ja heijastaa sairaanhoitajan vastuuta potilasta kohtaan. Tarkka kirjaaminen on tärkeä edellytys yksilölliselle ja turvalliselle hoitotyölle, koska vain dokumentoituun tietoon voi luottaa. Jokainen potilas on ainutlaatuinen yksilö, ja siksi on tärkeää, että hänen hoitonsa tulee kaikilta osin kirjatuksi. Kirjaamiskäytännöt myös osaltaan heijastavat sairaanhoitohenkilökunnan arvoja. (Voutilainen ym. 2004, 72–78.) Potilaskertomuksista saadaan tietoa moniammatillisesti muilta potilaan hoitoon osallistuvilta ja välitetään omalla kirjaamisella tietoa eteenpäin (Ylöstalo-Laine 2006, 47).

Kaiken kaikkiaan rakenteinen kirjaaminen on valtakunnallisesti vielä kehitysvaiheessa. Vuonna 2010 sosiaali- ja terveysministeriön katselmuksessa ilmeni, että potilasasiakirjoja ei ole muodostettu tehtyjen ohjeiden mukaisesti. Kirjauksissa löytyi useita muunnelmia ja rakenteiset kirjaamismallit olivat vain osittain käytössä. Muun muassa lääkitystietojen rakenteistaminen oli vasta testivaiheessa monissa hankkeissa, vaikka rakenteinen kirjaaminen olikin aloitettu vuonna 2005. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 217/2011, 90.) Turun ammattikorkeakoulussa kirjaamisesta on tehty useita opinnäytetöitä Turun sosiaali- ja terveystoimen hoitotyön sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointi – hankkeeseen. Näissäkin tutkimuksissa on todettu, että kirjaamisessa on kehitettävää (Bergqvist & Nordman 2010, 30; Kaukola & Virtanen 2011, 46; Kuuttila ym. 2011, 30). Myös poliklinikoiden osalta kirjaaminen on ollut puutteellista ja rakenteisen kirjaamisen kehittämisen tarvetta on havaittu (Heinonen ym. 2010, 40).

Hoidollinen päätöksentekoprosessi on myös rakenteisen kirjaamisen perusta ja malli kuuluu terveydenhuoltoalan ammattilaisten osaamiseen. Prosessin avulla hoitotyö nähdään järjestelmällisenä, suunnitelmallisena ja tavoitteellisenä toimintana. Hyvin dokumentoitu hoitotyö tulee näkyväksi omaan tietoperustaan pohjautuvaksi toiminnaksi. (Salmela ym. 2011, 16- 17.)

2.1 Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePO)– hanke

Hanke on osa valtakunnallista terveydenhuollon vetovoimaisuutta ja terveyttä edistävää VeTe–hankekokonaisuutta. Terveydenhuollossa keskeinen osa-alue on potilasohjaus. Hanke perustuu aikaisempaan kehittämistyöhön potilasohjauksen hyvien käytäntöjen kehittämisessä koko valtakunnassa. Tärkeää on ollut joustavien ja saumattomien toimintojen kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä. (Lipponen 2009.)

Potilaat eivät ole olleet tutkimusten mukaan tyytyväisiä saamaansa tietoon ja mahdollisuuksiinsa osallistua omaan hoitoonsa. Potilaat ovat odottaneet saavansa enemmän tietoa varsinkin hoitoa koskevista riskeistä, vaihtoehdoista, ennusteesta ja hoidon vaikutuksista. (Naukkari 2008, 14, 42.) VeTePO–hankkeen tarkoituksena on potilasohjauksen tuloksellisuuden parantaminen. Tavoitteena on, että potilas pystyisi paremmin hallitsemaan omaa terveysongelmaansa, osallistumaan omaan hoitoonsa sekä tekemään hyvinvointiaan ja hoitoaan koskevia päätöksiä. (Lipponen 2009.)

2.2 Valtakunnallinen HoiDok–hanke

HoiDok–hanke, eli valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke, toteutettiin vuosien 2005 ja 2008 välillä kahdessa eri vaiheessa. Hanketta koordinoi Kuntaliitto ja hallinnoijana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (Vsshp). Hanke toteutettiin kehittämistoimintana, joka muodostui useasta eri osa-alueesta. Käytännön pilotointi ja sen jatkuva arviointi oli tärkeässä asemassa. (Vsshp 2008.) Mallin käyttöönoton tukemista ja käytäntöön viemistä jatkoi HoiData–hanke vuosina 2007–2009 (Vsshp 2009).

HoiDok–hankkeessa on kehitetty hoitotyöntekijöille yhtenäinen systemaattinen kirjaamismalli, jossa potilaiden keskeiset tiedot kirjataan yhtenäisen kaavan

mukaan koko maassa. Nämä ydintiedot koostuvat hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista, hoidon tuloksista ja hoitotyön yhteenvedosta. Potilastiedot kirjaetaan systemaattisesti ja rakenteisesti käyttäen Finnish Care Classification (FinCC) -luokitusta. (Tanttu & Rusi 2007, 114; Tanttu 2008, 5; Tanttu & Oras-Hyytiäinen 2008, 23; Liljamo ym. 2012, 3.)

2.3 Hoitotyön sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointi–hanke

Tämän Turun sosiaali- ja terveystoimen hankkeen tarkoituksena on viedä hoitotyön rakenteinen kirjaaminen käytäntöön. Tavoitteena on yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä, parantaa sekä kirjaamisen että hoidon laatua ja saada laadukas hoitotyö näkyväksi kirjaamisessa. Tavoitteena on myös saada laadukasta tietoa ja näyttöä hoitotyön vaikuttavuudesta hoitotyön johtamisen käyttöön. (Salmela 2009, 77–78.)

Hankkeen alkaessa luotiin yhteinen hoitonäkemyks sekä kirjaamisen laatuvaatimukset, joiden suuntaisesti kaikkien kirjaamisten tulisi tapahtua. Asiantuntijasairaanhoidajia ja työyksiköiden kirjaamisvastaavia on koulutettu rakenteisen kirjaamismallin mukaiseen hoitotyön kirjaamiseen. He motivoivat ja kouluttavat työyksikön muuta henkilökuntaa ja seuraavat lisäksi kirjaamisen tilaa. Tavoitteena on lisäksi hyödyntää hankkeesta saatuja kokemuksia terveydenhuollon koulutukseen. (Salmela 2009, 78–81.)

3 TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Kehittämiprojekti toteutettiin sisätautien poliklinikalla ja vuodeosastoilla. Poliklinikalla on vastaanottoja sisätautien, kardiologian, neurologian, hematologian, reumatologian, nefrologian ja geriatrian erikoisaloilla. Lisäksi mukaan kuuluu tähyystyksikkö, jonka kirjaukset eivät olleet mukana tässä tutkimuksessa. Poliklinikka toimii sairaalan yhteydessä erikoisalakohtaisesti. Poliklinikkakäynti koostuu eri vaiheista, joista yleisimpiä ovat tutkimuskäynnit ja -ajat, sekä kuvantamistutkimukset ja laboratoriokokeet ennen lääkärin vastaanottoa. Hoitajilla voi olla omaa vastaanottotoimintaa poliklinikalla, jolloin annetaan ohjausta ja opetusta. Puhelinneuvonta ja konsultointi ovat myös poliklinikoille ominaista toiminta-

taa. Tärkeä tavoite polikliinisessa hoidossa on löytää potilaalle oikea diagnoosi ja aloittaa tehokas hoito mahdollisimman pian. (Makkonen 2008, 22.)

Vuodeosastoista osasto 22:n erityisalueena on sydänpotilaiden hoito. Sydänvalvontahuoneessa voidaan hoitaa ja valvoa potilaiden keskeisimpiä elintoimintoja. Osasto 23:n erityisalueena on neurologisten potilaiden hoito ja kuntoutus. Osasto 24:n erityisosaamisalue on diabetes- ja munuaispotilaiden hoito. Osasto 25:n erityisalueena on hematologisten ja keuhkosairauksia sairastavien potilaiden hoito sekä kuntoutus. Henkilökunta koostuu erikoislääkäreistä, erikoistuvista lääkäreistä, sairaanhoitajista, lähihoitajista ja osastosihteereistä. (Turun kaupunki 2012.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN EDELLYTYSTEN ARVIOINTI JA AIKATAULU

Poliklinikalla kirjaaminen on haasteellista, koska siellä ei käytetä kirjaamiseen valtakunnallista FinCC-luokitusta johtuen Pegasos-potilastietojärjestelmän puutteista poliklinikkojen osalta. Poliklinikoilla sairaanhoitajat kirjaavat tekstinsä potilaan jatkuvaan sairauskertomukseen erikoisalalehdille, joihin myös lääkärit kirjaavat. Näin ollen hoitajien kirjaamisen rakenteisuus pitää näkyä muilla keinoin.

Sairaanhoitajien kirjaaminen perustuu kuitenkin hoitoprosessin mukaiseen malliin, jossa tulisi näkyä hoidon tarpeet, tavoite, toteutus ja arviointi (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 26). Kirjaamisen rakenteisuutta täytyy kehittää prosessimallin pohjalta, vaikka luokituksia ei ole käytössä. Tällä hetkellä poliklinikoilla käytetään hoitajien kirjaamisessa yhteisesti sovittuja otsikkoja, jotka ovat: käynnin tarkoitus, hoitotoiminto, lääkitys ja jatkohoito. Kaikki hoitajien kirjaukset tulevat näiden otsikoiden alle. Yhtenäisten kirjaamiskäytäntöjen luomisella pyritään potilasohjauksen kehittämiseen ja potilaiden saaman hoidon laadun parantamiseen. Potilaskertomuksista saadaan tietoa moniammatillisesti kaikilta potilaan hoitoon osallistuvilta. Siksi myös polikliinisen kirjaamisen tulisi olla täsmällistä ja ymmärrettävää. (Ylöstalo-Laine 2006, 47.) Työn dokumentointi on tärkeää myös

siksi, että poliklinikoiden hoitajat käyttävät ohjaukseen lähes puolet ajastaan potilaskäyntien yhteydessä (Palonen ym. 2012, 122).

Sisätautisairaalan vuodeosastoilla kirjataan valtakunnallisen FinCC-luokituksen mukaan, jossa tiedot kirjataan systemaattisesti ja rakenteisesti (Tanttu & Rusi 2007, 11). Hoitotyön luokitellut komponentit perustuvat suomalaiseen hoidon tarve- ja toimintoluokitukseen (SHTaL ja SHToL) ja jakautuvat edelleen pää- ja alaluokkiin. Potilaskertomus muodostuu hoitosuunnitelmasta, päivittäisistä kirjauksista sekä hoitotyön yhteenvedosta. SHTaL:lla ja SHToL:lla on yhtenevä hierarkkinen rakenne. Komponentit kuvaavat abstrakteinta tasoa. Näiden alle on koottu konkreettisemmat pää- ja alaluokat, jotka toimivat kirjaamisen otsakkeina ja sinne kirjataan vapaamuotoisesti ja arvioivasti. (Saranto ym. 2007, 96–116; Liljamo ym. 2012, 3).

Hoitajien yhteistyö lääkäreiden kanssa on tiivistä. Hoitajien kirjaaminen vaikuttaa myös lääkäreiden työhön, koska he lukevat tekstit potilaskertomuksista. Osastoilla hoitajat ovat potilaiden kanssa tekemisessä ympäri vuorokauden ja heidän kirjauksensa potilaan voinnista ovat erittäin tärkeitä hoidon jatkuvuuden kannalta. Poliklinikalla hoitajat ja lääkärit työskentelevät tiimeinä. Potilaiden välikontrollit voivat olla hoitajalla, ja lääkärin vastaanotto on harvemmin. Hoitajien kirjaamisen pitää olla loogista ja jäsentynyttä, koska toinen henkilö jatkaa potilaan hoitoa. Ylöstalo-Laineen (2006, 47) mukaan kirjauksissa tulisi näkyä kaikki oleellinen tiivistetyssä muodossa. Usein hoito jatkuu myös avoterveydenhuollon puolella, jolloin tietojen siirtyminen on tärkeää. Tiedon merkitys vain kasvaa avohoidon yhä lisääntyessä. (Palonen ym. 2012, 122.)

Osastonsihteerit ovat tärkeä osa henkilökuntaa ja hyvä yhteistyö on edellytys sekä toimivalle poliklinikalle että osastoille. Yli omien yksiköiden rajojen tehdään paljon moniammatillista yhteistyötä muun muassa sosiaalityöntekijöiden, fysio- ja toimintaterapeuttien, ravitsemusasiantuntijoiden ja muistihoitajien kanssa. Lisäksi ollaan yhteydessä eri sairaaloihin, kuntoutuslaitoksiin ja kotihoitoon.

Projektipäällikön esimies, sisätautien poliklinikan osastonhoitaja on ollut kehittämisajatukselle suosiollinen. Poliklinikoiden kirjaamisvastaavista moni on myös oman yksikkönsä osastonhoitaja, joten kaiken kaikkiaan ilmapiiri kehittämiselle oli myönteinen. Kirjaamiseen ei ole paljon aikaa ja sen pitää sujua vaivattomas-

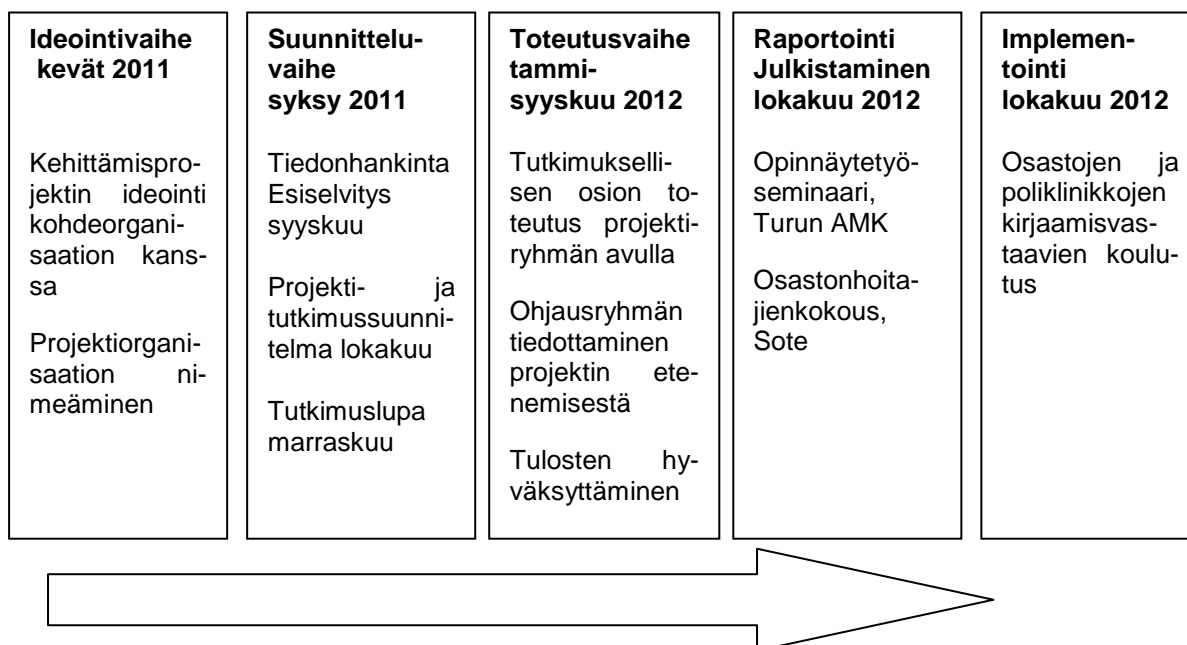
ti, jotta se toteutuisi hyvin ja olisi laadukasta. Yhtenäiset, selkeät ohjeet voivat helpottaa kirjaamistyötä. Myös Sassenin (2009, 281–282) mukaan kirjaamisjärjestelmän tulee olla toimiva ja helposti käytettävä, jotta se edesauttaisi tämän työn tekemistä.

Näistä lähtökohdista katsottiin tarpeelliseksi ja tärkeäksi yhtenäistää myös potilasohjauksen kirjaamiskäytäntöjä ja parantaa siten kirjaamisen laatua sisätautien poliklinikalla ja vuodeosastoilla. Tällöin olisi myös mahdollista saada laadukas potilasohjaus näkyväksi kirjaamisessa. Tämä projekti tehtiin osana Turun sosiaali- ja terveystoimen (SoTe) hoitotyön sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointi-hanketta. Projektipäällikkönä toimi YAMK-opiskelija. Projektiryhmän muodostivat projektipäällikkö ja poliklinikoiden kirjaamisvastaavat. Ohjausryhmään kuuluivat tutoropettaja, tutkimus- ja kehitysyksikön hallintoylihoitaja ja ylihoitaja, somaattinen erikoissairaanhoidon ylihoitaja sekä asiantuntijasairaanhoidaja, joka toimi myös mentorina.

Projektipäällikkö työskenteli sisätautien poliklinikalla ja toimi työyksikkönsä kirjaamisvastaavana, mentori työskenteli samalla poliklinikalla ja oli kirjaamisen asiantuntijasairaanhoidaja. Jokaisella poliklinikalla on yksi kirjaamisvastaava, ja he työskentelevät yhdessä järjestäen kokoontumisia tarpeen mukaan. Osastojen rakenteinen kirjaaminen oli projektipäällikölle vieraampaa ja siihen paneutuminen on vienyt aikaa. Mentorin kanssa yhdessä on käyty läpi osastojen kirjauksia ja keskusteltu kirjaamismallista myös osastojen kirjaamisen asiantuntijasairaanhoidajan kanssa.

Aikataulullisesti kehittämistyö eteni siten, että ideointivaihe oli keväällä 2011. Tuolloin tapahtui kehittämissuunnitelman ideointi ja aiheen määrittely kohdeorganisaation edustajien kanssa, myös projektiorganisaatio nimettiin. Suunnitteluvaihe oli syksyllä 2011. Silloin tehtiin tiedonhankintaa ja esiselvitys valmistui syyskuussa 2011. Projekti- ja tutkimussuunnitelma valmistuivat lokakuussa 2011. Projekti- ja ohjausryhmälle tiedotettiin suunnitelmasta ja tämän jälkeen ohjausryhmä antoi hyväksyntänsä tutkimussuunnitelmaan sovittujen muutosten jälkeen. Tutkimusluvan haku oli marraskuussa 2011. Tammi-syyskuussa tapahtui kehittämissuunnitelman tutkimuksellisen osion toteutus projektiryhmän avulla. Ohjausryhmälle tiedotettiin projektin etenemisestä ja tulokset hyväksyttiin syys-

kuussa 2012. Projektin raportointi ja julkistaminen tapahtuivat lokakuussa 2012, silloin alkoi myös implementointi henkilökunnalle. Projektin eteneminen on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. Kehittämiprojektin etenemisen vaiheet

5 POTILASOHJAUS

Potilasohjaus määritellään hoitotieteessä ammatilliseksi toiminnaksi, jossa ta- savertaisessa yhteistyössä toimii kaksi asiantuntijaa. Potilas ei enää ole pelkkä passiivinen vastaanottaja, vaan hän on muuttunut aktiiviseksi osallistujaksi ja oman elämänsä asiantuntijaksi. Näin myös vastuu ohjauksen onnistumisesta on sekä terveydenhuollon koulutuksen saaneella asiantuntijalla että potilaalla. (Poskiparta ym. 2001, 69; Johansson ym. 2003, 239; Bell ym. 2007, 710.) Oh- jaaja on potilaan kumppani ja tukija, mutta hänellä on kuitenkin ohjauksen ja sen sisällön asiantuntijan asema ja ammatillinen vastuu (Carpenter & Bell 2002, 157).

Ohjausta antavan terveydenhuollon työntekijän on tunnistettava omat taustate- kijänsä, jotta voi ymmärtää potilaan taustoja. Vuorovaikutuksellista ohjaussuh- detta rakennetaan näiden selvitettyjen taustatekijöiden pohjalta. (Kääriäinen

2007, 116–117; Kyngäs ym. 2007, 25–29, 35; Kummell 2008, 51.) Kommunikointi potilaiden ja hoitajien välillä on avain hyvän vuorovaikutussuhteen kehittymiselle ja potilasohjaukselle. Sosiokulttuuriset tekijät voivat vaikuttaa kommunikointiin ja ne on otettava huomioon suhdetta rakennettaessa. (Fakhr-Movahedi ym. 2011, 171.)

