

Heli Hyrsylä

Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

20.11.2014

Tekijä(t) Otsikko	Heli Hyrsylä Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen
Sivumäärä Aika	30 sivua + 6 liitettä 20.11.2014
Tutkinto	Sairaanhoidtaja YAMK
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija
Suuntautumisvaihtoehto	-
Ohjaaja(t)	Lehtori, TtT Iira Lankinen
<p>Tässä opinnäytetyössä kehitettiin hoitotyön rakenteista kirjaamista koulutusintervention avulla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, kuinka tärkeänä hoitajat pitävät rakenteista kirjaamista. Toisena tarkoituksena oli selvittää hoitajien rakenteisen kirjaamisen osaamista ja sitä, oliko järjestetyllä koulutuksella vaikutusta rakenteisen kirjaamisen osaamiseen. Tavoitteena oli yhtenäistää osastolla toteutettavaa rakenteista kirjaamista vastaamaan kaupunginsairaalan kirjaamisohjeita ja parantaa kirjaamisen tasoa osastolla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin eräällä Helsingin kaupunginsairaalan vuodeosastolla. Aineistot kerättiin tätä opinnäytetyötä varten kehitetyllä kyselylomakkeella, joka perustuu kaupunginsairaalan yhteisiin sopimuksiin FinCC-luokitusten sisällöstä. Ensimmäinen kysely (kysely 1) toteutettiin keväällä 2014. Sen jälkeen järjestettiin koulutus rakenteisesta kirjaamista, joka perustui ensimmäisen kyselyn tuloksiin rakenteisen kirjaamisen tärkeydestä ja sen osaamisesta. Toinen kysely (kysely 2) toteutettiin syksyllä 2014. Aineistot analysoitiin SPSS 21-ohjelmistolla.</p> <p>Hoidon tarpeen kirjaamista pidettiin molemmissa kyselyissä tärkeimpänä. Kyselyssä 1 vähiten tärkeänä pidettiin hoitotyön toimintojen kirjaamista ja kyselyssä 2 hoitotyön yhteenvedon kirjaamista. Kyselyssä 1 hoitotyön toimintojen, hoidon tulosten ja hoitotyön yhteenvedon kirjaamista pidettiin tärkeämpänä kuin kyselyssä 2.</p> <p>Rakenteisen kirjaamisen yhteiset kriteerit osattiin kokonaisuudessaan hyvin. Hoidon tarpeen kriteerien osaamisessa oli eroja kyselyssä 1 ja 2. Kyselyssä 1 eniten hajontaa oli erittäminen-komponentin käytön kirjaamisessa ja kyselyssä 2 aktiviteetti-komponentin käytön kirjaamisessa. Molemmissa kyselyissä hoitotyön toimintojen osaamisessa puutteet liittyivät pyydettyjen näytteiden kirjaamiseen, hoidon tulosten osaamisessa kokonaisnestetavoitteen kirjaamiseen ja hoitotyön yhteenvedon osaamisessa perussairauksien kirjaamiseen tulotilanteessa.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä ei pystytty osoittamaan, että koulutusinterventiolla olisi ollut positiivinen vaikutus rakenteisen kirjaamisen osaamiseen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kehittämisen suunnittelussa ja toteutuksessa.</p>	
Avainsanat	rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen

Author(s) Title	Heli Hyrsylä Structured nursing documentation development
Number of Pages Date	30 pages + 6 appendices 20 November 2014
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Advanced Clinical Practice
Specialisation option	-
Instructor(s)	Senior lecturer, Ph.D Iira Lankinen
<p>This thesis was conducted in order to develop structured nursing documentation with the help of a training intervention. The purpose of this thesis was to find out the importance of nursing documentation among nurses, their level of competence in nursing documentation and also whether organised training had any effect on their skills. The goal was to improve nursing documentation in the ward and standardise it to coincide with the directions of the city hospital.</p> <p>The thesis was executed in one of Helsinki's city hospital wards. The data for this thesis was collected by a question form that is based on the city hospitals' mutual agreement on the content of Finnish Care Classification (FinCC). The first round of questions (round 1) was conducted in the spring of 2014. After that a training session on structured nursing documentation was organised based on the answers of round 1, and another question round (round 2) was conducted in the fall of 2014. The data was analysed with the SPSS 21 programme.</p> <p>Documenting the need for treatment was deemed most important in both question rounds. Based on the answers, the least important aspect in round 1 was documenting treatment procedures. The same was said in round 2 about documenting a summary of the treatment. In round 1, the documentation of treatment procedures, treatment results and a treatment summary were deemed more important than in round 2. In general, the criteria for structured nursing documentation were well-known. There were differences in knowledge on the criteria of need for treatment between rounds 1 and 2. In round 1, the most statistical dispersion was noted in the documentation of the excretion component. With round 2, the most statistical dispersion was noted in the documentation of the activity component. Both question forms indicated that shortcomings in know-how regarding nursing functions had to do with documenting requested samples, while shortcomings in know-how regarding treatment results related to documenting the total fluid objective. Shortcomings in know-how regarding summaries concerned the documentation of primary diseases upon hospitalisation. This thesis was not able to showcase that a training intervention would have had a positive effect on the nurses' skills in structured nursing documentation. The results of this thesis can be utilised in planning and implementing developments pertaining to structured nursing documentation.</p>	
Keywords	structured nursing documentation, nursing documentation, electric documentation

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Lainsäädäntö ohjaa hoitotyön kirjaamista	4
3	Rakenteinen kirjaaminen hoitotyön kirjaamisen apuna	5
4	Aikaisemmat hoitotyön kirjaamiseen liittyvät tutkimukset	6
5	Opinnäytetyön toimintaympäristö	7
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	8
7	Opinnäytetyön toteutus	9
8	Tulokset	11
	8.1 Rakenteisen kirjaamisen tärkeys	14
	8.2 Rakenteisen kirjaamisen kriteerien osaaminen	19
	8.3 Koulutuksen vaikutus rakenteisen kirjaamisen osaamiseen	22
9	Eettisyys	22
10	Luotettavuus	22
11	Johtopäätökset	24
12	Pohdinta	25
13	Lähteet	28
1	Liite Tiedonhaku	31
2	Liite Kaupunginsairaalan yhteiset sopimukset FinCC-luokitusten käyttöön	32
3	Liite Esimerkki koulutuksen kuvitteellisesta potilastapauksesta	37
4	Liite Kyselylomake	38
5	Liite Tutkimuslupa	46
6	Liite Aikaisemmat tutkimukset	1

1 Johdanto

Hoitotyön kirjaamisen perusajatuksia ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus, turvallisuus, virheettömyys, ajantasaisuus, todistettavuus ja luotettavuus. Kirjaamisessa näkyvät myös moniammatillinen toimintatapa ja kirjaamista ohjaava lainsäädäntö. Kirjaamisella osoitetaan näyttöön perustuva hoitotyö ja sen vaikuttavuus. (Rantalainen 2009.)

Hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on hoidon jatkuvuuden varmistaminen täsmällisillä, kattavilla, virheettömillä ja kuvaavilla asiakirjoilla (Rantalainen 2009). Tämä edellyttää kirjaamiselta yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta. Rakenteisuus hoitotyön kirjaamisessa tarkoittaa sitä, että on sovittu mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Näiden yhteisten sopimuksien tavoitteena on kirjaamiskäytäntöjen vakiointi. Ennalta sovittujen kirjaamiskäytäntöjen käyttö yhtenäistää hoitotyön kirjaamista, vähentää hoitajien välisiä kirjaamiseroja ja helpottaa tiedon löytymistä. (Saranto - Ensio 2007: 12; Rantainen 2009.)

Rakenteisen kirjaamisen merkitys korostuu, kun käytetään sähköisiä potilasasiakirjoja. Sähköistä potilasasiakirjaa eli potilaan hoitoa kuvaavaa asiakokonaisuutta käyttävät useat ammattiryhmät, jolloin tärkeää on olennaisen tiedon löytyminen runsaasta tietomäärästä. Hoitotyön johtamisessa päätöksenteon apuna ovat käyttökelpoiset hierarkkiset luokitukset, joiden avulla voidaan koota yksittäisiä tietoja ylemmän hierarkian tasolle. Mikäli luokituksia käytetään samalla tavalla laajasti ja järjestelmällisesti esimerkiksi valtakunnallisesti kaikissa terveydenhuollon yksiköissä, voidaan johtamisessa vertailla toimintaa eri yksiköiden välillä. Yhteisellä sopimuksella siitä, mitä tietoja kerätään, saadaan tietoa hoitotyön käytännöistä joustavasti. (Saranto – Ensio 2007: 14–15.) Selkeästi ja loogisesti kirjattu hoitotyö luo näin mahdollisuuden toiminnan arviointiin ja laadun parantamiseen (Rantalainen 2009).

Asioiden turha toistaminen, päällekkäinen kirjaaminen ja tiedon hajoaminen on seurausta yhtenäisen kirjaamistavan puuttumisesta (Rantalainen 2009). Hoitotyön kirjaaminen on osa virallista hoitokertomusta. Se on myös juridinen todiste ja näyttö tehdystä hoitotyön päätöksistä, toiminnoista ja niihin käytetyistä voimavaroista, ja jatkossa kirjaaminen vaikuttaa yhä enemmän terveystalouteen päätöksiin. (Rantalainen 2009; Kiviniemi - Juntila 2007: 71–87.)

Hoitokertomuksen rakenne kostuu potilaan hoidon tarpeen arvioinnista, hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta sekä hoidon vaikuttavuuden arvioinnista (Rantalainen 2009). Potilaan hoitoisuuden arvioiminen edellyttää, että hoidon tarve ja interventiot kirjataan huolellisesti. Hoitoisuuden perusteella voidaan esimerkiksi resursseja kohdentaa oikeudenmukaisemmin ja taloudellisemmin. (Kiviniemi – Junttila 2007: 71–87.) Hoitoprosessin kirjaaminen tekee myös hoitajan työstä näkyvää (Rantalainen 2009).

Kansallisesti yhtenäisen hoitotyön kirjaamismallin kehittämisessä on korostettu yhteisiä sopimuksia keskeisistä rakenteista, jotka ovat yhteneväisiä kaikissa potilastietojärjestelmissä. Silloin potilastietoja voidaan hyödyntää alueellisesti tai kansallisesti eri organisaatioissa järjestelmästä riippuen. Malli sisältää kansallisesti sovitut hoitotyön ydintiedot, jotka ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. (Jokinen 2009: 4.) Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksessa siirryttiin rakenteiseen kirjaamismalliin vuonna 2008. Lisäksi Helsingin kaupunginsairaalan kirjaamistyöryhmä on laatinut yhteiset sopimukset, joiden mukaan kirjaaminen tulisi toteutua (Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden keskus, kirjaamistyöryhmä 2012).