Ohjaus-käsitteen synonyymeina käytetään usein neuvontaa, opetusta ja tiedon antamista. Englanninkielessä käytetään käsitteitä *counsel(l)ing* ja *patient education* (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 209). Lisäksi voidaan käyttää rinnakkain käsitteitä *terveysneuvonta*, *potilasohjaus*, *potilasopetus* ja *potilasneuvonta* (Kettunen ym. 2002, 213).

Tässä kehittämissuorituksessa käytetään käsitettä *potilasohjaus* sisällyttäen siihen ohjaus, opetus ja neuvonta. Seuraavissa kappaleissa käsitellään vielä näitä käsitteitä erikseen.

5.1 Ohjaus

Ohjaus voidaan määritellä aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi vuorovaikutteiseksi toiminnaksi, johon liittyvät ohjaajan ja ohjattavan ympäristö ja olosuhteet. Ohjauksen seurauksena ohjattavassa tapahtuu oppimista, voimaantumista ja itseohjautuvuuden lisääntymistä. Ohjauksella voidaan tukea hänen selviytymisen tunnettaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 209; Kääriäinen & Kyngäs 2005 b, 257; Kääriäinen ym. 2006, 10, 11; Palonen 2012, 116.)

Ohjaus on ammatillista toimintaa, olennainen osa hoitotyötä ja osa hoitoprosessia (Hautakangas ym. 2003, 67; Palonen ym. 2012, 121). Ammatillisen toiminnan kannalta ohjaus tarkoittaa tilannetta, jossa keskustellaan tavoitteellisesti potilaan asioista. Hoitajalla on tärkeä tehtävä antaa potilaalle tietoa ja tukea potilasta hallitsemaan tietoa hänen omaan elämäntilanteeseensa sopien. Ohjauksessa on aina otettava huomioon potilaan yksilölliset voimavarat ja tarpeet. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8-9; Hätönen 2010, 24; Palonen 2012, 116.)

Ohjausprosessissa, kuten yleensä hoitotyön prosessissa, määritellään ensin ohjauksen tarve. Sen jälkeen suunnitellaan ja toteutetaan ohjaus ja sitä seuraa ohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden arviointi. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10). Hoitajalla on kokonaisvastuu potilasohjauksen järjestämisestä ja toteuttamisesta.

ta, vaikka sairastuessaan potilas saa tietoa moniammatillisesti. Ohjauksessa hoitajalta edellytetään ohjattavan asian monipuolista ja laajaa asiantuntemusta. (Torkkola ym. 2002, 26, 29.)

5.2 Opetus

Kielitoimiston sanakirjassa (2010) opettaminen määritellään siten, että se tarkoittaa samaa kuin saattaa oppimaan, antaa oppia, neuvoa, koulua, kouluttaa, ohjata ja perehdyttää. Opettaa-sanaa käytetään lisäksi siinä merkityksessä, että joku esittää opinkappaleenaan jotakin.

Terveydenhuollon opetus on määritelty siten, että se on järjestelmällistä tietämyksen, menetelmien ja eri tekniikoiden siirtämistä opettajan ja oppilaan välillä. Opetusta annetaan kuitenkin aina potilaan terveydentilan tarpeista. (Dictionary of Public Health 2007, 89.) Oppimisen psykologiassa ja kasvatustieteissä korostetaan tällä hetkellä konstruktivistista oppimiskäsitystä, jonka mukaan opettajan rooli on muuttunut tiedon jakajasta oppimisen mahdollistajaksi (Turku 2007, 17).

Potilaan tiedon tarpeeseen vastaaminen toteutuu hoitotyössä hoitopedagogisen toiminnan eli opettamisen avulla. Terveydenhuollon ammattilaisella on tärkeä tehtävä tiedon antajana sekä potilaalle että tämän perheelle. Prosessi toimii kaksisuuntaisesti, joten molemmat toimijat ovat opettajia ja oppilaita toisilleen. Tässä yhteistyösuhteessa tapahtuu tiedon välittämistä, oppimista ja ymmärryksen kehittymistä sekä ammattilaisessa että potilaassa. (Kilkku 2008, 21.) Opetukseen liitetäänkin pääasiassa kognitiivisen tiedon välittäminen (Kettunen ym. 2002, 213).

Potilaan ohjaus on myös opetustilanne hoitajan ja potilaan välillä. Kun hoitaja toimii tilanteessa asiantuntijana, se edellyttää monipuolista ja asiantuntevaa tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 255; Kääriäinen ym. 2006, 5; Kääriäinen 2007, 111; Kääriäinen 2008, 11). Hallilan (2005, 97) mukaan opetus on systeemi suunniteltuja toimintoja, joiden avulla pyritään vaikuttamaan potilaan toimintaan.

Pireddan vuonna 2004 tekemässä käsiteanalyysissä potilasopetus ja terveyskasvatus kuuluvat laajaan terveyden edistämisen kokonaisuuteen. Potilasope-

tus on osa terveyskasvatusta. Vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä muuttuu, kun terveyskasvatuksesta siirrytään potilasopetukseen. Raja näiden toimintojen välillä on kuitenkin häilyvä. Potilasopetuksen ei tulisi kohdentua pelkästään sairauteen tai tiedon välittämiseen, ja sen tulisi perustua myös potilaan omaan aktiivisuuteen, päätöksentekoon ja terveyden edistämiseen. (Kilcku 2008, 22.)

Van den Bornen (1998, 89–102) mukaan potilasopetuksessa tavoitteena on tukea potilasta parantamaan ja ylläpitämään terveyttään ja selviytymään sairaudestaan. Lisäksi tavoitteena potilaan opettamisessa on lisätä potilaan tietoa sairaudestaan ja sen vaikutuksista elämään sekä vaikuttaa hänen terveyskäyttäytymiseensä ja sairauden kokemiseen.

5.3 Neuvonta

Terveyskirjaston (2011) määritelmässä (terveys)neuvonta ymmärretään terveyttä edistävien, sairautta ehkäisevien tai hoitoa koskevien kysymysten käsittelyksi ja ongelman ratkaisuksi. Neuvonta tapahtuu terveydenhuollossa vuorovaikutustilanteessa, jossa osapuolina ovat terveydenhuollon ammattihenkilö ja potilas.

Terveyttä tai sairautta koskevaa neuvontaa nimitetään usein terveysneuvonaksi. Se voi kohdistua ihmisen terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen tai sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen. Terveysneuvonnassa pyritään aina asiakaslähtöisyyteen, mutta hoitajan vastuulla on vuorovaikutuksen kehittäminen, neuvonnan eteneminen ja asiasisältö. Hän antaa asiakkaan käyttöön ammatillista osaamistaan ottaen samalla huomioon asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja jokaisen asiakkaan yksilöllisyyden. Neuvonta tapahtuu siis molempien osapuolien ehdoilla. (Vertio 2003, 273, 573.) Neuvonnalla tarkoitetaan kuitenkin yleensä ajallisesti lyhyempää ohjausta kuin potilasohjaus (Kettunen ym. 2002, 220).

Neuvonta voidaan nähdä myös enemmän kielteisenä kuin suositeltavana asiana, kuten asiakaslähtöisissä teorioissa. Se voidaan liittää epäsymmetriseen asetelmaan, jossa neuvottava saa ohjeita ylhäältäpäin neuvojan harkinnan mukaan, ja neuvojan ajatellaan tietävän asiasta enemmän. Tällöin neuvonta on direktiivistä toimintaa. Neuvo voidaan antaa niin, että se koetaan vain yksisuun-

taiseksi informaation jakamiseksi. Neuvo voi antaa neuvottavalle monia vastauksia, mutta se voidaan myös torjua. (Vehviläinen 2001, 155–156, 173.)

Onnismaan (2003, 152) mukaan neuvonnassa potilas odottaa saavansa ongelmaansa asiantuntevaa apua. Hän on tällöin neuvon pyytäjän asemassa ja päättää myös itse siitä, käyttääkö hän neuvoa hyväkseen vai ei. Terveystieteiden ammattilaisen on kuitenkin varmistettava, että neuvot ovat asiantuntevia ja että potilas ymmärtää ne oikein.

Koskenvuon ja Mattilan (2003, 21) mukaan terveystieteiden sijasta tulisi käyttää termiä terveystietoneuvonta silloin kun kyseessä on vuorovaikutus. Sana terveystietoneuvonta saatetaan kokea holhoavaksi tapahtumaksi, jossa terveystietoneuvon kohde pyritään muuttamaan kasvattajan arvojen mukaiseksi. Terveystietoneuvonta pyrkii jakamaan tietoa ja siten kehittämään ihmisen käyttäytymistä terveyttä edistäväksi, mutta kuitenkin ihmisen omilla ehdoilla.

Neuvonnassa on vaikeaa luoda motivaatiota sellaisissa potilaissa, jotka itse ovat muutoshaluttomia. Lisäksi ongelmallista on elämäntapojen muutosten havaitseminen, ja vaikuttavuuden mittaaminen on haasteellista. Terveystieteiden ammattilaisten neuvontataitokoulutuksella on kuitenkin nähty myönteisiä vaikutuksia potilaiden elämäntapoihin. (Jallinoja 2009, 3561.)

5.4 Potilasohjaus osana terveydenedistämistä

Terveyden ja terveyden edistämisen käsitteet ovat hyvin monimuotoisia. Eri alojen edustajat määrittelevät käsitteet oman katsontakantansa mukaan ja erilaisia määritelmiä on siksi hyvin paljon. Yhtenä näkökulmana terveys voidaan määritellä hyvinvoinnin ja elämänlaadun perustekijäksi. Siihen sisältyy fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveys. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 11.) Terveyden edistäminen voidaan nähdä toimintana, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman terveytensä ja elinympäristönsä hyvinvoinnin huolehtimisessa (Koskenvuo & Mattila 2009, 16; Vertio 2003, 29).

Voimaantumisen (empowerment) kautta potilas voi nähdä ohjauksen ja muutoksen mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveydentilaansa. Motivoitumiseen tähdätään mahdollisuuden, ei pakon avulla. Voimaantumiseen liittyy myös

oman elämän hallinnan tunne eli koherenssi. (Turku 2007, 21, 24.) Antonovsky (1987, 4) on käyttänyt koherenssin tunteen käsitettä terveyslähtöisessä mallissaan, jonka lähtökohtana on huomion kiinnittäminen terveyteen ja sitä edistäviin tekijöihin. Perusoletus on, että vahva koherenssin tunne eli kokemus elämän hallittavuudesta ja mielekkyydestä edistää ihmisen terveyttä.

Ohjauksen tuloksena potilas oppii uusia asioita ja voimaantuu ja hänen itseohjautuvuutensa kasvaa (Hätönen 2010, 24). Yksilön oma käyttäytyminen siis vaikuttaa myös hänen terveyteensä. Terveyskäyttäytyminen voidaan määritellä toiminnaksi, jonka tarkoituksena on sairauksien ehkäisy, sairauden tunnistaminen mahdollisimman varhaisessa, oireettomassa vaiheessa ja terveyden edistäminen (Bowling 2002, 45.) Potilaan on helpompi ottaa kantaa ja vaikuttaa hoitoonsa, kun hän saa kokonaisvaltaista ja asiantuntevaa tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista. Tällöin myös hänen elämän hallintansa paranee. (Naukkari 2008, 39.)

Potilasohjauksen tulisi olla järjestelmällistä ja säännöllistä. Hyvin organisoidut interventiot ja tehokkaat seuranta järjestelmät voivat parantaa potilaan sairauden hallintaa. Potilaslähtöisten interventioiden käyttäminen voi näin johtaa parempaan potilaan terveydentilaan ja helpottaa myös potilaan hoitoon sitoutumista. (Renders ym. 2009, 2, 86.) Kivistön ym. (2009, 14–21) mukaan voimavaraistumisnäkökulma mahdollistaa asiakkaan oman osallistumisen terveyden säilyttämiseen ja edistämiseen. Ohjauksen tarkoituksena on helpottaa asiakkaan voimavarojen tuntemista ja ottaa niitä käyttöön. Näin voidaan tukea asiakkaan päätöksentekoa omista asioistaan tietoon perustuen.

Potilasohjauksella pyritään potilaan terveysongelman mahdollisimman hyvään sisäiseen hallintaan. Se tarkoittaa sellaista tilaa, jossa potilas kokee hallitsevansa terveysongelmaansa ja sen aiheuttamia seurauksia elämässään. Näin hän voi jäsentää terveyttään ja sitä koskevaa hoitoa. Hoitohenkilökunnan tulisi tukea potilasta terveysongelmien hallinnassa edistääkseen laadukasta hoitoa. (Leino-Kilpi ym. 1999, 26–29.)

Terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueita voidaan jäsentää kuuteen alueeseen. Biologis-fysiologisella alueella ihmisellä on riittävästi tietoa terveysongelmasta aiheutuvista fyysisistä oireista ja tuntemuksista sekä toimista niiden

hallitsemiseksi. Toiminnallinen alue muodostuu siitä, että ihminen osaa toimia terveysongelmansa hallitsemiseksi. Sosiaalis-yhteisölliselle alueelle kuuluvat asiat, jotka liittyvät ihmisen kokemiseen elämisestä oman sosiaalisen yhteisön jäsenenä terveysongelmansa kanssa. Kokemuksellisella alueella ihminen kykenee hyödyntämään omia kokemuksiaan aikaisemmista terveysongelmista. Tähän liittyy myös se, miten potilas kokee hoidon toteutuneen. Eettisellä alueella potilaan oikeudet toteutuvat, hän kokee tulleen kohdelluksi hienovaraisesti ja on saanut esittää omia toiveitaan ja näkemyksiään hoidostaan. Ekonomisen alue muodostuu siitä, että ihminen kykenee taloudellisesti hallitsemaan tilanteensa. Hoidossa tulee toimia hänen ja organisaation varoja säästäen. (Leino-Kilpi ym. 2005, 307.) Tutkimustulokset osoittavat, että on tärkeää kehittää potilasohjausta ja siten parantaa potilaiden tiedon saantia ja oman terveytensä hallintaa (Heikkinen ym. 2007, 271; Rankinen ym. 2007, 113; Heikkinen 2011, 18).

Routasalon ym. (2009, 2351) mukaan terveydenedistämistyöstä ja terveydenhuollon hyvistä tuloksista huolimatta väestöllä on edelleen elintapoihin liittyviä terveysuhkia. Tutkimukset osoittavat, että vain noin puolet pitkäaikaissairaista käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaisesti, ja tällöin potilas ei hyödy lääkityksestään parhaalla mahdollisella tavalla. Lisäksi tällainen hoito tulee yhteiskunnalle kalliiksi.

Hyvällä potilasohjauksella on kuitenkin mahdollista vähentää sairaudesta aiheutuvia kustannuksia. Hoitoon sitoutumista parantavat toiminnot vaikuttavat myös koko kansanterveyteen enemmän kuin mikään muu yksittäinen hoidon kehittyminen. Laadukas ohjaus myös edistää paranemista ja voi ehkäistä komplikaatioita. Ohjauksella on vaikutusta potilastyytyväisyyteen, itsehoitoon sitoutumiseen ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 22–23; Kemppainen ym. 2010, 5-6.)

5.5 Omaisten ohjaus

Omaisilla on erittäin suuri vaikutus potilaan hyvinvointiin ja siksi on tärkeää ottaa huomioon myös heidän tarpeensa ja toiveensa. Omaisten ohjaus ja sen dokumentointi on siis tärkeää hoidon onnistumisessa, komplikaatioiden ja sairauk-

sien ennaltaehkäisyssä sekä potilaan sairaudesta selviytymisen kannalta. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 15; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 14.) Varsinkin vanhusten kohdalla omaisten huomioon ottaminen on ensisijaista. Vanhukset toivovat omaisten läsnäoloa ohjaustilanteessa ja kokevat yksilöllisen ja monipuolisen ohjauksen erittäin tärkeänä. (Isola ym. 2007, 51.) Omaiset odottavat saavansa ohjauksessa etenkin tiedollista tukea, mutta he kaipaavat hoitohenkilökunnalta myös emotionaalista ohjausta. Omaiselle annetaan tietoa potilaan sen hetkisestä tilanteesta, tutkimuksien tuloksista, jatkosuunnitelmista sekä potilaan kuntoutumisen edistymisestä. Kuitenkin on aina muistettava potilaan itsemääräämisoikeus ja vaitiolovelvollisuus, sekä kysyttävä potilaan suostumus tietojen kertomiseen omaisille. Jotkut potilaista saattavat haluta rajoittaa tietojen antoa, tai he voivat itse haluta kertoa omaisilleen tarpeelliseksi kokemansa asiat. (Anttila ym. 2006, 44–46, 50.)

Myös polikliinisessä kirjaamisessa tulisi näkyä perheen tai omaisen mukanaolo sekä heidän toiveensa ja odotuksensa hoidolle (Grann 2003, 15). Olisi tärkeää kirjata potilaan ja myös hänen omaisensa kanssa käydyistä keskusteluista ja siitä, miten he ovat asian ymmärtäneet ja suhtautuneet siihen (Read 1999, 41). Hoitajat tekevät paljon yhteistyötä potilaan perheenjäsenten kanssa. Omaisten ja potilaan kanssa yhteistyössä keskustellaan hoidoista, odotuksista ja päätöksistä sekä suunnitellaan jatkohoitoja. Kuitenkin hoitohenkilökunta on kirjannut potilaan perheenjäsenistä ja heidän mielipiteistään ja odotuksistaan hyvin vähän. (Hopia ym. 2007, 9, 41.)

6 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu hoitotyössä tehtävän päätöksenteon perusteella. Hoitotyöhön liittyvät päätöksentekotilanteet nojautuvat hoitotyön tietoperustaan ja siinä tehtäviä päätöksiä voidaan tarkastella prosessimallin mukaisesti. Hoitotyön prosessi etenee potilaan hoidon tarpeista toimintojen suunnitteluun, toteuttamiseen sekä lopulta hoidon onnistumisen ja vaikuttavuuden arviointiin. Päätöksenteko hoitotyössä on tärkeä taito ja sen osaaminen heijastuu myös

kirjaamiseen. Hoitotyössä tehtävien valintojen ja prosessin eri vaiheiden tulee näkyä kirjaamisessa. Luokituksiin perustuva hoitotyön kirjaaminen voi edesauttaa hoitajia kehittymään kirjaamisessa ja hoitotyön päätöksenteon esiin tuomisessa. (Dowding & Thompson 2003, 55; Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 26.)

Kaiken potilasasiakirjoihin kirjatun tiedon tulee olla huolellisesti tehtyä, virheetöntä, asiallista, järjestelmällistä ja asiasisällöltään täsmällistä. Sen pitäisi myös olla yhtenäistä. Tämä tarkoittaa sitä, että yhteisesti sovitaan, mitä sisällöllisesti kirjataan ja miten rakenteellisesti kirjataan. Yhtenäistämällä voidaan päästä lopulta koko maan kattavaan kirjaamiskäytäntöjen vakiointiin. Lisäksi on tärkeää, että kaikki tieto löytyy potilasasiakirjoista, koska tällöin voidaan myös jälkeenpäin tarkistaa tietoja potilaan hoidosta ja arvioida sen vaikuttavuutta. (Saranto & Ensio 2007, 32.)

Päätöksenteon onnistumiseen tarvitaan tutkittua tietoa, joka siis on tutkimuksen avulla saavutettua näyttöön perustuvaa tietoa. Tutkimuksella tarkoitetaan järjestelmällistä, johdonmukaista, hallittua, kokemuksellista ja kriittistä ilmiöiden tarkastelua. Tieteelliselle tiedolle on ominaista, että se on arkitietoa järjestelmällisempää, luotettavampaa ja julkista. (Burns & Grove 2005, 22.) Tutkimustiedon käyttö hoitotyössä antaa perustelut tehdyille ratkaisuille ja kehittää ammattitaitoa. Tällöin voidaan toteuttaa parasta mahdollista hoitoa ja ohjausta potilaille, soveltaen tietoa yksilöllisesti potilaan tarpeisiin nähden. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7; Pekkala 2007, 48–51.)

Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen parantaa potilaan hoidon laatua. Tutkimuksessa on todettu, että myös kirjaamisen sisältö ja laatu kehittyivät, kun hoitajat kirjasivat hoitotieteen teoriaan pohjaavan rakenteisen kirjaamismallin mukaan. Tällöin kirjaaminen perustui aiempaa enemmän potilaan näkökulmaan ja tarpeisiin. (Kärkkäinen & Eriksson 2005, 202.) Kuitenkin on myös osoitettu, että pelkästään kirjausten avulla on vaikea arvioida hoitotyön laatua, koska kaikkia hoitotyön toimintoja ei ole kirjattu. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että kirjaamisjärjestelmät olisivat helppoja käyttää, jotta kaikki tehty työ tulisi raportoiduksi ja näkyväksi. Lisäksi jo hoitotyön koulutuksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon ja potilasohjauksen kehittämiseen. (De Marinis ym. 2010, 1544–1552.) Rosendal Darmerin ym. (2004,

328–331) tutkimuksesta käy ilmi, että hoitajat ovat yleisesti myönteisiä käyttämään rakenteista kirjaamismallia jokapäiväisessä työssään. Lisäksi hoitajien myönteinen asenne edesauttaa kirjaamistaitojen kehittämistä.

Hoitohenkilökunnan kielteiset asenteet ovat olleet usein yhteydessä epämiellyttäviin kokemuksiin, jotka ovat johtuneet tietojärjestelmien heikosta ja jäykästä käytettävyydestä. Hoitohenkilökuntaa ei ole kuunneltu järjestelmien suunnittelussa ja käyttöönotossa, vaikka he tätä kirjaamistyötä tekevät. Kirjaamisen täytyy kiireisessä työssä sujua joutuisasti. Tällöin myös kirjaamisjärjestelmän tulisi olla toimiva ja helposti käytettävä, jotta se edesauttaisi oman työn tekemistä. Toimivat laitteet ja järjestelmät voivat omalta osaltaan merkittävästi lisätä hoidon laatua, työhön tyytyväisyyttä ja toiminnan joustavuutta. (Sassen 2009, 281–282; Doran ym. 2010, 4–15.)

6.1 Lakeja kirjaamisen taustalla

Potilasasiakirjajärjestelmää ohjaavat monet periaatteet, lait ja ohjeet. Hoitotyön asiallinen kirjaaminen edellyttää näiden ohjeistusten tuntemusta ja käyttöä. (Hallila & Graeffe 2005, 16–18.) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen hallinnassa ja käsittelyssä on otettava huomioon seuraavat lait ja asetukset: sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/1994), henkilötietolaki (523/1999), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettu laki (159/2007). Arkistolaki (831/1994) antaa ohjeita potilasasiakirjojen säilyttämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2011.) Lisäksi terveydenhuoltolaki (132/2010) määrää, että hoito- ja toimintatapojen kehittämiseen pitää saada tukea toimintayksikön johdolta. Lain mukaan potilastietorekisterissä olevia tietoja saa käyttää eri terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken, mutta potilaalla on myös oikeus kieltää tiedonsiirto toimintayksiköiden välillä.

Potilasasiakirja on tärkein tiedon lähde potilasta hoitavalle terveydenhuollon henkilökunnalle. Potilastiedot tulee aina kirjata selkeästi, tarkasti ja laaja-alaisesti niin, että lain asettamat vaatimukset hoidon kirjaamiselle täyttyvät. Potilasasiakirjoista tulee voida jälkeenpäin selvittää hoidon laatua ja vaikuttavuut-

ta. Lisäksi potilasasiakirjoilla on tärkeä merkitys sekä potilaan että ammattihenkilön oikeusturvan kannalta. (Helleso & Ruland 2001, 799; Owen 2005, 48–49; STM 2006.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) sisältää säännökset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista. Laki edellyttää jokaista terveydenhuoltoyksikköä pitämään potilaista jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Rakenteellisen kirjaamisen avulla saadaan hoitotyö näkyväksi. Tiedon hyödyntäminen eri tarkoituksissa mahdollistuu, koska se on järjestelmällistä ja yhtenäistä. (Hopia & Koponen 2007, 5 - 6; Tantt & Rusi 2007, 113 - 114.) Sähköisen kirjaamisen kehittymiseen vaikuttaa paljon myös hoitohenkilökunnan asennoituminen. Se vaatii sekä suuria investointeja, uusia järjestelmiä että henkilökunnan sitoutumista ja osallistamista asiaan. (Sassen 2009, 281.)

6.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisen kansallinen malli on yhtenäinen tapa, jossa rakenteisesti ja sähköisesti kirjataan potilastiedot yhdenmukaisella tavalla hoitotyön päätöksenteon vaiheiden mukaan. Potilaskertomuksen systemaattinen rakenne koostuu hoitotyön suunnitelmasta sekä hoitotyön tavoitteiden, toteutuksen ja arvioinnin komponenteista päivittäisissä kirjauksissa, sekä hoitotyön yhteenvedosta. Hoitotyön luokitellut komponentit perustuvat suomalaiseen hoidon tarve- ja toimintoluokitukseen (SHTaL ja SHToL). (Saranto ym. 2007, 96–116, Liljamo ym. 2012, 3.) Näitä luokituksia voidaan täydentää vapaalla tekstillä, joka on kuvailevaa ja arvioivaa tekstiä liittyen potilaan hoidon yksilölliseen tarpeeseen ja hoidon toteutumiseen. Hoitotyön suunnitelmaan kirjaukset tehdään potilaslähtöisesti, se ei ole lista hoitajan tekemisistä töistä tai toimenpiteistä. (Syväoja & Äijälä 2009, 86–87.)

Kirjaamiseen liittyvään päätöksentekoon kuuluvat sekä rationaalinen että intuitiivinen ajattelu. Molemmissa tarvittavan tiedon käsittely etenee prosessimaisesti, järjestelmällisesti ja tavoitteellisesti tarpeen määrittämisestä hoitotyön toimintaan ja toiminnan arviointiin. Hoitotyön sähköinen rakenteinen kirjaaminen voi-

daan nähdä rationaalisenä toimintana, kun se hyödyntää tietotekniikan mahdollisuuksia. Se ei kuitenkaan sulje pois intuition käyttöä hoitotyön päätöksenteossa. Eri päätöksentekomallit toteutuvat hoitajan ammatillisen taidon, tiedon ja kokemuksen mukaan. (Ensio 2008, 59–63.)

Sähköinen potilaskertomus tarkoittaa tietojen tallentamista, säilyttämistä ja välittämistä tietotekniikan avulla. Se on asiakirja, joka sisältää potilaan hoitoon liittyvät tiedot. Lisäksi siinä on myös epäsuorasti potilaan hoitoon liittyviä asioita, kuten jatkohoidon järjestäminen ja toiminnan sekä laadun seuranta. Sähköinen kertomus tukee hoidon jatkuvuutta, koska tieto välittyy moniammatillisesti, on monien toimijoiden käytössä yhtä aikaa, ja on siten myös päätöksenteon tukena. Tulevaisuudessa potilaan rooli muuttuu entistä aktiivisemmaksi, itseohjautuvuutta ja hoitoon sitoutumista pyritään lisäämään. Tällöin sähköisestä potilaskertomuksesta on hyötyä potilaan omaa hoitoaan koskevassa tiedonhaussa ja päätöksenteossa. (Häyrinen & Ensio 2008, 97.)

Rakenteisessa kirjaamistavassa näkyy terveyden edistämisen näkökulma siten, että se tuottaa uutta tietoa, jonka avulla hoitotyötä ja sujuvia palvelu- ja toimintaprosesseja on mahdollista kehittää jatkossa vielä paremmiksi ja potilasta yksilöllisesti palveleviksi. Tämä on tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden ja sujuvuuden kannalta. Lisäksi se kehittää toiminnan sujuvuutta hoitoa antavan yksikön sisällä että eri terveydenhuollon sektoreiden välillä. Moniammatillisen hoidon kokonaisuudessa rakenteinen kirjaaminen tukee hoitotyön toteutumista ja työn organisointia. (Tanttu & Rusi 2007, 117.) Kun tiedot kirjataan yhtenäisen mallin mukaan, se helpottaa tietojen hakua potilastietojärjestelmästä. Se antaa myös mahdollisuuden saada tärkeitä hoitotyön tilastoja hoitoprosesseista ja niiden tuloksista. (Syväoja & Äijälä 2009, 86.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on, että valtakunnallisen kirjaamiskäytännön avulla eri toimijoiden sähköiset potilastietojärjestelmät ovat yhteensopivia ja tietoturvallisia. Tavoitteena on, että kirjaaminen on kansallisen arkistoinnin edellytysten mukaista ja rakenteista. (Saranto & Sonninen 2007, 13.)

Rakenteisessa kirjaamisessa on koettu kuitenkin olevan myös ongelmia. Ensinnäkin se vie huomattavan paljon hoitajien aikaa. Lisäksi tietojen pirstoutuminen, päällekkäisten kirjausten tarve, luokitusten esitystapaan liittyvät ongelmat ja

erilaiset ohjelmien käytettävyysoongelmat tekevät kirjauksesta työlästä. Kirjaamisen sujuvuuden edistämiseksi olisi tärkeää, että hoitokertomukset tukevat eri toimintaympäristöille tyypillisiä toimintatapoja ja potilasprofiilien mukaisia kirjauksia. Lisäksi luokituksen käytön tulisi tukea hoitajan luontevaa ajatteluprosessia ja prosessivaiheiden mukaista kirjaamista. (Nykänen ym. 2010, 60.)

Kirjattujen tietojen perusteella voi olla vaikea saada kokonaiskuvaa potilaan tilanteesta. Tähän on syynä luokitukselta johtuva sisällöllinen pilkkoutuminen, yhteenvetojen puuttuminen ja järjestelmiin liittyvät ongelmat tiedonesitystavoissa. Kirjattujen tietojen etsiminen ja löytäminen hoitokertomusjärjestelmistä voi olla hankalaa. Sekä hoitajat että lääkärit kokevat tämän vaikeuttavan oleellisesti eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja tiedonvaihtoa. (Nykänen 2010, 60.) Kuitenkin tutkimuksella on todettu, että kirjaamisen laatu parani, kun hoitajia oli systemaattisesti koulutettu kirjaamaan rakenteisen kirjaamismallin mukaan ja kun he samalla saivat tukea työyhteisöstä kirjaamisen kehittämiseen (Björvell ym. 2002, 34).

6.3 Potilasohjauksen kirjaaminen

Potilaanohjausprosessi voidaan jakaa eri vaiheisiin hoitotyön prosessin tavoin, jolloin se etenee hoitotyön päätöksenteon vaiheiden mukaan sisältäen tarpeen määrittelyn, suunnittelun, tavoitteet, toteutuksen ja arvioinnin. Hoitotyön kirjaaminen perustuu tähän prosessiin. (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 26; Saranto ym. 2007, 14.) Prosessin avulla hoitotyö on järjestelmällistä, suunnitelmaa ja tavoitteellista toimintaa. Kun hoito on etukäteen suunniteltu ja suunnitelma ohjaa hoitoa, hoitotyö tulee näkyväksi omaan tietoperustaan pohjautuvaksi toiminnaksi. (Salmela ym. 2011, 16- 17.)

Potilasohjauksen hyvä kirjaaminen edistää myös ohjauksen jatkuvuutta. Tänä säästäväisyyden aikana näin voidaan välttää päällekkäistä potilasohjausta ja moninkertaista työtä. Kirjatussa suunnitelmassa tulisi näkyä ohjausmenetelmät, opetettavat asiat sekä, milloin ja missä potilasohjaus tapahtuu. Hoitotyönsuunnitelmaan on hyvä kirjata potilaan taustatiedot, miten hän kokee sairauden, sekä millaista tukea ja ohjausta potilas toivoo. Lisäksi tulee kirjata potilaan ja omaisen oppimiskyky ja motivaatio sekä arvioida potilaan oppiminen ja ymmärtämi-

nen. Yhdessä toteutettu ohjaus myös edistää potilaan tietoisuutta omasta toiminnastaan. (Hallila 2005, 104–106.) Erityistä huomiota tulisi kiinnittää potilaan omiin tuntemuksiin ja mielipiteisiin sekä muutoksiin, joita hänessä on tapahtunut. Arvioinnin avulla voidaan selvittää, onko ohjauksella ollut toivottua vaikutusta potilaan terveydentilaan ja sen kokemiseen (Soininen & Ikonen 2007, 78). Hoidon tarpeen ja odotettujen hoitotulosten kirjaaminen edistää myös hoitoprosessin arviointia (Tanttu & Ikonen 2007, 113).

Kirjaaminen potilasohjauksen alueella on kuitenkin ollut puutteellista. Tutkimuksen mukaan hoitajien antama ohjaus sisältää tiedonantoa, keskustelua, motiivointia ja asioiden selittämisiä potilaille, mutta näiden asioiden kirjaaminen on ollut hajanaista ja epämääräistä. (Friberg ym. 2006, 1550.) Ylöstalo-Laineen (2006, 29–30) tutkimuksessa kirjausten mukaan potilas ei saanut tukea ohjaustilanteessa vaan heille annettu tuki oli lähinnä informatiivista. Potilaalle ei ohjattu terveysongelmien ennaltaehkäisemistä, eikä tuleviin toimenpiteisiin valmistautumista. Potilaan aikaisempaa terveystyöskäytymistä ei myöskään huomioitu. Omaiset eivät yleisesti osallistuneet ohjaukseen. Hoidon opettaminen ja potilaan oppiminen arvioitiin kuitenkin kirjauksissa tyydyttäväksi.

Toisaalta tuoreessa suomalaistutkimuksessa potilaat arvioivat saaneensa poliklinikkakäynneillä ohjausta hyvin tai erinomaisesti. Eniten he saivat tietoa tutkimuksista ja niiden tuloksista, mutta aikaa käytettiin myös potilaan hoidon suunnitteluun, koordinointiin ja emotionaaliseen tukeen. (Palonen ym. 2012, 121–122).

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO

7.1 Tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelma

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitajien kirjauksista potilasohjauksen kirjaamisen tämänhetkinen tila. Tarkoituksena oli hyödyntää tutkimustuloksia projektissa tehtäessä suunnitelmaa potilasohjauksen kirjaamisen kehittämiseksi. Aineisto koostui hoitajien kirjauksista potilasohjauksesta. Kirjauksia tarkasteltiin seurantamittareiden avulla ja niistä tehtiin sisällönanalyysi.

Tutkimusongelma oli: mikä on potilasohjauksen kirjaamisen tämänhetkinen tila?

Tähän kysymykseen haettiin vastausta kirjaamisen seurantamittareiden avulla (liitteet 1 ja 2). Ohjausryhmä rajasi tutkimussuunnitelmaa 26.10.2011. Aluksi kehittämisprojektin tavoitteena oli potilasohjauksen kirjaamisen kehittämisen lisäksi diagnostisen potilasohjausmittarin kehittäminen poliklinikkojen tarpeisiin. Ohjausryhmässä päätettiin kuitenkin jättää alun perin suunniteltu potilaskysely kokonaan pois ja keskittyä vain hoitajien kirjausten sisällönanalyysiin. Tämä muutti suunnitelmaa, joka jouduttiin siis muotoilemaan uudestaan. Näin suunnitelma kuitenkin selkiytyi. Kehittämisprojektissa päätettiin siis keskittyä tarkastelemaan kirjaamisen seurantamittareiden avulla hoitajien kirjaamia potilasohjauksen alueelta. Aluksi suunniteltiin, että eri poliklinikkojen kirjaamisvastaavat osallistuisivat potilaskyselyn analyysiin. Kun suunnitelma muuttui, eikä potilaskyselyä tehty, kirjaamisvastaavien työn osuus väheni.

7.2 Aineisto

Tutkimusluvan saamisen jälkeen Pegasos-pääkäyttäjä tulosti sovitun aineiston, jossa kirjaukset sijoituivat aikavälille 22.10.–28.12.2011 siten, että sisätautien poliklinikan kirjauksia saatiin analysoitavaksi 60 ja osastoilta 20 potilaasta. Kysessä oli siis harkinnanvarainen näyte. Eri potilasmääriin päädyttiin siksi, että osastojen potilaista kirjauksia oli paljon enemmän kuin poliklinikan potilaista.

Potilasohjauksen kirjauksista tehtiin sisällönanalyysi vuoden 2012 alussa. Aineistoa voidaan käsitellä induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa sisällön analyysissä aineisto määrää tarkasteltavan näkökulman, kun taas deduktiivisessa aineistoa analysoidaan aikaisemman käsitejärjestelmän määräämästä näkökulmasta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7.) Tässä tutkimuksessa analyysi oli pääasiassa deduktiivista, koska se perustui strukturoituja kysymyksiä sisältäviin valmiisiin analyysirunkoihin.

Poliklinikan kirjauksia analysoitiin tällä aikavälillä eri erikoisaloilla hoitajan vastaanotolla käyneiltä 60 potilaalta, alkaen 1.11.2011. Analysoitavia kirjauksia oli 60, koska jokaisesta käynnistä tuli vain yksi kirjaus.

Jokaiselta osastolta (osastot 22–25) kirjauksia analysoitiin koko hoitojakson ajalta viideltä ensimmäiseltä alkaen 1.11.2011 kotiutuneelta potilaalta. Tällöin hoitojakso oli aikaisimmillaan alkanut 22.10.2011. Osastojen potilaiden hoitoajat olivat 6-32 vuorokautta, keskiarvo oli 16 vuorokautta. Kirjauksista katsottiin hoitojakson hoitosuunnitelma, päivittäiset kirjaukset kaikista työvuoroista sekä lisäksi yhteenveto, näin ollen analysoitavia kirjauksia oli jokaisesta potilaasta keskimäärin 14 sivua.

7.3 Mittarit

Poliklinikalla hoitajien kirjauksia potilasohjauksesta tarkasteltiin SoTessa kehitetyn kirjaamisen seurantamittarin avulla (liite 1). Tätä mittaria on aikaisemminkin käytetty Sotessa hoitajien kirjausten arviointiin. Tässä tutkimuksessa käytettiin mittarista vain kysymyksiä, jotka vastasivat tutkimusongelmaan. Nämä kysymykset olivat:

Onko HoiToiminto-kohtaan kirjattu, mitä ohjausta hoitaja on antanut vastaanotolla potilaalle? (nro 4)

Jos ohjausta on kirjattu, niin onko kirjattu, miten potilas ymmärsi sen / suhtautui siihen? (nro 5)

Jos lääkehoito-kohtaan on kirjattu ohjausta, niin onko kirjattu, miten potilas ymmärsi sen / suhtautui siihen? (nro 11)

Kysymykset olivat strukturoituja, mutta kysymykseen 4 liittyen kirjattiin muistiin myös se, mitä ohjauksesta oli kirjoitettu. Kysymykseen 5 liittyen kirjattiin muistiin se, miten potilas oli ohjauksen ymmärtänyt. Poliklinikan hoitajien teksti oli vapaamuotoista.

Osaston rakenteisia kirjauksia tarkasteltiin tätä tutkimusta varten kehitetyn kirjaamisen seurantamittarin avulla (liite 2). Mittarit olivat erilaiset, koska kirjaaminen poliklinikalla on vapaamuotoista ja osastolla rakenteista. Osastojen kirjauksista hoitosuunnitelmasta tarkasteltiin, onko ohjaus kirjattu tarpeena, tavoitteena tai valittu toiminnoksi. Lisäksi selvitettiin, montako kertaa potilaan tiedon tarve näkyy ”tarve”-kohdassa ja ohjausotsikko on valittu ”hoitotyö”-kohdassa. Vapaamuotoisesta tekstistä katsottiin, mitä potilasohjauksesta on sisällöllisesti kirjattu

ja miten potilas on sen ymmärtänyt. Yhteenvedosta tarkasteltiin, onko ohjaus tai tiedon tarve mainittu.

Tutkimuksella pyrittiin selvittämään, miten potilasohjauksen tarve, toteutus ja arviointi näkyvät kirjauksissa, ja minkälaisia eroja poliklinikan ja osastojen kirjauksissa mahdollisesti on. Tutkimustulokset esitettiin sisätautisairaalan osastonhoitajien kokouksessa ja raportoitiin Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä vuoden 2012 lopussa.