Potilastiedon arkisto (Kanta) on terveydenhuollon tietojärjestelmä, joka on sidoksissa potilastietojärjestelmään. Se mahdollistaa sähköisten potilastietojen arkistoinnin ja tietojen pitkäaikaisen säilyttämisen keskitetysti. Arkiston avulla pystytään välittämään tietoja terveydenhuollon organisaatioiden ja toimintayksiköiden kesken. Potilastiedot arkistoidaan yhtenevässä muodossa, mikä mahdollistaa tietojen siirron järjestelmästä toiseen ja parantaa potilastietojen saatavuutta hoitoon osallistuvissa toimintayksiköissä. Potilastietojen arkisto luo kansalaisille mahdollisuuden tarkastella omia potilastietojaan tietokoneeltaan, ajasta ja paikasta riippumatta. Omia potilastietojaan pääsee tarkastelemaan Oma-kanta-palvelussa. Palvelussa voi asettaa suostumuksia ja kieltoja omien potilastietojensa käyttämisestä eri terveydenhuollon yksiköissä. (Kansallinen terveystietokeskus 2014.) Potilastiedon arkistoon liittyminen vaikuttaa osaltaan rakenteisen kirjaamisen merkityksen korostumiseen sekä kirjaamisen sisällön ja laadun vaatimuksiin.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu Helsingin kaupunginsairaalan eräällä vuodeosastoilla, jossa rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto (2008) toteutettiin kouluttamalla joka osastolta neljä hoitajaa kirjaamisen tukihenkilöiksi. Nämä neljä kouluttivat muut osaston hoitajat uuteen kirjaamiskäytäntöön. Helsingin kaupungin rakenteisen kirjaamisen (Jokinen 2009) loppuraportista nousee esille, että hoitajat toivovat konkreettisempaa hoitosuunni-

telmien laadintaharjoittelua ja rakenteisen kirjaamisen käyttöopetusta Pegasos-potilas-tietojärjestelmässä. Helsinki liittyy Potilastiedon arkistoon (Kanta) marraskuussa 2014. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, kuinka tärkeänä hoitajat pitävät rakenteista kirjaamista ja selvittää hoitajien rakenteisen kirjaamisen osaamista sekä tutkia onko koulutuksella vaikutusta rakenteisen kirjaamisen osaamiseen. Tavoitteena on yhtenäistää osastolla toteutettavaa rakenteista kirjaamista vastaamaan kaupunginsairaalan kirjaamisohjeita ja parantaa kirjaamisen tasoa osastolla.

2 Lainsäädäntö ohjaa hoitotyön kirjaamista

Hoitotyön kirjaaminen edellyttää tietojärjestelmien teknistä osaamista sekä kirjaamiseen liittyvän lainsäädännön tuntemista (Rantalainen 2009). Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) asettavat velvoitteita terveydenhuollon toimintaa kohtaan. Sen on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 8.) Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3.)

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 857/2004 § 4a.) Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 653/2000 § 12.) Toukokuun 2011 alussa voimaan tullut terveydenhuoltolaki (30.12.1010/1326) laajentaa potilaan mahdollisuutta hoitopaikan valintaan. Uuden lain mukaan, jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempikokaisesti kotikuntansa ulkopuolella, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja. Oma terveyskeskus siis laatii hoitosuunnitelman, jota toteutetaan jonkin toisen kunnan terveyskeskuksessa. (Komulainen – Vuokko – Mäkelä 2011: 12.)

Terveydenhuoltolain täydennyskoulutuspykälä (1326/2010 § 5) velvoittaa kuntaa tai sairaanhoitopiiriä huolehtimaan henkilöstön riittävästä kouluttautumisesta. Tämä koskee myös rakenteisen kirjaamisen koulutuksia ja sen kehittämistä. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 5.)

3 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyön kirjaamisen apuna

Suomessa on tuotettu kansallinen hoitotyön kirjaamismalli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon käyttöön. Sen tavoitteena on mahdollistaa potilaan hoidon kirjaamisen yhtenäinen käyttö hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tärkeää on myös kirjatun tiedon moniammatillinen käyttö ja sen jakaminen hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kesken. Kirjaamismallissa on kyse rakenteisesta, kansallisia ydintietorakenteita hyödyntävästä kirjaamisesta. Sen sisältö koostuu hoitotyön ydintiedoista: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Kirjaamismallissa hoitotyötä kirjataan sähköisesti hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisesti ja FinCC (Finnish Care Classification)-luokituskokonaisuutta käyttäen. Kirjaamismalli on kehitetty STM:n (Sosiaali- ja terveysministeriö) ja sairaanhoitopiirien rahoittamissa kansallisissa kehittämisprojekteissa vuosina 2005–2009 (HoiDok-hanke, 2008; HoiData-hanke, 2009) ja se perustuu useiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden, pilotointien ja käyttäjäpalautteiden sekä asiantuntijatyöryhmien tuloksiin. (Nykänen – Junttila 2012: 15–16.)

Kirjaamismallin sisältämän hoidollisen päätöksenteon vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. FinCC sisältää kolme osaluokitusta, joista kaksi on hierarkkisia: suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL). Niillä on yhtenevä rakenne, joka muodostuu komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatasoista. (Jokinen 2009: 5.) FinCC versiossa 3.0 on sekä hoidon tarveluokituksessa että toimintoluokituksessa 17 komponenttia. Komponenttien pää- ja alaluokkien lukumäärät vaihtelevat. Tarveluokituksessa on 88

pääluokkaa ja 150 alaluokkaa. Toimintoluokituksessa on 127 pääluokkaa ja 180 alaluokkaa. Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545, pääluokkia yhteensä 215 ja alaluokkia 330. (Liljamo – Kinnunen – Ensio 2012: 3.) Hoidon tulosluokituksella (SHTuL) arvioidaan hoidon tarpeeseen liittyvää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla: tulos ennallaan, parantunut, heikentynyt (Nykänen – Juntila 2012: 16). Luokiteltua tietoa tarkennetaan potilaskohtaisten lisäselitteiden avulla. Hoidon toteutuksen tulee ensisijaisesti perustua voimassa olevaan hoitosuunnitelmaan ja hoidon tuloksia tulee arvioida säännöllisesti. Hoitojakson aikana ja sen päättyessä laaditaan hoitotyön yhteenveto. Hoitoisuus kirjataan prosessin arviointivaiheessa hyödyntäen sovittua hoitoisuusluokitusta. (Jokinen 2009: 5.)

4 Aikaisemmat hoitotyön kirjaamiseen liittyvät tutkimukset

Aiheesta tehtyjen aiempien tutkimusten haku rajattiin vuosille 2008 - 2014. Haku suoritettiin sähköisistä tietokannoista: Medic, Cinahl, Pubmed ja Terveysportti sekä käsihakuna kirjastosta. Hakusanoina käytettiin ”rakenteinen kirjaaminen”, ”sähköinen kirjaaminen”, ”hoitotyön kirjaaminen”, ”structured nursing documentation” ja ”nursing documentation”. Tutkimuksia otettiin opinnäytetyöhön mukaan yhteensä 23 (liite 1).

Hoitotyön rakenteista ja sähköistä kirjaamista on tutkittu laajasti sekä Suomessa että kansainvälisesti. Tutkimusten toimintaympäristöt ovat vaihdelleet yksittäisistä osastoista sairaanhoitopiirien tasolle. Hoitotyön kirjaamista on tutkittu eri hoitotyön osa-alueiden mukaan. Haavanhoidon kirjaamista tutkittaessa huomattiin kirjaamisen olevan puutteellista. Kirjaaminen ei ollut selkeää ja ymmärrettävää. Useimpien potilaiden haavanhoidosta ei ollut päivittäin kirjattu huomioita tai hoitotoimia. (Danielsson-Ojala 2011.) Diabetespotilaiden, potilaiden suunhoidon ja kivunhoidon hoitotyön kirjaamista tutkittaessa todettiin yleisen kirjaamisen tason olevan puutteellista. Kivun hoitoa kirjattaessa minimivaatimukset eivät täytyneet ja kirjaaminen oli vaihtelevaa. Puutteet kirjaamisessa voivat johtaa hoitotyön laadun heikentymiseen. (Annersten Gershater – Pilhammer – Alm Roijer 2011; Olsbo-Nurminen 2012; Kauppi 2013; Väänänen 2008.) Kirjaamisen laatua tutkittaessa huomattiin, että tulevaisuudessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota kirjaamisen tarkkuuteen, puutteiden vaikutukseen hoitotyöhön ja laadun mittareiden kehittämiseen. Hoitotyön rakenteisessa prosessikirjaamisessa ja sen ymmärtämisessä oli puutteita. Jat-

kossa viitekehykset ja selkeä runko auttaisivat hoitajia jäsentämään kirjaamista. (Asamani – Amenorpe – Babanawo – Ansaf Ofei 2014; Wang – Hailey – Yu 2011; Kuusio 2008; Blair – Smith 2012; Tuomikoski 2008.) Erilaisia kirjaamismalleja on kehitetty ja arvioitu niiden soveltumista kliiniseen hoitotyöhön. Rakenteisella kirjaamismallilla todettiin olevan useita positiivisia vaikutuksia. (Kinnunen 2013.) Useassa tutkimuksessa kuvattiin hoitajien kokemuksia sähköisen kirjaamisen käytöstä. Hoitajat kokivat, että sähköisen kirjaamisen kehittyminen vaikutti potilaan saamaan hoidon laatuun ja arviointiin. Epävarmuutta tunnettiin tietokoneen käytön suhteen. Lisäksi koettiin, että potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhde kärsi tietokoneita käytettäessä. Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö vei paljon työaika. Vertaisarvioinnin koettiin vaikuttaneen positiivisesti yhteistyön kehittymiseen, sillä se lisäsi keskustelua osaston hoitotyöntekijöiden välillä sekä paransi vuorovaikutusta ja työilmapiiriä. (Hartikainen 2008; Laine 2008; Volotinen 2008.) Tutkimuksissa todettiin, että rakenteinen kirjaamistapa yhdenmukaistaa ja lisää potilasasiakirjamerkintöjä. Kun merkinnät ovat koodimuotoisesti tallennettuja, hoitotyön esimiesten on mahdollista saada tilastoja ja seurata kirjattuja hoidon tarpeita, toteutusta, arviointeja ja tuloksia. Järjestelmästä saatavaa tilastotietoa voidaan käyttää johtamisen apuvälineenä kehitettäessä osastoilla tapahtuvaa hoitotyötä sekä arvioitaessa henkilöstön riittävyttä. (Kivelä – Anttila – Kukkola 2011.) Koulutusinterventiolla on todettu olevan positiivinen vaikutus hoitotyön kirjaamisen kehittymiseen (Tuomikoski 2008).

5 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto yhdistyivät tammikuussa 2013. Työntekijöitä virastossa on 15 000. Sosiaali- ja terveysviraston strategiset pääkohdat ovat helsinkiläisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä hoitoon ja palveluihin pääsyn ja palvelun laadun turvaaminen. Samalla varmistetaan riittävä ja osaava henkilöstö. Tavoitteena on huolehtia henkilöstön työhyvinvoinnista. Lisäksi tavoitteena on lisätä tuottavuutta ja palvelujen hallittua rakennemuutosta. Sosiaali- ja terveysviraston henkilöstö noudattaa työssään Helsingin kaupungin eettisiä periaatteita ja arvoja, joita ovat asukaslähtöisyys, ekologisuus, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus, taloudellisuus, turvallisuus, osallisuus ja osallistuminen ja yrittäjämielisyys. (Helsingin sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma vuosille 2014 - 2016.)

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen johtoryhmän päätöksen (22.1.2008) mukaan hoitotyön kirjaamismallin käyttöönotto ja koulutus rajattiin koskemaan vain hoitotyön luokituksia, ei hoitoisuusluokituksia (Jokinen 2009: 6). Kaupunginsairaalan kirjaamistyöryhmä on laatinut yhteiset sopimukset FinCC-luokitusten käyttöön. Ohjeissa määritetään tarkasti hoitotyön eri osa-alueiden kirjaamisen sisällöstä, kuten esimerkiksi potilaan tulotilanteen ja hoitotyön yhteenvedon kirjaamisesta. Lisäksi ohjeistus sisältää minivaatimukset hoitosuunnitelman kirjaamiseen ja yhteisesti sovitut komponenttien käyttöohjeet (liite 2). Loppuvuodesta 2014 Helsingin kaupunginsairaalaan otetaan käyttöön uusi versio potilastietojärjestelmästä ja samalla on tulossa kirjaamistyöryhmän uudet päivitettyt yhteiset sopimukset FinCC-luokitusten käytöstä.