Aikaisemmin SoTessa käytössä olleita osastojen kirjausten mittareita ei käytetty, koska niissä kysymykset koskivat kaikkia muitakin kirjaamisen osa-alueita. Osaston mittari esitettiin, ja siihen lisättiin yhteenveto-osuuteen toimintakykyotsikko. Näin tehtiin, koska kirjauksia tarkasteltaessa huomattiin, että yhteenvedossa oli käytetty myös tätä otsikkoa. Yhteenvedossa oli alun perin otsikot: hoidon tarve, hoitotoiminto, jatkohoito ja tulokset.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä tutkimuksessa potilasohjaus tarkoitti sitä, että se perustuu yhteistyöhön, osallistuvaan toimintaan ja oppimiseen, sekä ohjaajan ammatilliseen vastuuseen. Ohjaaja on potilaan kumppani ja tukija säilyttäen ohjauksen ja sen sisällön asiantuntijan aseman. (Carpenter & Bell 2002, 157; Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 209; Kääriäinen & Kyngäs 2005 b, 257; Kääriäinen ym. 2006, 10, 11; Bell ym. 2007, 710; Hätönen 2010, 24.) Potilasohjaukseksi tässä työssä ei ole hyväksytty mainintoja: ”ohjattu WC:hen, ohjattu pesuille, käynyt ohjattuna WC:ssä, siirtyy ohjattuna pyörätuoliin”. Näitä mainintoja osastojen kirjauksissa oli runsaasti, mutta ne eivät sisällä edellä kuvattua vuorovaikutus- ja oppimistahtumaa, eikä hoitajan ammatillinen asiantuntijuus näkynyt.

8.1 Poliklinikan kirjaukset

Poliklinikalta analysoitiin 60 potilaan kirjaukset eri erikoisaloilla sairaanhoitajan vastaanotolla käyneiltä, alkaen 1.11.2011. Poliklinikalla kirjaaminen on haasteellista, koska siellä ei käytetä kirjaamiseen rakenteista luokitusta Pegasos

potilastietojärjestelmän puutteellisuuden vuoksi. Hoitajat kirjaavat tekstinsä potilaan jatkuvaan sairauskertomukseen erikoisalalehdille, joihin myös lääkärit kirjaavat. Poliklinikalla hoitajien kirjauksissa käytetään yhteisesti sovittuja neljää otsikkoa: käynnin tarkoitus, hoitotoiminnot, lääkehoito ja jatkohoito. Nyt analysoitavissa teksteissä potilasohjausta oli kirjattu näiden kaikkien otsikoiden alle, yhteensä teksteissä oli 40 mainintaa ohjauksesta (taulukko 1).

Taulukko 1. Ohjauksen kirjaaminen sisätautien poliklinikalla.

Otsikko	f
Käynnin tarkoitus	3
Hoitotoiminto	23
Miten potilas ymmärsi ohjauksen	5
Lääkehoito	3
Miten potilas ymmärsi lääkeohjauksen	0
Jatkohoito	6
Yhteensä	40

8.1.1 Käynnin tarkoitus-otsikko

SoTen poliklinikoilla sovitun käytännön mukaan käynnin tarkoitus-otsikon alle tulisi kirjata potilaan tarve, eli minkä syyn vuoksi potilas tulee vastaanotolle tai on puhelinkontaktissa hoitajaan. Tutkimuksen suunnitelmassa tämän otsikon alle kirjatut tekstit eivät kuuluneet analysoitavaan materiaaliin. Mentorin kanssa nämäkin tekstit kuitenkin tarkistettiin ja otettiin mukaan analyysiin, koska ohjausta oli myös sinne kirjoitettu. Poliklinikan hoitajien kirjauksista käynnin tarkoitus-otsikon alla ohjaus mainittiin kolmessa kirjauksessa. Kaikissa näissä tapauksissa koko kirjaus oli tehty tämän yhden otsikon alle, eikä muita otsikoita ollut käytetty. Ohjauksen sisältö liittyi kaikissa kirjauksissa jatkohoitoon ja potilaan kotona suorittamaan oman voinnin seurantaan.

8.1.2 Hoitotyön toiminto-otsikko

SoTen poliklinikoilla sovitun kirjaamiskäytännön mukaan poliklinikalla hoitotyön toiminto-otsikon alle tulisi kirjata hoidon tavoite (tarvittaessa), hoitotyön toiminto eli mitä vastaanotolla on tehty, ymmärsikö potilas saamansa ohjauksen ja mitä mieltä potilas itse on. Tässä tutkimuksessa tämän otsikon alla potilasohjaus mainittiin 23 kirjauksessa. Näissä kirjauksissa ohjaus käsitti enimmäkseen, eli

16 kertaa, ohjeita lääkityksen suhteen. Lääkityksiin liittyvä ohjaus on erittäin tärkeä osa sairaanhoitajan työstä. Yhteisesti onkin sovittu, että lääkeohjaus ja lääkeinjektion opetus kirjoitetaan tämän otsikon alle. Tämän lisäksi se tulisi kirjata myös lääkehoito-otsikon alle silloin, kun vastaanotolla annetaan lääkettä.

”Jatkaa tällä annoksella, mutta jos huimauksireita, puolittaa annoksen. Uusi yhteydenotto, jos ongelmia.”

”Potilas seuraa kotona verenpaineita ja jos tulee huimauksireita, lopettaa lääkityksen.”

Lisäksi hoitotyön toiminto-otsikon alle oli kirjattu ohjausta toimenpiteitä varten. Näitä mainintoja oli seitsemässä kirjauksessa.

”Saanut ohjeistuksen laitteen käyttöön.”

”Potilaan kanssa keskusteltu mahdollisista tulevista toimenpiteistä.”

Siitä, miten potilas ymmärsi ohjauksen, oli kirjattu viisi kertaa. Näissä kirjauksissa oli lyhyesti mainittu potilaalle kerrotuista vaihtoehdoista ja tämän suhtautumisesta asiaan.

”Kerrottu potilaalle nämä vaihtoehdot ja potilas ymmärtänyt ohjeet.”

”Potilas kieltäytyy kerrotusta toimenpiteestä nyt tai myöhemmin.”

Suunnitelmallisuutta kirjauksissa näkyi lähinnä siinä, että seuraava käynti oli ohjelmoitu. Tavoitteen asettaminen ja sen kirjaaminen puuttui kuitenkin täysin. Yhdessäkään kirjauksessa ei ollut mainittu hoitotyön tavoitetta. Näin ollen sitä ei myöskään ollut ilmaistu potilaassa tapahtuvana muutoksena. Omaisten ohjausta ei näissä kirjauksissa ollut mainittu kertaakaan. Tämä voi selittyä osittain myös sillä, että omaiset ovat harvemmin mukana polikliinisellä käynnillä.

8.1.3 Lääkehoito-otsikko

SoTen poliklinikoilla sovitun käytännön mukaan lääkehoito-otsikon alle tulisi kirjata, mitä lääkkeitä on annettu vastaanotolla ja mitä lääkehoitoon liittyvää ohjausta on annettu potilaalle. Tutkimuksen aineistossa tämän otsikon alle ohjausta oli kirjattu kolme kertaa.

”Lääkitystä jatketaan samalla annoksella.”

"Lääkitys voi jatkua ennallaan."

"Annetaan potilaalle Alkeran 2 mg ja ohjataan hakemaan lisää, kun saa infuusion."

Näiden kirjausten lisäksi lääkeohjausta oli kuitenkin kirjattu runsaasti hoitotyön toiminto-otsikon alle, kuten edellisessä kappaleessa ilmeni. Kysymykseen, miten potilas on ymmärtänyt lääkeohjauksen, ei ollut kirjattu yhdessäkään kirjauksessa lääkehoito-otsikon alla.

8.1.4 Jatkohoito-otsikko

SoTen poliklinikoilla sovitun käytännön mukaan jatkohoito-otsikon alle kirjoitetaan, mitä on sovittu tai suunniteltu jatkoista, ja sen ohjaus. Nyt tämän otsikon alle ohjausta oli kirjattu kuudessa tapauksessa. Näissä tapauksissa ohjaus sisälsi ohjeita seuraavaa kontrollia tai kotona tapahtuvaa voinnin seurantaa varten.

"Kontrolli puolen vuoden kuluttua, tai aiemmin jos oireita."

"Jos sydänoireet pahenevat, voi olla yhteydessä aikaisemmin."

"Potilasta on ohjattu käymään INR-kokeilla."

Enimmäkseen jatkohoito-otsikon alle oli kirjattu vain maininta seuraavasta kontrollista ja näitä kirjauksia olikin runsaasti, 37 kirjausta. Tämä lomakkeen kysymys 12 ei myöskään alun perin kuulunut analysoitaviin kysymyksiin. Kysymys huomioitiin kuitenkin tässä tutkimuksessa, koska ohjausta oli kirjattu myös jatkohoitoon. Huomioitavaa on, että tässäkin kohtaa potilaan ymmärrystä tai suhtautumista ohjattuun asiaan ei ollut mainittu yhtään kertaa.

8.2 Osastojen kirjaukset

Sisätautien jokaiselta osastolta (osastot 22–25) kirjauksia analysoitiin koko hoitojakson ajalta viideltä ensimmäiseltä alkaen 1.11.2011 kotiutuneelta potilaalta, yhteensä siis 20 potilasta. Tällöin hoitojakso oli aikaisimmillaan alkanut 22.10.2011. Osastojen potilaiden hoitoajat olivat 6-32 vuorokautta, keskiarvo oli 16 vuorokautta. Kirjauksista katsottiin hoitojakson päivittäiset kirjaukset kaikista työvuoroista sekä lisäksi hoitosuunnitelma ja yhteenveto. Sisätautisairaalan

vuodeosastoilla kirjataan valtakunnallisen FinCC-luokituksen mukaan, jossa tiedot kirjataan systemaattisesti ja rakenteisesti (Tanttu & Rusi 2007, 11). Hoitotyön luokitellut komponentit perustuvat suomalaiseen hoidon tarve- ja toimintoluokitukseen (SHTaL ja SHToL) ja jakautuvat edelleen pää- ja alaluokkiin, jotka toimivat otsakkeina kirjauksille (Saranto ym. 2007, 96–116; Liljamo ym. 2012, 3). Potilaskertomus muodostuu hoitosuunnitelmasta, päivittäisistä kirjauksista sekä hoitotyön yhteenvedosta.

8.2.1 Ohjauksen kirjaaminen hoitosuunnitelmassa

Osastojen kirjauksissa hoitosuunnitelmassa ohjauksen tarve oli valittu **tarpeeksi** yhden kerran yhdelle potilaalle, kyseessä oli verenkiertoon liittyvä tiedon puute. Tarve-kohdasta analysoitiin myös hoidon jatkuvuuden tarve, koska sekin on tärkeä osa potilasohjausta. Hoidon jatkuvuuden tarve oli kirjattu tarpeeksi 14 potilaalle. Vapaamuotoisessa tekstissä oli kuitenkin tarkemmin selvitystä hoidon jatkuvuuden tarpeesta vain kahdella potilaalla: ensimmäisessä mainittiin kotiutusasioiden selvittäminen ja yhteydenotto omaisiin. Toisessa kirjauksessa kerrottiin potilaan yksin asumisesta ja leskeydestä.

Tavoitteeksi ohjauksen tulos oli kirjattu vain yhdessä kirjauksessa, tuolloin kyseessä oli potilaan avanteen hoidon oppiminen. Tämä potilas ei ollut sama, jolle tarve-kohdassa oli valittu ohjauksen tarve. Jatkohoidon suhteen tavoitteiksi oli kuitenkin kirjattu jatkohoidon järjestymiseen tai onnistuneeseen kotiutukseen liittyvä kirjaus kymmenelle potilaalle, eli puolelle potilaista. Näissä 10 kirjauksessa ei kuitenkaan kertaakaan mainittu potilaan ymmärtämistä tai asioiden oppimista, joten varsinainen ohjauksen tavoite näissä kirjauksissa jäi puuttumaan.

Toimintona ohjaus oli valittu yhdeksälle potilaalle 15 kertaa. Myös jatkohoidon suunnitelman laatiminen oli valittu yhdeksälle potilaalle. Joillekin potilaille oli siis valittu useita eri otsikkoja. Huomattavaa on, että esimerkiksi otsikot suoliston toimintaan liittyvä, avanteeseen liittyvä, nesteytykseen liittyvä, infektiopotilaan ohjaaminen, ihonhoitoon liittyvä ja haavanhoitoon liittyvä ohjaus olivat kaikki valittu yhdelle ja samalle potilaalle (taulukko 2).

Taulukko 2. Ohjauksen kirjaaminen hoitosuunnitelmassa hoitotyön toimintona: käytetyt otsikot

Otsikko	f
Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus	4
Kivun hoitoon liittyvä ohjaus	2
Suoliston toimintaan liittyvä ohjaus	2
Avanteeseen liittyvä ohjaus	1
Nesteytykseen liittyvä ohjaus	1
Infektiopotilaan ohjaaminen	1
Ihohoitoon liittyvä ohjaus	1
Haavanhoitoon liittyvä ohjaus	1
Apuvälineiden käytön ohjaus	1
Aktiviteettiin liittyvä ohjaus	1
Jatkohoidon suunnitelman laatiminen	9
Yhteensä	24

8.2.2 Ohjauksen kirjaaminen päivittäisissä kirjauksissa

Päivittäisissä kirjauksissa potilaan tiedon tarve oli valittu hoidon **tarpeeksi** yhdelle potilaalle, tällä samalla potilaalla tiedon tarve oli kirjattu myös hoitosuunnitelmaan. Koko hoitojakson kirjauksissa erilaisia tiedon tarpeita hänelle oli kirjattu 13 eri kertaa. Hoidon jatkuvuuden tarve oli valittu tarpeeksi yhdeksälle potilaalle, 15 eri kertaa. Hoitosuunnitelmassa se oli valittu 14 potilaalle, joten kaikilla potilailla hoidon jatkuvuuden tarve ei siirtynyt päivittäisiin kirjauksiin.

Ohjaus oli valittu hoitotyön **toiminnoksi** seitsemälle potilaalle ja näissä kertomuksissa se oli kirjattu yhteensä 39 eri kertaa (taulukko 3). Hoitosuunnitelmassa ohjaus oli valittu yhdeksälle potilaalle hoitotyön toiminnoksi, joten melkein kaikille potilaille se oli valittu myös päivittäisissä kirjauksissa. Lisäksi hoitotyön toiminnoksi oli kahdeksalle potilaalle 21 kertaa valittu jatkohoidon suunnitelman laatiminen (taulukko 3).

Taulukko 3. Ohjauksen kirjaaminen päivittäisissä kirjauksissa hoitotyön toimintona: käytetyt otsikot

Otsikko	f
Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus	19
Apuvälineiden käytön ohjaus	7
Avanteeseen liittyvä ohjaus	3
Aktiviteettiin liittyvä ohjaus	3
Lääkehoidon ohjaus	3
Näytteenottoon liittyvä ohjaus	1
Mahdollisia ongelmatilanteita varten annettu ohjaus	1
Suoliston toimintaan liittyvä ohjaus	1
Jatkohoitoon liittyvä ohjaus	1
Jatkohoidon suunnitelman laatiminen	21
Yhteensä	60

Verrattaessa taulukkoja 2 ja 3 havaitaan, että hoitotyön toimintoja ei ollut aina valittu loogisesti hoitosuunnitelman mukaan. Hoitosuunnitelmaan valittu kivun hoitoon liittyvä, nesteytykseen liittyvä, ihonhoitoon liittyvä, haavahoitoon liittyvä ja infektiopotilaan ohjaus eivät löytyneet päivittäisistä kirjauksista kertaakaan hoitotyön toimintona. Näissä tapauksissa ohjausta oli kyllä kirjattu vapaamuotoiseen tekstiin, mutta hoitotyön toimintona oli käytetty muita otsikoita. Yhteensä kuusi ohjausotsikkoa, mukaan lukien jatkohoidon suunnitelman laatiminen, oli valittu hoitotyön toiminnoksi sekä päivittäisissä kirjauksissa että hoitosuunnitelmassa.

Sitä vastoin lääkehoidon ohjaus, näytteenottoon liittyvä ohjaus, mahdollisia ongelmatilanteita varten annettu ohjaus ja jatkohoitoon liittyvä ohjaus olivat otsikoita, joita käytettiin vain päivittäisissä kirjauksissa, mutta niitä ei ollut valittu hoitosuunnitelmaan. Jatkohoitoon liittyvä luokka, siis jatkohoitoon liittyvä ohjaus tai jatkohoidon suunnitelman laatiminen, oli valittu yhteensä yhdeksälle potilaalle hoitotyön toiminnoksi. Hoitosuunnitelmaan jatkohoidon suunnitelman laatiminen oli myös kirjattu yhdeksälle potilaalle. Huomioitavaa on, että kaikki 20 potilasta kuitenkin kotiutui tutkimusjakson aikana.

Vapaamuotoisessa tekstissä potilasohjauksesta oli kirjattu 12 hoitokertomukseen 23 kertaa. Jatkohoidon suunnitelman laatimisen alla oli ohjaukseen liittyvä kirjaus kahdeksalla potilaalla (taulukko 4).

Taulukko 4. Ohjauksen kirjaaminen päivittäisissä kirjauksissa vapaamuotoisessa tekstissä: käytetyt otsikot

Otsikko	f
Aktiviteetin seuranta	5
Lääkeinjektion anto	4
Apuvälineiden käytön ohjaus	2
Lääkehoidon ohjaus	2
Kivun seuranta	2
Haavan hoito	2
Avanteeseen liittyvä ohjaus	2
Selviytyminen	1
Näytteenottoon liittyvä ohjaus	1
Mahdollisia ongelmatilanteita varten annettu ohjaus	1
Jatkohoitoon liittyvä ohjaus	1
Jatkohoidon suunnitelman laatiminen	8
Yhteensä	31

Näiden lisäksi oli runsaasti mainintoja: ”ohjattu WC:hen, ohjattu syömään, ohjattu pesuille”. Näitä kirjauksia ei laskettu potilasohjaukseksi, koska ne eivät sisällä aikaisemmin tässä työssä määriteltyä vuorovaikutus- ja oppimistapahtumaa. Hoitajan ammatillinen asiantuntijuus ei näissä kirjauksissa myöskään näkynyt.

Vapaamuotoista ohjaus-tekstiä kirjoitettaessa hoitotyön otsikoksi oli valittu joku ohjaus-otsikko yhdeksän kertaa ja jatkohoidon suunnitelman laatiminen kahdeksan kertaa, muulloin oli käytetty toisia otsikoita. Ohjausta sisältävä vapaamuotoinen teksti ei siis aina ollut kirjattu ohjaus-otsikoiden alle.

”Ohjattu virtsanäytteen otto ja muistutettu paastosta.”

”Opastettu lääkkeen pistäminen.”

”Selvitetty tulevat tutkimukset ja toimenpiteet.”

Vertailtaessa taulukkoja 3 ja 4, kirjauksissa ilmenee epäsystemaattisuutta siinä, että joitakin toimintoja on valittu otsikoksi, mutta niiden yhteyteen ei ole kirjoitettu vapaatekstiä. Esimerkiksi päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus oli valittu usein otsikoksi, mutta vapaamuotoinen teksti ei liittynyt ohjaukseen. Lisäksi joskus oli valittu pelkkä otsikko, mutta ei ollut kirjoitettu mitään vapaatekstiin, jolloin myös ymmärryksen arviointi jäi pois. Omaisten ohjaus oli mainittu kuudessa kirjauksessa.

”Omaisista ohjattu kotiutukseen liittyvissä asioissa.”

”Annettu omaisille kotipalveluiden yhteystietoja.”

Se, miten potilas oli ymmärtänyt ohjauksen, oli kirjattu seitsemälle potilaalle. Kun ohjausta oli kirjattu 12 potilaalle, tämä tarkoitti sitä, että reilulle puolelle näistä oli kirjattu myös potilaan suhtautuminen asiaan. Nämä kirjaukset sisälsivät lähinnä ohjeita lääkityksestä, päivittäisistä toiminnoista ja jatkohoidon järjestelyistä.

”Potilas ymmärsi ja noudatti ohjeita hyvin.”

”Potilas on hieman närkästynyt ohjauksesta.”

8.2.3 Ohjauksen kirjaaminen yhteenvedossa

Yhteenvedossa ohjaus tai potilaan tiedon tarve oli mainittu seitsemällä potilaalla yhteensä 11 kertaa. Nämä maininnat oli kirjattu väliotsikoiden hoidon tarve, toimintakyky, hoitotulokset, hoitotoiminto ja jatkohoito alle. Kolmessa kertomuksessa yhteenvedoa ei ollut tehty ollenkaan.