Opinnäytetyö toteutetaan Helsingin kaupunginsairaalan eräällä vuodeosastolla. Hoitohenkilöstön vakanssien määrä osastolla on 20. Osastolla hoidetaan perustason akuuttihoitoa ja kuntoutusta vaativia potilaita. Potilaat tulevat jatkohoitoon päivystyksestä, erikoissairaanhoidosta tai suoraan kotoa kotisairaalan lähettäminä. Keskimääräinen hoitoaika on 25 päivää. Tavoitteena on, että potilaat kuntoutuvat siihen asuinpaikkaan, josta ovat sairaalahoitoon hakeutuneet. Joissain tapauksissa potilaan kuntoutuminen ei enää edisty ja toimintakyky ei palaudu ennalleen. Tällöin moniammatillisessa työryhmässä arvioidaan, että potilas tarvitsee enemmän hoitoa ja aloitetaan hakemaan tuetumpaa asuinpaikkaa. Osastolla toteutetaan hoitotyön rakenteista kirjaamista. Rakenteisen kirjaamisen merkitys hoitotyössä on kasvanut erityisesti potilastietojen Kanta-arkistoon siirtymisen myötä, joten yhtenäinen kirjaamistapa on aina vain tärkeämpää tiedon vertailtavuuden kannalta. Kaupunginsairaalan kirjaamistyöryhmän laatimien yhteisten ohjeiden todellinen sisäistäminen rakenteisessa kirjaamisessa vaatii yhä hoitohenkilökunnan lisäkoulutusta. Edellä mainitut asiat yhdessä vaikuttivat opinnäytetyön aiheen valintaan. Tavoitteena on yhtenäistää osastolla toteutettavaa hoitotyön kirjaamista vastaamaan kaupunginsairaalan kirjaamisohjeita ja parantaa kirjaamisen tasoa osastolla.

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, kuinka tärkeänä hoitajat pitävät rakenteista kirjaamista. Toisena tarkoituksena on selvittää hoitajien rakenteisen kirjaamisen osaamista ja sitä, onko koulutuksella vaikutusta rakenteisen kirjaamisen osaamiseen. Tavoit-

teena on yhtenäistää osastolla toteutettavaa rakenteista kirjaamista vastaamaan kaupunginsairaalan kirjaamisohjeita ja parantaa kirjaamisen tasoa osastolla. Nämä vaikuttavat positiivisesti hoitotyön laatuun osastolla.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten tärkeänä hoitajat pitävät rakenteista kirjaamista?
2. Miten rakenteisen kirjaamisen kriteerit osataan?
3. Onko koulutuksella vaikutusta rakenteisen kirjaamisen osaamiseen?

7 Opinnäytetyön toteutus

Toimintatutkimuksella pyritään teoretietoa ja käytäntöä yhdistämällä ratkaisemaan ja kehittämään toiminnallisen työyhteisön ongelmia. Tavoitteena on rohkaista työyhteisöä tarkkailemaan ympäristöään kriittisesti, tiedostamaan muutostarpeen ja toimimaan muutoksen aikaansaamiseksi. Intervention avulla voidaan kehittää hoitotyötä ajankohtaisemmaksi, vaikuttavammaksi ja näyttöön perustuvaksi. Sen avulla pystytään varmistamaan, että uudet toimintatavat ja hoitokäytännöt omaksutaan tai että ne muuttuvat. Interventiotutkimuksissa on yleensä koeryhmä, jolle tehdään alkua- ja loppumittaukset. Aineistoa ei pystytä aina satunnaistamaan, jolloin asetelma on kvasikokeellinen. Tämä opinnäytetyö on kvasikokeellinen interventiotutkimus, jossa on toimintatutkimuksen piirteitä. Tässä opinnäytetyössä interventio on yhden osaston hoitajille järjestetty rakenteisen kirjaamisen koulutus, jonka tarkoituksena on kehittää hoitotyön rakenteista kirjaamista. Intervention avulla kartoitetaan rakenteisen kirjaamisen osaamisen syy-seuraussuhteita. Koulutusintervention tavoitteena on kehittää työyhteisön kirjaamista ja saada aikaan muutosta, jotta rakenteisen kirjaamisen laatu paranee työyhteisössä. Onnistunut toimintatutkimus antaa uutta tietoa ja luo uudenlaisia toimintakäytäntöjä. (Aaltola – Valli 2007: 196–211; Miettinen – Hopia – Koponen 2005: 23; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1998: 114–135; Tuomikoski 2008: 33.)

Aineisto kerättiin tätä opinnäytetyötä varten kehitetyllä kyselylomakkeella, joka perustuu kaupunginsairaalan yhteisiin sopimuksiin FinCC-luokitusten sisällöstä (liite 2). Kyselylo-

makkeen rakennetta kehitettiin yhteistyössä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ja työelämäohjaajan kanssa. Kyselylomake testattiin opinnäytetyöryhmässä kymmenellä opiskelijalla ja kahdella toisen osaston kirjaamisen tukihenkilöllä. Palautteen perusteella kyselylomakkeen kysymysten ja väittämien lauserakennetta ja ilmaisutapaa muokattiin selkeämmäksi ja ymmärrettävämmäksi.

Kyselyssä kartoitettiin, miten tärkeänä hoitajat pitävät rakenteista kirjaamista ja sitä, miten rakenteisen kirjaamisen kriteerit osataan. Rakenteisen kirjaamisen tärkeyttä kartoitettiin viisiportaisella Likertin asteikolla (erittäin tärkeänä – tärkeänä – vähemmän tärkeänä – ei lainkaan tärkeänä – ei mielipidettä). Kysymykset oli jaoteltu rakenteisen kirjaamismallin hoitotyön ydintietojen mukaan: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja hoitotyön yhteenveto. Toisessa osiossa kartoitettiin samalla jaottelulla rakenteisen kirjaamisen kriteerien osaamista oikein-väärin väittämillä (taulukko 1).

Taulukko 1. Kyselylomakkeen rakenne.

	Kysymykset
Taustamuuttajat	1-5
<i>Tärkeyttä kartoittava osio:</i>	
Hoidon tarve	1-10
Hoitotyön toiminnot	11-20
Hoidon tulokset	21-26
Hoitotyön yhteenveto	27-32
<i>Rakenteisen kirjaamisen kriteerien osaamista kartoittava osio:</i>	
Hoidon tarve	1,2,3,4,6,7,8
Hoitotyön toiminnot	9,10,11,13,14,15,17,18,19,20,21,22, 23,25,30
Hoidon tulokset	12,16,24
Hoitotyön yhteenveto	5,26,27,28,29,31,32

Kysely kohdistettiin osaston vakituisille hoitajille ja yli puoli vuotta kyseisellä osastolla työssä olleille sijaisille (n=17). Ensimmäinen kysely (kysely 1) ennen koulutusta toteutettiin huhtikuussa 2014. Kyselylomakkeet olivat paperisina, jotta vastaaminen olisi mahdollisimman helppoa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja kyselylomakkeet palautettiin nimettömänä suljetussa kirjekuoressa. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Ensimmäisen kyselyn vastausprosentti oli 52,9 % (n=9).

Ensimmäisen kyselyn jälkeen toukokuussa 2014 järjestettiin koulutustilanne rakenteisesta kirjaamisesta osaston hoitajille. Koulutus järjestettiin viitenä arkipäivänä iltapäivisin kaupunginsairaalan ATK-luokassa ja sen kesto oli kaksi tuntia. Yhtenä päivänä osallistujia ei ollut lainkaan. Käytössä oli Pegasos potilastietojärjestelmän koulutusohjelma. Koulutus perustui kyselyn tuloksiin rakenteisen kirjaamisen tärkeydestä ja kriteerien osaamisesta. Kyselyssä 1 esille nousivat aktiviteettiin ja liikuntaan liittyvän avuntarpeen käytön erot. Vastaajilla oli vaikeuksia tunnistaa, kumpaa komponenttia milloinkin käytetään. Lisäksi puutteita oli lääkärin määräämien näyttöiden ja kokonaisnestetavoitteen sekä tulotilanteessa potilaan perussairauksien kirjaamisessa. Koulutuksen alussa käytiin läpi yleisesti hoitotyön kirjaamisen ohjeistusta ja lainsäädäntöä sekä käsitettä rakenteisen kirjaaminen. Kuvitteellisten potilastapausten (liite 3) avulla osallistujat harjoittelivat tulotilanteen ja hoitosuunnitelman kirjaamista potilaalle. Koulutukseen sai osallistua työajalla. Yhdelle vastaajista ei työvuorosuunnittelullisesti onnistuttu järjestämään koulutuspäiväksi työvuoroa. Koulutukseen osallistui 58,8 % (n=10) vastaajista. Koulutuksen jälkeen arvioitiin uudelleen samalla kyselylomakkeella (kysely 2), miten tärkeänä hoitajat pitivät rakenteisen kirjaamisen kriteerejä sekä sitä, miten ne osattiin. Kysely 2 toteutettiin syyskuussa 2014 samalla tavoin kuin aiempi kysely. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Toisen kyselyn vastausprosentti oli hieman suurempi kuin ensimmäisen 58,8 % (n=10). Osa kyselyn 1 ja kyselyn 2 vastaajista olivat eri henkilöitä. Tämä vaikuttaa osaltaan siihen, että interventio ei täysin onnistunut. Se vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. Aineistojen analysoinnissa käytettiin SPSS 21 -ohjelmistoa.

8 Tulokset

Kyselyssä 1 työkokemusta terveydenhuoltoalalta vastaajilla oli keskimäärin 19,6 vuotta ja nykyisessä työpaikasta 10,4 vuotta. Oman rakenteisen kirjaamisen tason vastaajat

arvioivat keskimäärin kohtalaiseksi. Rakenteisen kirjaamisen koulutusta nykyisessä työpaikassa oli saanut 44,4 % vastaajista. Muualla tapahtuvaan rakenteisen kirjaamiseen liittyvään koulutukseen ei kukaan vastaajista ollut osallistunut (taulukko 2).

Kyselyn 2 vastaajilla oli työkokemusta terveydenhuoltoalalta keskimäärin 14,8 vuotta. Nykyisessä työpaikassa vastaajat olivat olleet keskimäärin 8,5 vuotta. Oma rakenteisen kirjaamisen tason puolet vastaajista arvioi kohtalaiseksi ja loput hyväksi tai erittäin hyväksi. Rakenteisen kirjaamisen koulutusta nykyisessä työpaikassa oli saanut 80 % vastaajista. Muualla kuin nykyisessä työpaikassa rakenteisen kirjaamisen koulutuksiin oli osallistunut 40 % vastaajista (taulukko 2).