Taulukko 5. Ohjauksen kirjaaminen yhteenvedossa

Otsikko	f
Hoidon tarve	1
Toimintakyky	1
Hoitotulokset	1
Hoitotoiminto	2
Jatkohoito	6
Yhteensä	11

Hoidon tarve-otsikon alle oli kirjattu maininta potilaan runsaasta ohjauksen tarpeesta ja keskittymisen puutteesta. Toimintakyky-otsikon alle oli kirjattu ohjeita avanteen hoitoon. Hoitotuloksen-otsikon alle oli kirjattu ohjeita potilaan käden liikuttamiseen ja kantositeen käyttöön. Hoitotoiminto-otsikon alle oli kirjattu ohjeistusta lääkkeen käytöstä ja hygienian hoidosta. Jatkohoito-otsikon alle oli säännöllisesti kirjattu ohjeita seuraavia tutkimuksia tai kotihoitoa varten.

”Annettu mukaan ohje vatsan uä-tutkimukseen.”

”Annettu vaimolle esite vaippojen tilaamista varten sekä informoitu B-lausunnosta ja työkyvyttömyydestä toistaiseksi.”

9 POHDINTA

9.1 Johtopäätökset

Sairaanhoitajan antama potilaslähtöinen ohjaus helpottaa potilaan hoitoon sitoutumista, kuten Rendersin ym. (2009, 86) tutkimuksessa ilmenee. Mutta potilasohjaus täytyy myös kirjata asiallisesti, koska potilasasiakirjoista tulee voida jälkeinpäin selvittää annetun hoidon ja ohjauksen laatua. Lisäksi potilasasiakirjojen merkinnöillä on tärkeä merkitys sekä potilaan että ammattihenkilön oikeusturvan kannalta. (Owen 2005, 48–49; STM 2006; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2010.)

Sisätautien poliklinikalla kirjauksissa oli jo hyvin käytetty yhteisesti sovittuja neljää otsikkoa, mutta edelleen on hyvä tarkentaa ohjeita siitä, mitä mihinkin kirjoitetaan. Poliklinikalle on tulossa tämän vuoden aikana uutta hoitohenkilökuntaa, jotka erityisesti tarvitsevat ohjausta ja koulutusta kirjaukseen. Potilaskertomuksista saadaan tietoa moniammatillisesti kaikilta potilaan hoitoon osallistuvilta ja välitetään omalla kirjaamisella tietoa eteenpäin. Siksi myös polikliinisen kirjaamisen tulisi olla täsmällistä ja ymmärrettävää. (Ylöstalo-Laine 2006, 47.) On tärkeää, että kaikki tieto löytyy järjestelmällisesti asiakirjoista, koska tällöin voidaan myös jälkeinpäin tarkistaa tietoja potilaan hoidosta ja arvioida sen vaikuttavuutta (Saranto & Ensio 2007, 32).

Sisällöllisesti poliklinikan kirjauksissa potilasohjaus rajoittui melko kapealle alueelle. Hoitotyön toiminto-otsikon alla 23 kirjauksesta 16 oli lääkeohjausta ja seitsemän oli toimenpiteisiin valmistavaa ohjausta. Muidenkin otsikoiden alla ohjaus oli suppeaa. Kuitenkin potilasohjauksen pitäisi sisältää elämäntapaohjausta kaikilta terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueilta (Leino-Kilpi ym. 2005, 307). Tutkimustulosten mukaan näin voitaisiin parantaa potilaan oman terveyden hallintaa (Heikkinen ym. 2007, 271; Rankinen ym. 2007, 113; Heikkinen 2011, 18). Tutkimuksessa on myös todettu, että ohjauksella on keskeinen rooli yhtenä hoidon laadun osa-alueena ja poliklinikoiden hoitajat käyttävät ohjaukseen lähes puolet ajastaan potilaskäyntien yhteydessä. Potilaille oli eniten annettu tietoa tutkimuksista ja niiden tuloksista, mutta aikaa kului myös hoidon

suunnitteluun, koordinointiin ja emotionaaliseen tukeen. (Palonen ym. 2012, 121–122).

Vapaamuotoiseen tekstiin prosessimalliin kirjoittaminen on vaativaa ja työlästä, koska silloin ei ole apuna valmiita luokituksia, jotka ohjaisivat kirjaamista. Hoitoprosessin suunnitelmallisuus pitäisi kuitenkin tulla esiin, vaikka kirjaaminen ei olekaan FinnCC-luokituksen mukaista. Nyt kirjauksissa ei juuri näkynyt prosessia, vaan lähinnä oli kirjattu suoritettu tehtävä. Nopeat vastaanottokäynnit ja lyhyet potilasuhteet osittain vaikuttavat siihen, että kirjaukset ovat tiiviitä ja pelkistettyjä. Ajan puutteen vuoksi helposti kirjataan vain välttämättömin teksti, jolloin siitä tulee toimenpidekeskeinen. Näin teksti jää suppeaksi ja jäsentymättömäksi ja potilasohjausta on vaikea erottaa muusta tekstistä. Kuitenkin hoitajien kirjaamisen tulee perustua hoitotyön prosessiin ja päätöksentekoon (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 26; Saranto ym. 2007, 14).

Käynnin tarkoitus-otsikko on selkeä tarpeen ja hoitoon tulon syyn kirjaamiselle. Tähän pitäisi siis kirjata hoitoprosessin mukainen potilaan tarve. Nyt analysoiduissa kirjauksissa tämän otsikon alle oli kirjattu potilasohjausta ja sen lisäksi näissä tapauksissa koko teksti oli kirjattu tähän, eikä muita otsikoita ollut käytetty ollenkaan. Tällöin kirjaukseen ei tullut minkäänlaista rakenteisuutta, vaikka se olisi tarkoitus. Rakenteinen kirjaaminen tukee hoitotyön toteutumista ja työn organisointia (Tanttu & Rusi 2007, 117).

Hoitotoiminto-otsikon alle tulisikin sitten kirjata hoitoprosessin kaikki muut vaiheet. Kun väliotsikoita ei ole, ovat kirjaukset vain hoitajan itse tuottaman tekstin ja prosessimaisen ajattelun varassa. Tällöin tavoitteen kirjaaminen ja arviointi helposti jää ja hoitoprosessi ei näy kokonaisuudessaan. Arviointi on kuitenkin tärkeää, koska sen avulla voidaan selvittää, onko ohjauksella ollut toivottua vaikutusta potilaan vointiin. Näin voidaan myös tukea asiakkaan päätöksentekoa omista asioistaan tietoon perustuen (Kivistö ym. 2009, 14–21). Potilasohjauksen tarkalla dokumentoinnilla voidaan myös vaikuttaa siihen, että potilaiden tiedon saanti ja oman terveyden hallinta paranevat (Heikkinen ym. 2007, 271; Rankinen ym. 2007, 113; Heikkinen 2011, 18).

Hoitotyön tavoitetta ei ollut mainittu yhdessäkään kirjauksessa. Kuitenkin myös hoitotyöllä tulisi olla jokin tavoite. Osittain tämän voi selittää se, että osa hoitajan

vastaanotoista on lääkärin vastaanoton yhteydessä ja hoidon tavoitetta ajatellaan lääketieteellisistä lähtökohdista. Hoitajilla on myös itsenäisiä vastaanottoja, joissa tavoitteen asettaminen tulisi olla hoitoprosessin osa ja sen kirjaaminen olisi tärkeää ja asiallista. Kirjaamiseen liittyvään päätöksentekoon kuuluvat sekä rationaalinen että intuitiivinen ajattelu. Molemmissa tiedon käsittely etenee prosessimaisesti, järjestelmällisesti ja tavoitteellisesti tarpeen määrittämisestä hoitotyön toimintaan ja toiminnan arviointiin. Eri päätöksentekomalleihin tarvitaan hoitajan ammatillista taitoa, tietoa ja kokemusta. (Ensio 2008, 59–63.)

Poliklinikan kirjauksissa omaisten ohjausta ei mainittu kertaakaan. Tämä voi selittyä osittain myös sillä, että omaiset ovat harvemmin mukana polikliinisellä käynnillä. Kuitenkin myös polikliinisessä kirjaamisessa tulisi näkyä perheen tai omaisen mukanaolo sekä heidän toiveensa ja odotuksensa hoidolle (Grann 2003, 15).

Prosessimallin mukainen kirjaaminen vaatii vielä paljon kehittämistä. Tutkimuksen mukaan hoitajat ovat kuitenkin yleisesti myönteisiä käyttämään rakenteista kirjaamismallia jokapäiväisessä työssään. Tämä myönteinen asenne taas edesauttaa kirjaamistaitojen kehittämistä. (Rosendal Darmer ym. 2004, 328–331.)

Osastojen luokitukseen perustuvissa kirjauksissa hoitosuunnitelmassa ohjaus oli kirjattu tarpeena vain yhden kerran yhdelle potilaalle. Ohjauksen tai tiedon tarve voitaisiin lisäksi kirjoittaa vapaatekstinä minkä tahansa muun tarve-otsikon alle. Tällöin teksti on kuvailevaa ja arvioivaa, liittyen potilaan hoidon yksilölliseen tarpeeseen ja hoidon toteutumiseen (Syväoja & Äijälä 2009, 86–87). Tätä mahdollisuutta ei kuitenkaan ollut käytetty. Pyrkimyksenä kirjaamisessa kyllä on, että tarpeita ei olisi kovin paljon, jotta hoitokertomus pysyisi selkeänä ja ymmärrettävänä, mutta tarpeelliset ja välttämättömät asiat siellä on oltava. Todennäköisesti potilasohjaus ei näy tarpeena siksi, että tarpeeksi yleensä kirjaetaan joku fyysinen terveysongelma, esimerkiksi ylipaino, johon hoitojakson aikana pyritään vaikuttamaan.

Hoidon jatkuvuuden tarve oli kirjattu tarpeeksi 14 potilaalle. Tämän otsikon alle olisi hyvin voinut kirjoittaa ohjausasioita. Vapaamuotoisessa tekstissä oli tarkemmin selvitystä hoidon jatkuvuuden tarpeesta kuitenkin vain kahdella potilaal-

la. Hoitotyönsuunnitelmaan pitäisi kirjata potilaan taustatiedot sairaudestaan ja miten hän kokee sen, sekä millaista tukea ja ohjausta hän toivoo (Hallila 2005, 104–106).

Tavoitteeksi ohjauksen tulos oli kirjattu vain yhdessä kirjauksessa. Välitavoitteita hoitosuunnitelman kirjauksissa voitaisiin käyttää enemmänkin. Tavoitteena voisi olla esimerkiksi ylipainon suhteen potilaan ymmärryksen tai motivaation lisääntyminen, joka tapahtuisi ohjauksen seurauksena. Jatkohoidon suhteen tavoitteiksi oli kirjattu jatkohoidon järjestymiseen tai onnistuneeseen kotiutukseen liittyvä kirjaus puolelle potilaista. Näissä kirjauksissa ei kuitenkaan kertaakaan mainittu potilaan ymmärtämistä tai asioiden oppimista, joten varsinainen ohjauksen tavoite näissä kirjauksissa jäi puuttumaan. Kuitenkin tutkimuksessa on todettu, että myös kirjaamisen sisältö ja laatu paranivat, kun hoitajat kirjasiivat hoitotieteen teoriaan pohjaavan rakenteisen kirjaamismallin mukaan ja kiinnittivät aiempaa enemmän huomiota potilaan näkökulmaan ja tarpeisiin (Kärkäinen & Eriksson 2005, 202).

Toimintona ohjaus oli valittu vajaalle puolelle potilaista, samoin jatkohoidon suunnitelman laatiminen. Joillekin potilaille ohjaus-otsikoita oli valittu useita, enimmillään kuusi eri ohjaus-otsikkoa oli valittu yhdelle ja samalle potilaalle. Tämä kertoo ohjauskirjausten keskittymisestä tiettyihin hoitokertomuksiin.

Osastojen päivittäisissä kirjauksissa hoitotyön toimintoja ei ollut aina valittu loogisesti hoitosuunnitelman mukaan, vaikka kaikki hoitosuunnitelmassa olevat toiminnot pitäisi näkyä myös päivittäisissä kirjauksissa. Ohjausta oli kyllä kirjattu vapaamuotoiseen tekstiin, mutta hoitotyön toimintona oli käytetty muita otsikoita. Ohjaus-otsikon käytössä on siis kehitettävää. Tällöin annettu ohjaus myös tilastoituisi oikein. Tilastoista kuitenkin haetaan virallinen tieto hoitajien tekemästä työstä (Owen 2005, 48–49; STM 2006; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2010). Osaston kirjaamisessa on jo osittain käytetty samoja otsikoita sekä hoitosuunnitelmassa että päivittäisissä kirjauksissa. Tämä on oikea suuntaus siihen, että kirjaaminen tapahtuisi hoitosuunnitelman pohjalta. (Saranto ym. 2007, 14.)

Päivittäisiin kirjauksiin oli myös valittu ohjaus-otsikoita, joita ei ollut hoitosuunnitelmassa. Tämä on kuitenkin hyvä, koska kaikkea ohjausta ei voida etukäteen

suunnitella, vaan sitä toteutetaan myös ei-suunnitellusti aina tilanteiden niin vaatiessa. Kirjaamisen kouluttamiseen kannattaa panostaa, sillä tutkimuksella on todettu, että kirjaamisen laatu parani, kun hoitajia oli systemaattisesti koulutettu kirjaamaan rakenteisen kirjaamismallin mukaan ja kun he samalla saivat tukea työyhteisöstä kirjaamisen kehittämiseen (Björvell ym. 2002, 34).

Lisäksi kirjauksissa oli epäsystemaattisuutta siinä, että joitakin toimintoja on valittu otsikoksi, mutta niiden yhteyteen ei ole kirjoitettu vapaatekstiä. Esimerkiksi päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus oli valittu usein otsikoksi, mutta vapaatekstiä ohjauksesta ei näiden otsikoiden alta löytynyt. Tällöin on siis valittu pelkkä otsikko, mutta ei ole kirjoitettu mitään vapaatekstiin, jolloin myös ymmärryksen arviointi jää pois. Kirjaamista tulisi kehittää niin, että se ei jäisi pelkästään otsikoiden klikkaamiseksi, vaan kirjaus täydentyisi vapaalla, arvioivalla tekstillä. Hoitajan tuleekin osata huomioida potilaan toiveet ja tarpeet ja yhdistää ne omiin tietoihinsa sekä tutkittuun tietoon potilaan hoidossa. Tärkeää on, että hoitaja osaa hakea tietoa, arvioida kriittisesti ja soveltaa tietoa yksilöllisesti kunkin potilaan tarpeisiin nähden. (Pekkala 2007, 48–51; Fineout-Overholt ym. 2010, 51–53.)

Osastojen hoitokertomusten yhteenvetoon oli hieman yli puolessa tapauksissa kirjattu ohjaukseen liittyvää tietoa. Toimintakyky-otsikon ja hoitotuloksen-otsikon alle oli kirjattu ohjeita potilaan kotona pärjäämiseen. Nämä tekstit olisi loogisemmin voinut kirjata hoitotoiminto – otsikon alle, koska kirjaamisessa pitäisi pyrkiä yhtenäisiin käytäntöihin ja käyttää siksi vain hoitoprosessin vaiheiden mukaisia otsikoita (Saranto ym. 2007, 14). Hoitotoiminto-otsikkoa oli käytetty vain kaksi kertaa. Jatkohoito-otsikon alle oli säännöllisesti kirjattu ohjeita seuraavia tutkimuksia ja toimenpiteitä tai kotihoitoa varten.

Sisällöllisesti osaston kirjaukset olivat melko monipuolisia suhteessa terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöihin. Elämäntapaohjausta oli kirjattu kattavammin kuin poliklinikalla, ja jokaista terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöaluetta oli käsitelty ainakin jossain kirjauksessa. Biologis-fysiologinen ja toiminnallinen alue näkyvät kirjauksissa eniten, kun ohjausta oli annettu lääkityksestä ja päivittäisistä toiminnoista. Osaston kirjauksissa myös eettinen ja kokemuksellinen alue oli otettu paremmin huomioon, kun potilaan oma mielipide ja

ymmärryksen arviointi oli kirjattu useammin. Samoin siellä näkyi myös sosiaalis-yhteisöllinen ohjaus, kun omaisten ohjausta oli kirjattu. Ekonomiselle alueelle oli kirjattu ohjausta potilaan jatkohoitoon liittyen. Näin ollen kirjausten perusteella myös edistettiin potilaan oman terveyden hallintaa laajemmin (Leino-Kilpi ym. 2005, 307; Heikkinen ym. 2007, 271; Rankinen ym. 2007, 113; Heikkinen 2011, 18).

Hoidon tarpeen ja odotettujen hoitotulosten kirjaaminen edistää hoitoprosessin arviointia (Tanttu & Ikonen 2007, 113). Sekä poliklinikalla että osastoilla olisi tärkeää arvioida myös potilaan ohjauksen ymmärtäminen ja suhtautuminen siihen, nyt se jäi vielä vähäiseksi. Osastolla kuitenkin potilaan suhtautuminen oli kirjattu useammin, siellä reilulla puolella ohjauksen kirjaamisen yhteyteen oli myös kirjattu potilaan kokemus. Poliklinikalla näitä kirjauksia oli vain viidessä tapauksessa. Kuitenkin erityistä huomiota tulisi kiinnittää potilaan omiin tunteuksiin ja mielipiteisiin sekä muutoksiin, joita hänessä on tapahtunut. Arviointi on tärkeää, koska sen avulla voidaan selvittää, onko interventiolla ollut toivottua vaikutusta potilaan terveyteen (Soininen & Ikonen 2007, 78).

Erytisesti lääkitysten ohjauksessa olisi tärkeää varmistaa potilaan ymmärtäminen. Muuten on vaarana, että potilas ei käytä lääkitystä annettujen ohjeiden mukaisesti. Tutkimukset osoittavat, että vain noin puolet pitkäaikaissairaista käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaisesti, ja tällöin potilas ei hyödy lääkityksestään parhaalla mahdollisella tavalla. Tällainen hoito tulee myös yhteiskunnalle kalliiksi. (Routasalo ym. 2009, 2351.) Hyvin organisoidut interventiot ja tehokkaat seurantajärjestelmät voivat parantaa potilaan sairauden hallintaa. Potilaslähtöisten interventioiden käyttäminen voi näin johtaa parempaan potilaan terveydentilaan ja helpottaa myös potilaan hoitoon sitoutumista. (Renders ym. 2009, 86).

Omaiset olisi syytä ottaa huomioon entistä paremmin myös potilasohjauksessa. Nyt analysoiduissa kirjauksissa omaiset oli mainittu vain harvoissa tapauksissa. Osaston kirjauksissa kotiutustilanteissa tämä oli huomioitu paremmin. Siellä hoitoaika voi olla viikkoja, joten omaisilla on parempi mahdollisuus osallistua omaisensa hoitoon. Osaston kirjauksissa oli maininta omaisten ohjauksesta kahdeksan potilaan kertomuksessa, näistä kuusi oli vapaamuotoisessa tekstissä jatkohoidon suunnitelman laatimisen alla ja kaksi yhteenvedossa jatkohoi-

otsikon alla. Omaisilla on tutkitusti erittäin tärkeä vaikutus potilaan hyvinvointiin ja siksi on tärkeää ottaa huomioon myös heidän tarpeensa. Varsinkin vanhusten kohdalla omaisten mukaan ottaminen on ensisijaista. Vanhukset toivovat omaisten läsnäoloa ohjaustilanteessa ja kokevat yksilöllisen ja monipuolisen ohjauksen erittäin tärkeänä. (Isola ym. 2007, 51.) Potilaan selviytymisen kannalta omaisten ohjauksessa painottuu tiedollinen tukeminen, mutta he kaipaavat hoitohenkilökunnalta myös emotionaalista tukea (Anttila ym. 2006, 44–46, 50).

Kirjaamisesta tulisi ilmetä tiivistetysti koko hoitoprosessi, myös luokituksen käytön tulisi tukea hoitajan luontevaa ajatteluprosessia ja prosessivaiheiden mukaista kirjaamista (Nykänen ym. 2010, 60). Kirjaukset ovat kuitenkin jääneet yleisesti melko niukoiksi ja pelkistetyiksi, eivätkä kerro koko totuutta hoidosta. Tosin kuten italialaistutkimuksessa on osoitettu, pelkästään kirjausten avulla on vaikea arvioida hoitotyön laatua, koska kaikkia hoitotyön toimintoja ei ole kirjattu. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että kirjaamisjärjestelmät olisivat helppoja käyttää, jotta kaikki tehty työ tulisi raportoiduksi ja näkyväksi. (De Marinis ym. 2010, 1544–1552.) Myös ruotsalaistutkimuksen mukaan hoitajien antama ohjaus sisältää kyllä tiedonantoa, keskustelua ja potilaan motivointia, mutta näiden asioiden kirjaaminen on ollut hajanaista ja epämääräistä (Friberg ym. 2006, 1550).

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksen tekijän tulisi noudattaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 127). Sen yleisesti hyväksytyjä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeiden mukaisuus, rehellisyys, luottamus, kunnioitus, anonymiteetin säilyminen sekä vapaaehtoisuus (Hirsjärvi ym. 2005, 26; Kuula 2006, 99–100; Kylmä & Juvakka 2007, 147; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Lisäksi tärkeää on avoimuus, tieteellinen tunnustus, eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät, älyllinen vapaus sekä julkinen vastuu (Burns & Grove 2005, 197–200; Clarkeburn & Mustajoki 2007, 43–44). Tässä tutkimuksessa noudatettiin tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tutkimusaineistoa eli hoitokertomuksia käsiteltiin mitään sieltä muuttamatta ja tutkimustulokset esitettiin rehellisesti. Sisällönanalyysirungon avulla käytiin läpi hoitajien kirjauksia potilasohjauksesta. Analysoitavat hoitokertomuk-

set valittiin harkinnanvaraisesti tietyltä ajalta. SoTen hallintojohtaja antoi luvan rajattujen potilastietojen tulostamiseen Pegasoksesta. Potilaiden anonymiteetti varmistettiin sillä, että identifiointitiedot peitettiin. Kopioidut hoitokertomukset hävitettiin tutkimuksen raportin kirjoittamisen jälkeen. Organisaation kanssa oli sovittu, että opinnäytetyöraportissa saa näkyä organisaation nimi. Julkinen vastuu varmistettiin sillä, että tutkimuksen tulokset raportoitiin julkisesti sekä SoTessa että Turun ammattikorkeakoulussa.

Suomessa tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ja valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan lääketieteellisen jaoksen (ETENE) mukaan lait, jotka säätelevät terveystutkimusta ovat Suomen perustuslaki (731/1999), henkilötietolaki (1999/523), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). (Kylmä & Juvakka 2007, 139–140.) Tähän tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa ja tutkimuksen tarve oli perusteltu, koska se liittyi toimeksiantajan hankkeeseen.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen sisällönanalyysi sisältää sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen piirteitä. Luotettavuutta voidaan arvioida laadullisessa tutkimuksessa kriteereillä uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129). Tässä tutkimuksessa uskottavuus pyrittiin varmistamaan keskustelemalla projektiryhmässä kirjaamisvastaavien kanssa tutkimuksen etenemisestä ja tutkimustuloksista eri vaiheissa. Vahvistettavuus voitiin varmistaa kirjaamalla analysoitavista teksteistä potilasohjaukseen liittyvät asiat. Refleksiivisyys pyrittiin varmistamaan arvioimalla omat lähtökohdat tutkimuksen tekijänä, nämä lähtökohdat kuvattiin tutkimustekstiin. Siirrettävyyteen vaikutettiin sillä, että tutkimustekstiin kirjoitettiin riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuskohteesta. Tämän tutkimuksen tulokset eivät kuitenkaan ole suoraan siirrettävissä toiseen kontekstiin. Jotta tutkimustulosten vertailu muihin tutkimuksiin olisi mahdollista, tulisi kuvata tarkoin tutkimuksen kohde, aineiston keruu ja analyysi.

Tutkimuksessa käytiin läpi sisällönanalyysirunkojen avulla hoitajien kirjauksia potilasohjauksesta. Sisällönanalyysin luotettavuusongelmana on se, miten analyysoija tulkitsee tekstin. Sisällönanalyysin luotettavuuden kriteerit ovat tutkija itse, aineiston laatu ja sen analyysi sekä tulosten esittäminen. (Eskola & Suoranta 1998, 211–215; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Tässä tutkimuksessa ohjaus-käsitteen laaja käyttö oli ongelmallista ja se piti rajata tarkasti, jotta sisällönanalyysi onnistuisi ja olisi luotettava. Potilasohjaus määriteltiin siten, että se perustuu yhteistyöhön, osallistuvaan toimintaan ja oppimiseen, sekä ohjaajan ammatilliseen vastuuseen. Ohjaaja on potilaan kumppani ja tukija säilyttäen ohjauksen ja sen sisällön asiantuntijan aseman. (Carpenter & Bell 2002, 157; Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 209; Kääriäinen & Kyngäs 2005 b, 257; Kääriäinen ym. 2006, 10, 11; Bell ym. 2007, 710; Hätönen 2010, 24.) Projektipäällikön analysoinnin jälkeen toinen henkilö projektiryhmästä analysoi kolme tekstiä vuodeosastoilta ja mentori kävi läpi kaikki poliklinikan kirjat. Näin pyrittiin varmistamaan se, että analyysissä päästiin luotettavaan ja rehelliseen tulokseen. Nämä toiset mittareiden käyttäjät pääsivät projektipäällikön kanssa samoihin tuloksiin, joten he olivat analysoineet ja tulkinneet tekstit potilasohjauksesta samoin kuin projektipäällikkö. Muissa kirjauksissa vastaan tulleista tulkinanvaraisista kohdista keskusteltiin projektiryhmässä.

Luotettavuutta olisi lisännyt yhteistyö osastojen kirjaamisvastaavien kanssa. Jälkeenpäin arvioituna se olisi ollut hyödyllistä ja tarpeellista. Heillä kun on käytännön tuntuma rakenteiseen kirjaamiseen ja he tekevät sitä päivittäin. Työsäännön he joutuvat jatkuvasti miettimään samoja asioita, mistä tässä projektissa oli kyse ja heidän asiantuntemuksensa olisi ollut hyvä lisä työhön. Heillä oli omia kokouksia projektin aikana, mutta aikataulujen päällekkäisyys esti projektipäällikön niihin osallistumisen.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista. Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten tarkkuutta ja pysyvyyttä sekä kykyä tuottaa ei-sattumanvaraista tietoa. Validiteetti puolestaan kuvaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Tässä tutkimuksessa poliklinikan 60 potilaan kirjausten analyysi oli riittävä määrä osoittamaan potilasohjauksen kirjaamisen tilan poliklinikalla, koska ohjauksen kirjaaminen siellä on arkikokemuksen mu-

kaan melko yhdenmukaista ja näin ollen saatava aineisto hyvin homogeenista. Myös Ylöstalo-Laineen (2006, 47) mukaan kirjaaminen polikliinisessä hoitotyössä on yleensä niukkaa ja osittain puutteellista. Kylläntymispisteen eli saturaation saavuttaminen tarkoittaa sitä, että tutkimusaineisto toistaa itseään eikä lisäaineisto toisi uutta tietoa (Vilka 2009, 127). Poliklinikan kirjauksissa toistui jo näissä 60 kirjauksessa samoja piirteitä. Esimerkiksi ohjauksen tavoitetta tai omaisten ohjausta ei mainittu yhdessäkään kirjauksessa. Tämä kertoi sen, että aineiston saturoituminen oli havaittavissa. Vuodeosastopotilaiden pienempi määrä oli perusteltua, koska kirjauksia yhtä potilasta kohden tuli paljon enemmän. Osaston kirjauksissa vaihtelevuus oli kuitenkin suurempaa, eikä saturoitumista tullut niin selvästi, joten aineisto olisi voinut olla laajempi. Tutkimusaineisto kerättiin Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautien poliklinikalta sekä sisätautisairaalan vuodeosastoilta 22–25, ja näin ollen ne edustavat tätä perusjoukkoa. Tutkimustuloksia ei voi kuitenkaan yleistää näytteen ulkopuolelle.

Poliklinikan kirjausten seurantamittari on kehitetty SoTessa ja sitä käytetään jatkuvasti kirjausten analysointiin. Näin ollen voidaan olettaa, että sillä mitattiin sitä, mitä haluttiinkin mitata. Osaston kirjauksien analyysiin käytettiin toista mittaria, joka oli tehty tätä tutkimusta varten. Eri mittareiden käyttöä voidaan perustella sillä, että osastojen kirjaukset ovat rakenteisia. Mittarin avulla tarkasteltiin hoitosuunnitelma, päivittäiset kirjaukset ja yhteenveto. Näin saatiin tarkemmin kuva, miten potilasohjauksen tarve, suunnittelu, toteutus ja arviointi näkyivät osastojen rakenteisissa kirjauksissa. Aikaisemmin SoTessa käytössä olleita osastojen kirjausten mittareita ei käytetty, koska niissä kysymykset koskivat kaikkia muitakin kirjaamisen osa-alueita.

10 POTILASOHJAUKSEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMIS- SUUNNITELMA

Kirjaaminen on työlästä ja sitä vaikeuttavat tietojen pirstoutuminen, päällekkäisten kirjausten tarve, luokitusten esitystapaan liittyvät ongelmat ja erilaiset ohjelmien käytettävyysongelmat. Kirjaamisen sujuvuuden parantamiseksi olisi tärkeää, että ohjelmat tukisivat eri toimintaympäristöille tyypillisiä toimintatapoja ja

potilastapausten mukaisia kirjauksia. (Nykänen ym. 2010, 60.) Käytäntö on kuitenkin osoittanut, että kirjaamisjärjestelmiin vaikuttaminen on erittäin hidasta ja joskus jopa mahdotonta. Kirjaamisen on taivuttava olemassa olevaan järjestelmään, sillä järjestelmien kehitystyö on pitkäjänteistä. Tähän vaikuttaa osin myös se, että käyttäjiä on paljon ja tarpeet ovat erilaisia eri toimintayksiköissä. Siispä kirjaamisen kehittäminen täytyy tapahtua yhtenäisten ohjeiden ja käytäntöjen kautta. Kehittäminen ja uudet toimintatavat voivat myös aiheuttaa muutosvastarintaa henkilökunnassa, ja tämä on otettava huomioon ohjeita annettaessa. Buonocoren (2004, 171- 174) mukaan muutosvastarinnan voittaminen, toiminnan muutos ja muutoksen jälkeisen tasapainon palauttaminen edellyttää vuorovaikutustaitoja, joustavuutta, motivointikykyä ja visiointia. Ryhmäprosesseja ja osallistumista tulee myös helpottaa. Lisäksi muutoksessa on aina otettava huomioon organisaation rakenne ja sen toiminta.

Tämän kehittämisprojektin tuloksena laadittiin ohjeistus potilasohjaksen kirjaamiseen poliklinikan ja osastojen käyttöön (taulukot 6 ja 7). Näihin ohjeisiin on koottu asioita, jotka kuuluvat potilasohjaukseen. Ohjattavat asiat on jäsennelty terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueiden mukaan kuuteen alueeseen (Leino-Kilpi ym. 2005, 307), jotka on kuvattu tämän raportin kirjallisuusosassa sivuilla 15–16. Potilasohjaus etenee hoitotyön prosessin mukaan ja ohjeeseen on hoitotyön prosessin toiminto-vaiheen alle kirjoitettu muistutukseksi, mihin terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueeseen ohjattavat asiat liittyvät. Kirjaamisohjeet pyrittiin tekemään selkeäksi ja kirjaamista helpottavaksi työvälineeksi, joka yhtenäistää kirjaamista ja samalla muistuttaa potilasohjaksen kirjaamisesta. Poliklinikoiden osalta projektiryhmä oli mukana työstämässä ohjetta. Osastojen kirjaamisohje tehtiin yhdessä mentorin ja osastojen kirjaamisen asiantuntijasairaanhoidajan kanssa. Hänen asiantuntemuksensa ja yhteistyövalmiutensa oli tärkeässä osassa ohjeen syntyemisessä.

Kirjaamisohje implementoitiin käytäntöön kirjaamisvastaavien välityksellä. Projektipäällikkö järjesti koulutukset ja kirjaamisvastaavat veivät ohjeistuksen edelleen omiin yksiköihinsä. Osastojen koulutuspäivä oli 26.10.2012, ja se järjestettiin yhdessä osastojen kirjaamisen asiantuntijasairaanhoidajan kanssa. Poliklinikoiden kirjaamisvastaavien koulutuspäivä oli 31.10.2012. Koulutustilaisuuksissa keskusteltiin ohjeista, ja niitä voidaan muokata ja edelleen kehittää keskuste-

lujen pohjalta. Tärkeää on henkilökunnan osallistaminen, koska se edistää uusien toimintamallien käyttöönottoa ja siten implementoinnin onnistumista. (Reavy & Tavernier 2008, 166–172 ; VanDeusen Lukas ym. 2010, 235). Lisäksi ohjeistus on esitelty sisätautisairaalan osastonhoitajille heidän kokouksessaan 16.10.2012.

Poliklinikalla käynnin tarkoitus otsikon alle kirjataan, miksi potilas tulee hoitajan vastaanotolle tai soittaa hoitajalle ja mitä ohjausta potilas tarvitsee. Tämä on hoitotyön prosessin tarpeen kartoitusvaihe. Hoitotyön toiminto-otsikon alle kirjataan potilasohjauksen tavoite, toiminto sekä arviointi. Kirjaus etenee siten hoitoprosessin mukaan. Tavoitteena on, että potilas ymmärtää saamansa yksilöllisen ohjauksen ja osaa toteuttaa hoitonsa.

Hoitotyön toiminto-otsikon alle toiminnoksi kirjataan, minkälaista ohjausta potilas on saanut? Siihen kuuluvat tieto sairaudesta ja sen syistä ja sairautta pahentavat asiat sekä lääkehoito-ohjaus. Lisäksi siihen liittyy sairauteen sopeutumiseen, kuntoutukseen ja elintapoihin liittyvät asiat, sisältäen potilaan kokemukset hoidon toteutumisesta ja mieliala-asiat. Ohjaukseen kuuluu myös talouteen liittyvät asiat, sosiaaliset etuudet ja erilainen potilaan tarvitsema apu, sekä omaisiin ja perheeseen liittyvät asiat ja vertaistuki. Myös potilaan oikeudet, yksilöllisyys ja mielipiteet hoidostaan ovat ohjaukseen liittyviä asioita (taulukko 6).

Lääkehoito-otsikon alle kirjataan lääkityksen ohjaukseen liittyvät asiat silloin, kun potilas saa samalla lääkityksen vastaanotolla. Yhteisesti on jo aikaisemmin sovittu, että lääkeohjaus kirjataan hoitotyön toiminto-otsikon alle, ellei lääkitystä anneta. Tavoitteena on, että potilas ymmärtää lääkityksensä ja noudattaa ohjeita. Toiminnoksi kirjataan, minkälaista lääkeohjausta potilas on saanut. Ohjaus sisältää tiedot lääkkeestä ja sen vaikutuksista, lääkkeen annosteluohjeet ja mahdolliset haittavaikutukset, sekä lääkkeiden kustannukset ja erikoiskorvattavuudet sekä lääkehoidon toteutuksen. Lisäksi lääkeohjaus sisältää kysymykset, kuka huolehtii lääkkeistä ja tarvittaessa omaisen lääkeohjauksen. Lääkehoidon arviointiin kirjataan, miten lääkitys on vaikuttanut potilaaseen, onko potilas ymmärtänyt lääkityksensä tarkoituksen, vaikutuksen ja haitat, sekä onko potilas noudattanut lääkitysohjeita (taulukko 6).

Jatkohoito-otsikon alle kirjataan jatkohoidon ohjaukseen liittyvät asiat. Tavoitteena on, että potilas ymmärtää jatkohoitonsa ja tietää, mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä. Hoidon jatkuvuuden vuoksi on tärkeää kirjata, mitä jatkohoitoa hoitotyön päätöksenteosta seuraa. Jatkohoidon ohjaukseen kuuluvat lääkärin konsultaatiot, seuraava seurantakäynti ja yhteystiedot jatkohoitoon. Lisäksi kirjaan, mitä ohjausta potilas on saanut, potilaan arjessa kotona selviytyminen ja vertaistukeen, potilasyhdistyksiin ja veteraanipalveluihin liittyvät asiat, sekä näiden yhteystiedot (taulukko 6).

Projektiryhmän ajatuksena ehdotettiin, että hoitotyön prosessin tarve, tavoite, toiminto ja arviointi saataisiin Pegasos-potilastietojärjestelmään alaotsikoiksi poliklinikoilla sovittujen käytettävien otsikoiden alle. Tämä johdattaisi ajattelua prosessimallin mukaisesti ja näin ollen helpottaisi kirjaamista. Nämä hoitoprosessin mukaiset otsikot voisi klikata fraaseina ja kirjoittaa sitten asianmukainen teksti kuhunkin kohtaan. Pegasos-pääkäyttäjän kanssa on keskusteltu mahdollisuudesta tehdä tällainen muutos ja teknisesti se olisi mahdollista. Myös ohjausryhmälle asia esiteltiin ja se suhtautui asiaan periaatteessa myönteisesti. Pohdittavaksi vielä jäi, kannattaako alaotsikoita käyttää, vai pitäisikö poliklinikkujen siirtyä myös täysin rakenteiseen kirjaamiseen, kun potilastietojärjestelmä kehittyä poliklinikkojen osalta ja uusi kirjoitusalue saadaan käyttöön.

Taulukko 6. Potilasohjauksen kirjaaminen poliklinikalla

Otsikko	Hoitotyön prosessin vaihe	
Käynnin tarkoitus	Tarve	Miksi potilas tulee hoitajan vastaanotolle/soittaa hoitajalle? Mitä ohjausta potilas tarvitsee?
Hoitotyön toiminto	<p>Tavoite</p> <p>Toiminto Biologis-fysiologinen alue</p> <p>Toiminnallinen alue</p> <p>Kokemuksellinen alue Ekonominen alue</p> <p>Sosiaalis-yhteisöllinen alue Eettinen alue</p> <p>Arviointi</p>	<p>Potilas ymmärtää saamansa yksilöllisen ohjauksen, osaa toteuttaa hoitonsa, on sitoutunut hoitoonsa.</p> <p>Minkälaista ohjausta potilas saa?</p> <ul style="list-style-type: none"> – tieto sairaudesta ja sen syistä/sairautta pahentavat asiat – lääkehoito-ohjaus (ks. myös lääkehoito-kohta) – injektio-opetus – sairautteen sopeutuminen/kuntoutus – ruokavalio/ravitsemus/nesteytys/liikunta – päihteiden käyttö/tupakointi – mieliala, aikaisemmat sairauskokemukset – taloudelliset asiat – kelan tuet/sosiaaliset etuudet/tarvittava apu – omaisten/perheen ohjaus – vertaistuki/potilasyhdistykset – potilaan oikeudet ja mielipiteet, yksilöllisyys <p>Miten potilas on voinut? Miten potilas on ymmärtänyt ohjeet ja noudattanut niitä? Miten ohjaus on vaikuttanut potilaan vointiin?</p>
<p>Lääkehoito</p> <p>Kirjataan tähän silloin kun potilas saa lääkkeen poliklinikalla</p>	<p>Tavoite</p> <p>Toiminto Biologis-fysiologinen alue</p> <p>Ekonominen alue Toiminnallinen alue Sosiaalis-yhteisöllinen alue</p> <p>Arviointi</p>	<p>Potilas ymmärtää lääkityksensä ja noudattaa ohjeita.</p> <p>Minkälaista lääkeohjausta potilas saa?</p> <ul style="list-style-type: none"> – tieto lääkkeestä ja sen vaikutuksista – lääkkeen annosteluohjeet/haittavaikutukset – kustannukset ja erikoiskorvattavuus – lääkehoidon toteutus <p>Kuka huolehtii lääkkeistä? Tarvittaessa omaisen lääkeohjaus</p> <p>Miten lääkitys on vaikuttanut potilaaseen? Onko potilas ymmärtänyt lääkityksensä tarkoituksen, vaikutuksen ja haitat? Onko potilas noudattanut lääkitysohjeita?</p>
Jatkohoito	<p>Tavoite</p> <p>Toiminto Biologis-fysiologinen alue</p> <p>Toiminnallinen alue Kokemuksellinen alue</p> <p>Sosiaalis-yhteisöllinen alue Arviointi</p>	<p>Potilas ymmärtää jatkohoitonsa. Potilas tietää, mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä.</p> <p>Mitä jatkohoitoa hoitotyön päätöksenteosta seuraa?</p> <ul style="list-style-type: none"> – lääkärin konsultaatio – seuraava seurantakäynti – yhteystiedot jatkohoitoon <p>Mitä ohjausta potilas saa?</p> <ul style="list-style-type: none"> – arjessa kotona selviytyminen <p>Vertaistuki/potilasyhdistykset/veteraanipalvelut ja yhteystiedot Miten potilas on ymmärtänyt jatkohoito-ohjeet?</p>

Myös **osastoilla** ohjauksen kirjaaminen etenee hoitotyön prosessin vaiheiden mukaan. Potilaan ohjauksen tarve kirjataan hakemalla hoitotyön tarveluokituksesta sopiva komponentti tai luokka ja tarvetta tarkennetaan vapaamuotoisella tekstillä. Ohjauksen tarpeen kirjaamiselle voidaan valita esimerkiksi terveyden säilyttämisen tarve, lääkitykseen liittyvä tiedon tarve ja jatkohoito-ohjeiden tarve. Näistä komponenteista on esimerkit kirjaamisohjeessa (liite 3). Otsikoiden alle kirjataan, mitä ohjausta potilas osastolla tarvitsee. Ohjauksen tavoitteet kirjataan vapaamuotoisella tekstillä. Tavoitteena ohjauksessa on, että potilas ymmärtää saamansa yksilöllisen ohjauksen, noudattaa annettuja ohjeita ja osaa toimia ohjeiden mukaan (taulukko 7).