Taulukko 2. Taustamuuttujat (n=vastaajien määrä, ka=keskiarvo, %=vastaajien määrä prosentteina)

Taustamuuttujat	KYSELY 1		KYSELY 2	
	n (%)	Ka	n (%)	Ka
Työkokemus terveydenhuoltoalalta	n=9	19,6	n=9	14,8
Alle 1 vuosi	0(0)	0	0(0)	0
1-10v.	3(33,3)	3,3	5(55,6)	4,3
11-20v.	0(0)	0	0(0)	0
21-30v.	5(55,6)	26,2	3(33,3)	25,7
Yli 30v.	1(11,1)	35	1(11,1)	35
Työkokemus nykyisestä työyksiköstä	n=9	10,4	n=10	8,5
Alle 1 vuosi	0(0)	0	2(20)	0,9
1-10v.	7(77,8)	5,5	5(50)	6,6
11-20v.	0(0)	0	2(20)	11
21-30v.	2(22,2)	27,5	1(10)	28
Yli 30v.	0(0)	0	0(0)	0
Rakenteisen kirjaamisen koulutuksiin osallistuminen nykyisessä työyksikössä	n=9		n=10	
Kyllä	4(44,4)		8(80)	
En	5(55,6)		2(20)	
Rakenteisen kirjaamisen koulutuksiin osallistuminen muualla	n=9		n=10	
Kyllä	0(0)		4(40)	
En	9(100)		6(60)	
Oma arvio rakenteisen kirjaamisen osaamisen tasosta	n=9		n=10	
Erittäin hyvä	0(0)		1(10)	
Hyvä	2(22,2)		4(40)	
Kohtalainen	5(55,6)		5(50)	
Heikko	1(11,1)		0(0)	
Erittäin heikko	0(0)		0(0)	
En osaa sanoa	0(0)		0(0)	
Ei vastausta	1(11,1)		0(0)	

8.1 Rakenteisen kirjaamisen tärkeys

Kyselyssä 1 ja 2 **hoidon tarpeen kirjaamista** vastaajat pitivät suurimmaksi osaksi erittäin tärkeänä tai tärkeänä (ka 3,50; ka 3,39). Tärkeimpinä osa-alueina molemmissa kyselyissä pidettiin liikunnan (ka 3,78; ka 3,90), haavojen (ka 3,78; ka 3,90) ja kivun (ka 3,78; ka 3,90) kirjaamista. Myös aggressiivisuuden (ka 3,78; ka 3,80) kirjaamista pidettiin tärkeänä. Vähiten tärkeänä kyselyssä 1 pidettiin päivittäisen avun tarpeen (ka 2,78) ja kyselyssä 2 hoidon jatkuvuuden tarpeen (ka 2,70) kirjaamista (taulukko 3).

Taulukko 3. Hoidon tarpeen kirjaamisen tärkeys (kysely 1 ja kysely 2).

	KYSELY 1					KYSELY 2					
	Erittäin tärkeänä 4	Tärkeänä 3	Vähemmän tärkeänä 2	Ei lainkaan tärkeänä 1	Ei mielipidettä 0	Erittäin tärkeänä 4	Tärkeänä 3	Vähemmän tärkeänä 2	Ei lainkaan tärkeänä 1	Ei mielipidettä 0	
Hoidon tarpeen kirjaus Ka 3,50 n=9						Hoidon tarpeen kirjaus Ka 3,49 n=10					
Liikunta Ka 3,78 Kh 0,441	7	2	0	0	0	Liikunta Ka 3,90 Kh 0,316	9	1	0	0	0
Ravitseminen Ka 3,66 Kh 0,726	6	2	1	0	0	Ravitseminen Ka 3,40 Kh 0,966	6	2	0	1	0
Muistihäiriö Ka 3,44 Kh 0,627	4	5	0	0	0	Muistihäiriö Ka 3,10 Kh 0,876	4	3	3	0	0
Haavat Ka 3,78 Kh 0,441	7	2	0	0	0	Haavat Ka 3,90 Kh 0,316	9	1	0	0	0
Kipu Ka 3,78 Kh 0,441	7	2	0	0	0	Kipu Ka 3,90 Kh 0,316	9	1	0	0	0
Hengenahdistus Ka 3,56 Kh 0,627	5	4	0	0	0	Hengenahdistus Ka 3,60 Kh 0,516	6	4	0	0	0
Hoidon jatkuvuus Ka 3,33 Kh 0,600	3	6	0	0	0	Hoidon jatkuvuus Ka 2,70 Kh 1,337	3	4	1	1	1
Päivittäinen avuntarve Ka 2,78 Kh 0,833	1	6	1	1	0	Päivittäinen avuntarve Ka 3,30 Kh 0,675	4	5	1	0	0
Aggressiivisuus Ka 3,78 0,441	7	2	0	0	0	Aggressiivisuus Ka 3,80 0,422	8	2	0	0	0
Pahoinvointi Ka 3,22 Kh 0,667	3	5	1	0	0	Pahoinvointi Ka 3,30 Kh 0,675	4	5	1	0	0

Molemmissa kyselyissä **hoitotyön toimintojen kirjaamista** pidettiin tärkeänä. Kyselyn 1 vastaajat pitivät niitä tärkeämpänä (ka 3,18) kuin kyselyn 2 vastaajat (ka 2,95). Kuntoutuskokouksen kirjaamista pidettiin kyselyssä 1 tärkeimpänä (ka 3,78) ja kyselyssä 2 tärkeimpänä pidettiin liikuntasuunnitelman ajan tasalla oloa (ka 3,60). Vähiten tärkeänä molemmissa kyselyissä pidettiin Braden-mittauksen seuraavan ajankohdan (ka 2,33; ka 2,20) kirjaamista. Vähemmän tärkeänä molemmissa kyselyissä pidettiin myös omaisten kanssa käytyjen keskustelujen (ka 2,78; ka 2,70) kirjaamista ja ravitsemuskartoituksen ajan tasalla oloa (ka 2,89; ka 2,70). Kyselyssä 2 vähemmän tärkeänä pidettiin myös, että päivittäiset kirjaukset voidaan tehdä hoitosuunnitelman kautta (ka 2,70) ja että kirjataan se mikä voinnissa ja toiminnoissa muuttuu, ei kirjata normaalia tilaa tai toimintoa (ka 2,70) (taulukko 4).