Hoitotyön toimintoluokituksen ja vapaamuotoinen teksti avulla kirjataan, millaista ohjausta, miten ja milloin potilaalle suunnitellaan? Terveyttä edistävä ohjaus sisältää tiedon sairaudesta ja sen syistä sekä tarvittavasta hoidosta ja sairautta pahentavat asiat. Lisäksi siihen kuuluvat sairauteen sopeutuminen, kuntoutus ja elintavat, sekä mieliala-asiat ja potilaan aikaisemmat sairauskokemukset. Ohjaukseen kuuluvat myös taloudelliset asiat, kuten sosiaaliset etuudet ja tarvittavat avut, omaisten ja perheen ohjaus ja vertaistuki sekä potilasta hoitavat ammattilaiset ja tieto siitä, kenen puoleen potilas voi tarvittaessa kääntyä. Myös potilaan oikeudet ja mielipiteet, yksilöllisyys ja koskemattomuus ovat tärkeitä potilasohjauksen alueita (taulukko 7).

Lääkehoidon ohjaus sisältää lääkitykseen kuuluvat asiat. Se sisältää tiedot lääkkeestä ja sen vaikutuksista, lääkkeen annosteluohjeet ja haittavaikutukset, sekä lääkekustannukset ja lääkehoidon toteutuksen. Lisäksi siihen liittyvät kysymykset, kuka huolehtii lääkkeistä ja tarvittaessa omaisen lääkeohjaus (taulukko 7).

Jatkohoitoon liittyvä ohjaus sisältää kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat. Se sisältää yhteystiedot jatkohoitoon ja jatkohoito-ohjeet sekä arjessa kotona selviytymiseen kuuluvat asiat. Lisäksi siihen kuuluu vertaistukeen, potilasyhdistyksiin ja veteraanipalveluihin liittyvät asiat sekä taloudelliset asiat, sosiaaliset etuudet ja kotiin tarvittavat avut. Tärkeää on myös omaisten ohjaus ja potilaan oikeudet ja mielipiteet (taulukko 7).

Toteutunut ohjaus kirjataan hoitosuunnitelman mukaan valittujen komponenttien alle ja lisäksi tarvittaessa luokituksesta valitun ohjaus-otsikon alle. Ohjauksen arviointia kirjataan kolmeen paikkaan: jatkuva arviointi kirjataan päivittäisiin kirjauksiin ohjaus-toiminnon alle vapaamuotoisena tekstinä, väliarviointi kirjataan valitun tarpeen alle hoitosuunnitelmaan ja loppuarviointi hoitotyön yhteenveetoon. Arviointiin kirjataan, onko potilas ymmärtänyt ohjauksen, osaako potilas toimia ohjauksen mukaan, onko potilas sitoutunut noudattamaan ohjeita ja miten ohjaus on vaikuttanut potilaan vointiin. Lääkehoidon ohjauksesta arvioidaan, miten lääkitys on vaikuttanut potilaaseen, onko potilas ymmärtänyt lääkityksensä tarkoituksen, vaikutuksen ja haitat ja onko potilas noudattanut lääkitysohjeita. Jatkohoitoon liittyvässä ohjauksessa arvioidaan, onko potilas ymmärtänyt jatko-hoito-ohjeensa (taulukko 7). On tärkeää arvioida potilaan ohjauksen ymmärtäminen ja suhtautuminen siihen. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää potilaan omiin tuntemuksiin ja mielipiteisiin sekä muutoksiin, joita hänessä on tapahtunut. Arviointi on tärkeää, koska sen avulla voidaan selvittää, onko ohjauksella ollut toivottua vaikutusta potilaan vointiin. (Soininen & Ikonen 2007, 78.)

HOITOSUUNNITELMA			TOTEUTUS	ARVIOINTI
Tarve	Tavoite	Toiminto	Päivittäiset kirjaukset	Jatkuva arviointi, väliarviointi ja loppuarviointi
Hoitotyön tarveluokitus SHTaL	Valitun tarpeen yhteyteen vapaamuotoinen teksti	Hoitotyön toimintoluokitus SHToL	Suunniteltujen toimintojen pohjalta ja lisäksi tarvittaessa luokituksesta valitun ohjaus-otsikon alle.	Jatkuva arviointi: päivittäisiin kirjauksiin ohjaus-toiminnon alle vapaamuotoinen teksti Väliarviointi: valitun tarpeen alle hoitosuunnitelmaan Loppuarviointi: hoitotyön yhteen- vetoon HoiTulokset otsikon alle
Komponentti		Komponentti		
Pää-/alaluokka		Pää-/alaluokka	Vapaamuotoinen teksti	
Vapaamuotoinen teksti		Vapaamuotoinen teksti	Jatkuva arviointi	
Mitä tietoa ja ohjausta potilas osastolla tarvitsee?	Potilas ymmärtää saamansa yksilöllisen ohjauksen. Potilas osaa toimia ohjeiden mukaan. Potilas on sitoutunut noudattamaan annettuja ohjeita.	Minkälaista ohjausta, miten ja milloin potilaalle suunnitellaan? Biologis-fysiologinen alue: tieto sairaudesta ja sen syistä sekä tarvittavasta hoidosta, sairautta pahentavat asiat, tieto lääkkeestä ja sen vaikutuksista, lääkkeen annosteluohjeet/haittavaikutukset Toiminnallinen alue: sairautteen sopeutuminen, kuntoutus, ruokavalio, ravitsemus, nesteytys, liikunta, päihteiden käyttö, tupakointi, lääkehoidon toteutus Kokemuksellinen alue: mieliala Ekonominen alue: taloudelliset asiat, etuudet Sosiaalis-yhteisöllinen alue: tarvittava apu omaisten/perheen ohjaus vertaistuki/potilasyhdistykset Eettinen alue: potilaan oikeudet ja mielipiteet	Minkälaista ohjausta potilas on saanut?	Onko potilas ymmärtänyt ohjauksen? Osaako potilas toimia ohjauksen mukaan? Onko potilas sitoutunut noudattamaan ohjeita? Miten ohjaus on vaikuttanut potilaan vointiin?

11 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Potilasohjaus on tärkeää ja potilaalla on siihen oikeus. Kun potilas saa asiallista ohjausta ja kokonaisvaltaista tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista, hänen on helpompaa tehdä päätöksiä hoitonsa suhteen. (Naukkari 2008, 39; Hätönen 2010, 24.) Tämän kaiken kirjaaminen on haasteellista ja kehittämistyön tulosten mukaan valitettavan vähäistä. Kuitenkin vain dokumentoimalla tehty työ saadaan näkyväksi. Nyt potilasohjausta todennäköisesti annetaan paljon enemmän kuin kirjauksista käy ilmi. Kehittämistyötä siis tulee tehdä jatkossakin ja jatkuva henkilökunnan kouluttaminen on tarpeen.

11.1 Riskien hallinta kehittämissuorituksissa

Kehittämissuorituksen alussa vahvuutena projektipäällikkö koki, että aihe oli ajankohtainen, organisaatiossa oli intoa kehittämiseen, henkilökunta oli pätevää ja kokenutta ja projektiyhtymä oli kannustava. Lisäksi yhteistyö mentorin kanssa tuntui helpolle. Heikkouksina hän koki ajan puutteen, aikataulujen järjestämisen, monen tahon kanssa yhteistyön ylläpitämisen ja projektiyhtymän rajoittuneet resurssit. Mahdollisuutena hän koki uuden kehittämisen, innovatiivisen työskentelyilmapiirin, myönteisen vaikutuksen omaan työhönsä ja projektiyhtymän osaamisen kehittymisen. Uhkana hän koki sen, että kaikkiin aikatauluihin ei itse pysty vaikuttamaan, motivaation heikkenemisen projektiyhtymän aikana, ajankäytön suunnittelun ongelmat, ATK-taitojen rajallisuuden ja yleensäkin teknologian toiminnan.

Nämä riskit pyrittiin ottamaan huomioon ja projekti etenikin aikataulun mukaan melko hallitusti. Kehittämissuorituksen toteuttamisyhtymän ylihoitaja on ollut suosiollinen kehittämistyölle ja projektipäällikkö sai käyttää joitakin palkallisia koulutuspäiviä lähiovetukseen. Tämä lisäsi opiskelu- ja kehittämismotivaatiota. Johdon tuki tuntui tärkeälle ja kehittämissuoritus sai näin perusteltua tukea. Kun johto omalla sitoutuneisuudellaan ja myötävaikutuksellaan edesauttaa kehittämistoimintaa, se näkyy myös hoitohenkilökunnan positiivisena asenteena (Ploeg

ym. 2007, 210–219). Aihehan oli ajankohtainen ja henkilökunta suhtautui siihen myös myönteisesti.

Ajankäytön hallintaan voitiin vaikuttaa sillä, että yritettiin pysyä sovituisissa aikatauluissa. Ajankäytön riskejä pyrittiin myös minimoimaan tarkalla etukäteissuunnittelulla ja hyvin aiheeseen perehtymällä. Kaikkiin ajankäytön ongelmiin ei kuitenkaan aina pystytty vaikuttamaan. Pegasos-pääkäyttäjä tulosti tarvittavat potilaskertomukset, ja tähän meni odotettua enemmän aikaa. Projektipäällikkö olisi voinut aloittaa sisällönanalyysityön jo aikaisemminkin, mutta näitä tulosteita piti odottaa. Keväällä projektipäällikkö oli opintovapaalla pari kuukautta, jotta voi paremmin keskittyä opiskelun vaatimiin tehtäviin.

Tutoropettajan sekä ohjaus- ja projektiryhmän tuki auttoivat työn etenemisessä. Alun perin yhteistyötä projektiryhmän kanssa oli suunniteltu tehtäväksi enemmänkin, mutta yhteiset tapaamiset jäivät vähäisiksi, eikä yhteistyö ole ollut kovin tiivistä. Mentorin kanssa tapaamisia ja epävirallisia palavereja oli usein, koska hän työskenteli samalla työpaikalla projektipäällikön kanssa. Sisällönanalyysiä tehdessä mentorista oli paljon apua, koska hän on analysoinut asiantuntijasairaanhoidajana hoitajien tekstejä. Hänellä oli siis tästä työstä kokemusta, jota voitiin hyödyntää.

Projektipäällikkö kehitti ATK-taitoja projektin aikana osallistumalla ATK-kurssille, joten tämä uhka pienentyi. Teknologia ja tietokoneen käyttö kuitenkin toivat mukanaan ongelmia, joiden ratkomiseen meni paljon aikaa ja työtä. Työn tekeminen opetti kärsivällisyyttä ja apua teknisiin ongelmiin kuitenkin aina järjestyi.

11.2 Projektiorganisaation ja projektipäällikkönä toimimisen arviointi

Tässä kehittämissuunnitelmassa oli haastavaa saada projektiryhmä koolle ja yhteistyö projektiryhmän kirjaamisvastaavien kanssa on ollut vaihtelevaa. Koolle kutsuttuja kokouksia oli kehittämissuunnitelman aikana viisi kertaa, mutta niihin osallistuminen ei ollut täydellistä. Kertaakaan kaikki projektiryhmän jäsenet eivät olleet yhtä aikaa paikalla, vaan aina oli poissaoloja. Tämä oli ymmärrettävää kiireisessä työelämässä, kun päällekkäisyyksiä aikatauluihin tuli, eikä kaikkiin niihin voinut vaikuttaa. Mukana olleet osallistuivat kyllä innokkaasti ja paljon hyviä ajatuksia tuli esille, kun keskustelua käytiin runsaasti.

Viimeisessä projektikokouksessa mukana olleet osallistuivat poliklinikan kirjaamismallin tekemiseen. Muille projektiryhmän jäsenille malli lähetettiin sähköpostissa kommentoitavaksi, mutta sitä ei kommentoitu mitenkään. Tämä antoi vaikutelman, että työtä ei koettu kovin tärkeäksi. Jokainen projektiryhmäläinen osallistui ryhmään oman työnsä ohella, joten ajan puutteella ja asioiden priorisoinnilla oli osansa asiassa. Yhteistyö kirjaamisvastaavien kanssa olisi kuitenkin tärkeää kehittämistyön kannalta, koska työhön tarvitaan kaikkien panosta, tietämystä ja kokemusta. Kirjaamisvastaavat vievät tietoa eteenpäin omissa yksiköissään ja heidän innostuksestaan riippuu pitkälti, miten asiat etenevät. Projektipäällikölle tämä opetti ajankäytön hallintaa ja myös työhön sitoutumisen tärkeyttä.

Yhteistyö osastojen kirjaamisvastaavien olisi ollut hyödyllistä ja tarpeellista. Heillä on käytännön tuntuma rakenteiseen kirjaamiseen ja he tekevät sitä työtä päivittäin. Projektille olisi ollut eduksi myös heidän edustajansa kuuluminen projektiryhmään. Tutkimussuunnitelman muuttuessa tätä ei kuitenkaan otettu huomioon projektiryhmää muodostettaessa. Osastojen kirjaamisvastaavilla oli kokouksia projektin aikana, mutta aikataulujen päällekkäisyys esti projektipäällikön niihin osallistumisen. Osastojen kirjaamisen asiantuntijasairaanhoidajan kanssa sen sijaan yhteistyö oli hedelmällistä ja hän osallistui myös projektiryhmän kokouksiin. Tämän lisäksi oli erillisiä palavereja, joissa pohdittiin osastojen kirjauksia ja näin luotiin osaston kirjaamisohje.

Ohjausryhmän kokoontumiset olivat tehokkaita ja veivät projektia voimakkaasti eteenpäin. Tosin ensimmäinen ohjausryhmän kokous olisi pitänyt olla aikaisemmin, koska siinä tutkimussuunnitelma vielä muuttui. Ensimmäisessä kokouksessa suunnitelmaa rajattiin ja keskityttiin vain kirjausten analyysiin ilman potilaskyselyä. Kyselyn valmistelutyö olisi jäänyt pois, mikäli ohjausryhmä olisi kokoontunut aikaisemmin ja sen mielipide tutkimuksen laajuudesta olisi ollut tiedossa.

11.3 Kehittämiprojektin vaikuttavuuden arviointi

Projektin vaikuttavuus ja sen arviointi ovat vaikeita asioita. Vaikuttavuus sanaa käytetään laajasti suomalaisessa terveydenhuollon tutkimuksessa. Vai-

kuttavuus on kuitenkin harvoin määritelty ja vaikuttavuuden arvioinnin mittarit ovat usein epämääräisiä tai niitä ei ole ollenkaan. (Konu ym. 2009, 292.) Toiminnan vaikuttavuus on se muutos toiminnan tavoitteessa, joka on luettavissa toiminnan ansioksi. Arviointi sinänsä ei ole tavoite, vaan arvioinnin kautta tähdätään järjestelmän toiminnan parantamiseen. (Rautava ym. 2009, 3, 6.)

Micwitzin (2005, 59) mukaan vaikuttavuuden arviointi tulisi olla sekä lyhyt- että pitkäaikaista. Implementointi voi kestää pitkään ja sen aikana tavoitteet saattavat tarkentua tai jopa kokonaan muuttuakin. Arviointia pitäisi tapahtua jatkuvasti ja muutoksia toimintatapoihin pitäisi pystyä tekemään tehdyn arvioinnin perusteella.

Potilasohjauksen kirjaamisen kehittäminen tulee vaatimaan muutoksia tähänastisiin toimintatapoihin. Kehittäminen ja muutos vievät aikaa, ja siksi kehittämissiön tulee olla myös henkilökunnalle hyvin perusteltua (Stenvall & Virtanen 2007, 50). Nopeita muutoksia ei siis ole odotettavissa. Potilasohjauksen kirjaaminen on kaiken kaikkiaan vähäistä ja kirjaamisen lisääminen ja parantaminen tulee viemään aikaa. Asioiden esille ottaminen ja niistä puhuminen kuitenkin voivat antaa sysäyksen kehitykselle ja toimintatapojen muutokselle. Kehittämistarve on perusteltu, koska potilastiedot tulee aina kirjata selkeästi ja tarkasti niin, että lakien ja ohjeiden asettamat vaatimukset hoidon kirjaamiselle täyttyvät. Vain dokumentoidusta tiedosta voidaan myöhemmin tarkastella hoidon laatua. (Voutilainen ym. 2004, 72–78; Hallila & Graffe 2005, 16–18; Owen 2005, 48–49, Syväoja & Äijälä 2009, 87.)

Tämän kehittämissiön vaikuttavuutta on vaikea arvioida. Yhtenäiset ohjeet varmasti vievät kirjaamista eteenpäin kohti prosessin mukaista kirjaamista ja tämä työ oli yksi osa kehittämistä. Kehittäminen on kuitenkin pitkäjänteistä työtä, jossa vaikuttavuus näkyy usein vasta pitkien aikojen kuluttua, jos silloinkaan. Tästä syystä olisi kiinnitettävä erityistä huomiota myös pätevien työntekijöiden pysyvyyteen ja jatkuvaan kouluttamiseen.

Vaikuttavuuden arviointiin vaikuttavat työyhteisöön, organisaatioon, johtamiseen ja työntekijöihin liittyvät haasteet, jotka on huomioitava (Fineout-Overholt ym. 2010, 51). Uusien toimintamallien omaksuminen on aikaa vievää ja haasteellista koko organisaatiolle, jossa muutos tapahtuu. Kuitenkin henkilökunnan sitou-

tuminen ja osallistaminen tehostavat uusien ohjeiden käyttöönottoa. (Van Deusen Lukas ym. 2010, 235- 245.) Osallistamiseen voidaan vaikuttaa sillä, että henkilökunta voi yhteisesti osallistua toimintamallin kehittämiseen ja se on myös hyvin toivottavaa. Tämä kehittämisprojekti on lisäksi esitelty sisätautisairaalan osastonhoitajille, joten yksiköiden esimiehet ovat mukana kehittämistyössä. Kaiken kaikkiaan tässäkin kehittämisprojektissa on kyse potilaan hyvästä ja laadukkaasta hoidosta. Tällaisena kehittäminen voi olla helpompi perustella henkilökunnalle.

Jatkossa on kuitenkin tärkeää mitata kirjaamisessa tapahtunut mahdollinen muutos, joka on tulosta uusien kirjaamisohjeiden käyttöönotosta. Tällöin käytetään kirjaamisen sisällönanalyysiin samoja mittareita, mitä tässä tutkimuksessa on käytetty. Näin voidaan arvioida tämän kehittämisprojektin vaikuttavuutta, kun voidaan vertailla tuloksia ennen ja jälkeen implementoinnin. Projektipäällikkö tulee tekemään tätä työtä kirjaamisvastaavan roolissaan, ja se olisi myös sopiva jatkotutkimusaihe opiskelijalle opinnäytetyöhön. Mutta jo lyhyemmällä aikavälillä täytyy seurata ohjeiden mukaisen toiminnan toteutumista työyksiköissä. Kirjaamisen asiantuntijasairaanhoitajat ovat aikaisemminkin seuranneet kirjaamista ottaen ajoittain näytteitä kirjauksista. Tätä käytäntöä on syytä jatkaa ja seurata näin myös potilasohjauksen kirjaamisen toteutumista käytännössä.

LÄHTEET

Antonovsky, A. 1987. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Anttila M., Kukkola, L., Mattlar, R., Moilanen, S., Risteli-Ahola, T., Haapsaari, N., Koivikko, S. & Verronen, T. 2006. Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, H. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, 44–56.

Arkistolaki 831/1994.

Bell, JS., Airaksinen, MS., Lyles, A., Chen, TF. & Aslani, P. 2007. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology* 64 (5), 710–711.

Bergqvist, S. & Nordman, L. 2010. Kirjaamisen muutos rakenteiseen kirjaamiseen sekä kirjaamisen laatu ja sairaanhoitajien kokemukset rakenteisesta kirjaamisesta. *Opinnäytetyö*. Turku: Turun AMK, hoitotyö.

Björvell, C., Wredling, R., Thorell-Ekstrand, I. 2002. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16 (1), 34-42. The Cochrane Central Register of Controlled Trials. Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration.

Bowling, A. 2002. *Research methods in health. Investigating health and health services*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Buonocore, D. 2004. Leadership in Action Creating a Change in Practice. *AACN Clinical Issues* 15 (2), 170–181.

Burns, N. & Grove, S.K. 2005. *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization*. 5 th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Carpenter, J. & Bell, S. 2002. What Do Nurses Know About Teaching Patients? *Journal for Nurses in Staff Development* 18 (3), 157–161.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. *Tutkijan arkipäivän etiikka*. Tampere: Vastapaino.

De Marinis, MG., Piredda, M., Pascarella, MC., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglioni, D., Alvaro, R. & Matarese, M. 2010. 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing* 19 (11-12), 1544-1552.

Dictionary of Public Health 2007. Oxford: Oxford University Press.

Doran, D.M. ym. 2010. Supporting Evidence-Based Practice for Nurses through Information Technologies. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 7 (1), 4–15.

Dowding, D. & Thompson, C. 2003. Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 44 (1), 49–57.

Ensio, A. 2008. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 56–64.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

- Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negharandeh, R. & Rahnavard, Z. 2011. A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review* 58 (2), 171-180.
- Fineout-Overholt, E., Williamson, K., Kent, B. & Hutchinson, A. 2010. Teaching EBP: Strategies for achieving sustainable organizational change toward evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* (1), 51–53.
- Friberg, F., Bergh, AL. & Lepp, M. 2006. In search of details of patient teaching in nursing documentation - an analysis of patient records in a medical ward in Sweden. *Journal of Clinical Nursing* 15 (12), 1550–1558.
- Grann, M. 2003. Potilaslähtöinen hoitotyön kirjaaminen poliklinikalla. *Sairaanhoitaja* 76 (9), 14–17.
- Hallila, L. 2005. Potilaiden opettaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi, 97–104.
- Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi, 16–18.
- Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 60 (3), 270–278.
- Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta.
- Heinonen, E., Hukkanen, M. & Hussi, H. 2010. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen Turun sosiaali- ja terveystoimen poliklinikoilla. Opinnäytetyö. Turku: Turun AMK, hoitotyö.
- Helleso, R. & Ruland C.M. 2001. Developing a module for nursing documentation intergrated in the electronic patient record. *Journal of clinical nursing* 10 (1), 799–805.
- Henkilötietolaki 523/1999.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.
- Holopainen, A., Korhonen, T., Miettinen, M., Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. *Premissi* 5 (1), 38–45.
- Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Hopia, H., Schildt, T. & Hovikoski, K. 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Oy, 97–110.
- Hätönen, H. 2010. Patient education to support the self-management of patients with mental illness. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.
- Häyrinen, K. & Ensio, A. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 97–111.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, H.

(toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, 10–18.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Elderly persons' experiences of patient counselling in specialized care. *Hoitotiede* 19 (2), 51–62.

Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P. & Patja, K. 2009. Miksi potilaiden elämäntavat eivät muutu? – Hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä. *Suomen Lääkärilehti* 64 (42), 3557–3561.

Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 51(3), 239–245.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kaukola, J. & Virtanen, I. 2011. Rakenteinen kirjaaminen Turun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspsykiatrian osastoilla. Opinnäytetyö. Turku: Turun AMK, hoitotyö.

Kempainen, V., Haatainen, K., Taam-Ukkonen, M., Penttinen, J., Turunen, H. & Miettinen, M. 2010. Potilasohjausprojektin (2008–2009) väliraportti. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu- ja.

Kettunen, T., Karhila, P. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14 (5), 213–222.

Kielitoimiston sanakirja 2010. <http://mot.kielikone.fi.ezproxy.turkuamk.fi/mot>. Viitattu 26.5.2012.

Kilku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoositilan hoidossa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kivistö, K., Rankinen, S., Johansson, K., Leino-Kilpi, H. & Virtanen, H. 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. *Hoitotiede* 21 (1), 13–22.

Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. 2009. Vaikuttavuus suomalaisissa terveydenhuollontutkimuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 46 (1), 285–297.

Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2009. Terveiden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16–21.

Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveystietoisuuteen, terveyteen ja toimintakykyyn. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kuuttila, A., Ruohonen, J. & Sandholm, S. 2011. Rakenteinen kirjaaminen sisätautiosastoilla 2008–2011. Opinnäytetyö. Turku: Turun AMK, hoitotyö.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.

Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2005. Recording the content of caring process. *Journal of Nursing Management* 13 (3), 202–208.

- Kääriäinen, M. & Kaakinen, P. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. *Sairaanhoitaja* 81 (1), 13–15.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17 (4), 208–216.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 250–258.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteellisen henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18 (1), 4–13.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 79 (10), 6–9.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (4), 10–15.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21–43.
- Leino-Kilpi, H. & Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. *Stakes. Raportteja* 229.
- Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 7 – 20.
- Leino-Kilpi, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2005. Patient Education and Health-related Quality of Life: Surgical Hospital Patients as a Case in Point. *Journal of Nursing Care Quality* 20 (4), 307–316.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL3.0, SHTuL 1.0.
- Lipponen, K. 2009. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011. <http://www.vete.fi/vetepo.html>. Viitattu 20.5.2012.
- Lundgren-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksentekoa -muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoitajaliitto. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 25–31.
- Makkonen, A. 2008. Yksilöllisen hoidon toteutuminen ajanvarauspoliklinikalla potilaan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Mickwitz, P. 2005. Reflections on evaluating the effectiveness of health promotion based on evaluations of environmental policies. Teoksessa: Koskinen-Ollonqvist, P., Peltö-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. (toim.) Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämiseksi. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Terveystieteiden edistämisen keskus, 59–69.

- Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa – Kyselytutkimus potilaille ja hoitavalle henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotiede.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokerptomusten käytettävyys. Julkaisusarja D. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Onnismaa, J. 2003. Epävarmuuden paluu. Joensuun yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja n:o 91. Joensuun yliopistopaino.
- Owen, K. 2005. Documentation in nursing practice. *Nursing Standard* 19 (32), 48-49.
- Palonen, M., Aho, AL., Koivisto, A-M. & Kaunonen, M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. *Hoitotiede* 24 (2), 114–124.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 14–24.
- Pekkala, E. 2007. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Miller, E. 2007. Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 4 (4), 210–219.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling* 45 (1), 69-79.
- Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care* 19 (2), 113–119.
- Rautava, P., Salanterä, S., Helenius, H. & Tofferi, H. 2009. Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Vsshp.
- Read, H. 1999. Documentation in the outpatient setting. *Nursing Standard* 34 (13), 41-43.
- Reavy, K. & Tavernier, S. 2008. Nurses reclaiming ownership of their practise: Implementation of an evidence-based practice model and process. *Journal of Continuing Education in Nursing* 39 (4), 166-172.
- Renders, C., Valk, G., Griffin, S., Wagner, E., van Eijk, J. & Assendelft, W. 2009. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Review. The Cochrane Collaboration. Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration.
- Rosendal Darmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod, I. 2004. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (3), 325–332.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* 125 (21), 2351–2359.
- Salmela, M. 2009. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointi. (HoiDok). Teoksessa: Saarikoski, M. & Toivonen, H. Terve ja hyvinvoiva tulevaisuus. Raportteja 89. Turun ammattikorkeakoulu, 77–81.

- Salmela, M., Ritvanen, J. & Ylönen, M. 2011. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Teoksessa von Schantz M., Toivonen, H. & Lind, K. (toim.) Asiantuntijana terveystieteen muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikuttavuutta Aste-projektilla. Raportteja 104. Turun ammattikorkeakoulu, 12–21.
- Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. *Sairaalaviesti* 2/2007, 32–33.
- Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 12–16.
- Sassen, E. J. 2009. Love, Hate, or Indifference. How Nurses Really Feel About the Electronic Health Record System. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 27(5), 281–287.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005 Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 3.
- Soininen, A-L. & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Soininen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 75 - 79.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Sosiaali - ja terveysministeriö 2006. Opas: ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Viitattu 6.9.2012. www.terveyshanke.fi/file.asp.?obj=3879.
- Sosiaali - ja terveysministeriö 2011. Lainsäädäntö ohjaa asiakas- ja potilastietojen hallintaa. Viitattu 29.5.2012. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/tietohallinto/lainsaadanto.
- Sosiaali - ja terveysministeriö. Asetus potilasasiakirjoista 298/2009.
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.
- Tanttu, K. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Viitattu 6.5.2012. www.vsshp.fi/fi/dokumentit/15157/hoitotyön-systemaattinen-kirjaaminen-ja-sen-kayttöönotto.pdf.
- Tanttu, K. & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Soininen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen, 112 - 126. Helsinki: WSOY.
- Tanttu, K. & Ora-Hyytiäinen, E. 2008. Systemaattinen kirjaamismalli haltuun. *Sairaanhoitaja* 81 (11), 23–24.
- Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 113–122.
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326.
- Terveyskirjasto. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>. Viitattu 15.8.2012.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa, valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Turun kaupunki 2012. <http://www.turku.fi/terveys/kaupunginsairaala/poliklinikat>. Viitattu 23.8.2012.

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 217/2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten IT-hankkeiden toteuttaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Van den Borne, H.W. 1998. The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counseling* 34 (2), 89–102.

VanDeusen Lukas, C., Engle, RL., Holmes, SK., Parker, VA., Petzel, RA., Nealon Seibert, M., Shwartz, M. & Sullivan, JL. 2010. Strengthening organizations to implement evidence-based clinical practices. *Health Care Management Review* 35 (3), 235–45.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Oy yliopistokustannus University Press Finland Ltd.

Vertio, H. 2003. Terveysneuvonnan periaatteet. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes –state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (1), 72–81.

Vsshp (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri). HoiDok-hanke 2008. Viitattu 13.8.2012 <http://www.vsshp.fi/HoiDok-Loppuraportti-osa-I-090908.pdf>.

Vsshp (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri). HoiData-hanke 2009. Viitattu 13.8.2012. <http://www.vsshp.fi/HoiData-loppuraportti.pdf>.

Ylöstalo-Laine, R. 2006. Polikliinisen hoitotyön kirjaamisen laadunarviointi. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kirjaamisen seurantamittari 1

Poliklinikan sairaanhoitajan tekemien kirjausten arviointi

1. Onko **Käynn. tark.-kohtaan** kirjattu tulosyy (hoidon tarve)? Kyllä
– Ei
2. Onko Käynn. tark. -kohtaan kirjattu lisäksi jotain muuta? Mitä?
3. Onko **HoiToiminto-kohtaan** kirjattu, mitä hoitotoimenpiteitä hoitaja on tehnyt vastaanotolla? Kyllä – Ei – Ei tarvetta
4. Onko HoiToiminto-kohtaan kirjattu, mitä ohjausta hoitaja on antanut vastaanotolla potilaalle? (Voi sisältää myös lääkehoidon ohjausta.)

Kyllä – Ei

5. Jos ohjausta on kirjattu, niin onko kirjattu, miten potilas ymmärsi sen / suhtautui siihen? Kyllä – Ei – Ohjausta ei ole kirjattu
6. Onko HoiToiminto-kohtaan kirjattu potilaan tilan arviointia suhteessa aikaisempaan tilanteeseen (tarpeeseen / tavoitteeseen)? Kyllä – Ei – Uusi tarve/tavoite
7. Onko HoiToiminto-kohtaan kirjattu hoidon / ohjauksen / arvioinnin lisäksi jotain muuta? (Esim. vastaanoton aikana esiin tulleita tarpeita, anamnestisia tietoja, hoidon suunnittelua, peruutuksia, uuden ajan sopimisia...)

Kyllä,

mitä?

–

Ei

8. Jos HoiToiminto-kohtaan on kirjattu suunnittelua, niin onko kirjattu tavoitteita? Kyllä – Ei – Suunnittelua ei ole kirjattu

9. Jos tavoite / tavoitteita on kirjattu, niin onko ne ilmaistu potilaassa tapahtuvana muutoksena? Kyllä – Ei – Tavoitteita ei ole kirjattu

10. Jos **Lääkehoito-kohtaan** on kirjattu, mitä lääkettä potilaalle on annettu / miten lääkehoitoa on muutettu, niin onko kirjattu perustelu (syy)?

Kyllä – Ei – Lääkehoitoa ei ole kirjattu

11. Jos Lääkehoito-kohtaan on kirjattu ohjausta, niin onko kirjattu, miten potilas ymmärsi sen / suhtautui siihen? Kyllä – Ei – Ohjausta ei ole kirjattu

12. Onko **Jatkohoito-kohtaan** kirjattu, mitä sovittiin / suunniteltiin jatkoista? Kyllä – Ei – Ei tarpeen

13. Onko jonkin otsikon alle kirjattu potilaan omia mielipiteitä / käsityksiä / toiveita? (= jotakin muuta kuin vointia / oireita / ohjaukseen suhtautumista)

Kyllä–Ei

Kirjaamisen seurantamittari 2

Osastojen sairaanhoitajan tekemien kirjausten arviointi

Hoidosuunnitelma

- Onko ohjaus kirjattu **tarpeena, tavoitteena** tai valittu **toiminnoksi**: minkä luokan alle?

Päivittäiset kirjaukset

1. Montako kertaa ”**hoidon tarpeeksi** ” on valittu potilaan tiedon tarve?

Kyllä valittu: minkä komponentin/luokan alle

- Ei

2. Montako kertaa ”**hoitotyön toiminnoksi**” on valittu ohjaus?

Kyllä valittu: minkä komponentin/luokan alle

- Ei

3. Vapaamuotoinen teksti:

Mitä potilasohjauksesta on sisällöllisesti kirjattu ja minkä komponentin/luokan alle?

Onko kirjattu, miten potilas on ymmärtänyt sen / suhtautunut siihen?

Yhteenveto

1. Onko tiedon tarve mainittu **hoidontarve**-otsikon alla?
2. Onko ohjaus mainittu **hoitotoiminto-** **toimintakyky-** tai **jatkohoito**-otsikon alla?
3. Onko ohjauksen tulos mainittu **tulokset**-otsikon alla?

HOITOSUUNNITELMA			TOTEUTUS	ARVIOINTI
Tarve	Tavoite	Toiminto	Päivittäiset kirjaukset	Jatkuva-, väli- ja loppuarviointi
<p>Terveyskäyttäytyminen/ <i>Terveyden säilyttämisen tarve</i></p> <p>Potilas tupakoi, tarvitsee tietoa ja tukea tupakoinnin lopettamiseen.</p> <p>Väliarviointi: Käynyt tupakkaryhmässä, jatketaan vielä keskusteluja osastolla.</p>	<p>Terveyskäyttäytyminen/ <i>Terveyden säilyttämisen tarve</i></p> <p>Potilas tietää tupakoinnin riskit oman terveyteensä. Potilas motivoituu tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen.</p>	<p>Terveyskäyttäytyminen/ <i>Terveyttä edistävä ohjaus</i></p> <p>Keskustelu hoitajan kanssa: tieto tupakoinnista ja sairaudesta. Osallistuminen tupakkaryhmään, vertaistuki.</p>	<p>Terveyskäyttäytyminen/ <i>Terveyttä edistävä ohjaus</i></p> <p>Jatkuva arviointi: Keskusteltu tupakoinnin haitoista. Osallistunut tupakkaryhmään. Saanut kirjallista ohjausmateriaalia. Mietti tupakoinnin vähentämistä.</p>	<p>Loppuarviointi hoitotyön yhteenve-ton:</p> <p>Tupakoinnista keskusteltu ja käynyt ryhmässä. Vähentänyt tupakointia, mutta ei ole kuitenkaan lopettanut.</p>
<p>Lääkehoito/ <i>Lääkitykseen liittyvä tiedon tarve</i></p> <p>Potilas ei ymmärrä lääkityksensä tarpeellisuutta.</p> <p>Väliarviointi: Potilas on motivoitunut käyttämään lääkitystä. Lääkkeenjako onnistuu omaisilta. Kotona lääkitys onnistuu heidän tuellaan.</p>	<p>Lääkehoito/ <i>Lääkitykseen liittyvä tiedon tarve</i></p> <p>Potilas ymmärtää lääkityksensä välttämättömyyden. Potilas on motivoitunut lääkityksen ottoon.</p>	<p>Lääkehoito/ <i>Lääkehoidon ohjaus</i></p> <p>Keskustelu potilaan ja omaisten kanssa: tieto lääkkeistä ja vaikutuksista, annosteluohjeet, haittavaikutukset, erikoiskorvattavuudet.</p> <p>Lääkehoidon toteutus: kuka huolehtii lääkkeistä?</p> <p>Ohjeet myös kirjallisina.</p>	<p>Lääkehoito/ <i>Lääkehoidon ohjaus</i></p> <p>Jatkuva arviointi: <i>Lääkehoidon suullinen ohjaus:</i> Keskusteltu lääkityksestä. Harjoiteltu lääkkeenjako dosettiin, omaiset halukkaita tulemaan mukaan. Omaisilta jako sujui hyvin.</p> <p><i>Lääkehoidon kirjallinen ohjaus:</i> Annettu lääkeohjeet kirjallisena, katsottu ne potilaan kanssa. Potilas ymmärsi ohjeet, mutta epäroi edelleen lääkityksen aloittamista.</p>	<p>Loppuarviointi hoitotyön yhteenve-ton:</p> <p>Potilas on kertonut ymmärtävänsä lääkityksen vaikutuksen, hankkii dosetin kotiin ja jakaa lääkkeet omaisten tuella.</p>
<p>Jatkohoito/ <i>Jatkohoito-ohjeiden tarve</i></p> <p>Potilas tarvitsee kotiutusvaiheessa kotihoidon tukea. Seurantakäynti sisätautien poliklinikalla.</p> <p>Väliarviointi: Jatkohoito saatu järjestettyä.</p>	<p>Jatkohoito/ <i>Jatkohoito-ohjeiden tarve</i></p> <p>Hoito jatkuu kotihoidon turvin. Potilas ymmärtää jatkohoitonsa ja tulevan seurantakäynnin. Potilas tietää, mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä.</p>	<p>Jatkohoito/ <i>Jatkohoitoon liittyvä ohjaus</i></p> <p>Yhteystiedot jatkohoitoon, jatkohoito-ohjeet, yhteys kotihoitoon ja sosiaalityöntekijään.</p> <p>Arjessa kotona selviytyminen: taloudelliset asiat, sosiaaliset etuudet, kotiin tarvittava apu, omaisten ohjaus, vertaistuki/potilasyhdistykset.</p>	<p>Jatkohoito/ <i>Jatkohoitoon liittyvä ohjaus</i></p> <p>Jatkuva arviointi: <i>Kirjallisten jatkohoito-ohjeiden antaminen:</i> Annettu kotihoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti. Sanoi ymmärtävänsä ohjeet. Annettu yhteystiedot jatkohoitopaikkaan. Informoitu kotihoitoa. <i>Omaisten informointi jatkohoitopaikkaan siirtymisestä:</i> Omaisten kanssa keskusteltu, kotiutus sopii heille.</p>	<p>Loppuarviointi hoitotyön yhteenve-ton:</p> <p>Kotihoito käy päivittäin. Potilas on tyytyväinen, että kotihoito aloittaa käynnit, kokee vointinsa hyväksi. Seurantakäyntiaika on varattu ja potilas menee sinne omaisen kanssa.</p>