Taulukko 4. Hoitotyön toimintojen kirjaamisen tärkeys (kysely 1 ja kysely 2).

	KYSELY 1					KYSELY 2					
	Erittäin tärkeänä 4	Tärkeänä 3	Vähemmän tärkeänä 2	Ei lainkaan tärkeänä 1	Ei mielipidetä 0	Erittäin tärkeänä 4	Tärkeänä 3	Vähemmän tärkeänä 2	Ei lainkaan tärkeänä 1	Ei mielipidetä 0	
Hoitotyön toimintojen kirjaus Ka 3,18 n=9						Hoitotyön toimintojen kirjaus Ka 2,95 n=10					
Päivittäiskirjaukset hoitosuunnitelman kautta Ka 3,44 Kh 1,014	6	2	0	1	0	Päivittäiskirjaukset hoitosuunnitelman kautta Ka 2,70 Kh 1,252	2	6	0	1	1
Liikuntasuunnitelma ajantasalla Ka 3,66 Kh 0,627	5	4	0	0	0	Liikuntasuunnitelma ajantasalla Ka 3,80 Kh 0,699	7	2	1	0	0
Ravitsemuskartoitus ajantasalla Ka 2,89 Kh 0,928	2	5	1	1	0	Ravitsemuskartoitus ajantasalla Ka 2,70 Kh 1,160	3	3	2	2	0
Kuntoutuskokous kirjaus Ka 3,78 Kh 0,441	7	2	0	0	0	Kuntoutuskokous kirjaus Ka 3,60 Kh 1,269	8	1	0	0	1
Tutkimusajat kirjattuna Ka 3,22 Kh 0,867	3	5	1	0	0	Lääkärin määräämät kontrollit Ka 2,80 Kh 1,398	4	3	1	1	1
Bradenmittauksen seurava ajankohta Ka 2,33 Kh 0,707	0	4	4	1	0	Tutkimusajat kirjattuna Ka 3,20 Kh 1,229	5	4	0	0	1
Omaisten kanssa kädyt keskustelut Ka 2,78 Kh 0,867	1	5	3	0	0	Bradenmittauksen seurava ajankohta Ka 2,20 Kh 1,229	1	4	2	2	1
Arvoesineet ja apuvälineet Ka 3,33 Kh 0,07	4	4	1	0	0	Omaisten kanssa kädyt keskustelut Ka 2,70 Kh 1,060	1	7	1	0	1
Kirjataan mikä toiminnossa muuttuu Ka 3,33 Kh 0,500	3	6	0	0	0	Arvoesineet ja apuvälineet Ka 3,40 Kh 1,265	7	2	0	0	1
						Kirjataan mikä toiminnossa muuttuu Ka 2,70 Kh 1,494	3	5	0	0	2

Kyselyssä 1 **hoidon tulosten kirjaamisesta** (ka 3,30) pidettiin tärkeämpänä kuin kyselyssä 2 (ka 3,12). Tärkeimpinä molemmissa kyselyissä pidettiin, että potilaan kotiutuessa kirjataan jatkohoitotahon kanssa sovitut asiat (ka 3,78; ka 3,60). Vähiten tärkeänä pidettiin ravitsemuskartoituksen päivytystä (ka 2,78; ka 2,50) (taulukko 5).

Taulukko 5. Hoidon tulosten kirjaamisen tärkeys (kysely 1 ja kysely 2).

	KYSELY 1					KYSELY 2					
	Erittäin tärkeänä 4	Tärkeänä 3	Vähemmän tärkeänä 2	Ei lainkaan tärkeänä 1	Ei mielellä pidetty 0	Erittäin tärkeänä 4	Tärkeänä 3	Vähemmän tärkeänä 2	Ei lainkaan tärkeänä 1	Ei mielellä pidetty 0	
Hoidon tulosten kirjaus Ka 3,30 n=9						Hoidon tulosten kirjaus Ka 3,12 n=10					
Kotiutuksessa kirjataan jatkohoitotahojen kanssa sovitut asiat Ka 3,78 Kn 0,441	7	2	0	0	0	Kotiutuksessa kirjataan jatkohoitotahojen kanssa sovitut asiat Ka 3,60 Kn 1,265	9	0	0	0	1
Haavan seuranta Ka 3,33 Kn 0,500	3	6	0	0	0	Haavan seuranta Ka 3,30 Kn 1,252	6	3	0	0	1
Tarvittaessa annettujen lääkkeiden vaikutus Ka 3,00 Kn 0,707	2	5	2	0	0	Tarvittaessa annettujen lääkkeiden vaikutus Ka 3,00 Kn 1,247	4	4	1	0	1
Ravitsemuskartoituksen päivitys Ka 2,78 Kn 0,833	2	3	4	0	0	Ravitsemuskartoituksen päivitys Ka 2,50 Kn 1,354	2	5	0	2	1
Toimintakyvyn muutokset Ka 3,44 Kn 0,527	4	5	0	0	0	Toimintakyvyn muutokset Ka 3,10 Kn 1,287	5	3	1	0	1
Syöpäpotilaan kivun seuranta Ka 3,44 Kn 0,726	5	3	1	0	0	Syöpäpotilaan kivun seuranta Ka 3,20 Kn 1,229	5	4	0	0	1

Kyselyssä 1 **hoitotyön yhteenvedon kirjaamista** pidettiin tärkeämpänä (ka 3,30) kuin kyselyssä 2 (ka 2,78). Kyselyssä 1 tärkeimpänä pidettiin tulotilanteen kirjaamista (ka 3,78) ja kyselyssä 2 hoitosuunnitelman päivitystä (ka 3,40). Vähiten tärkeänä molemmissa kyselyissä pidettiin hoitosuunnitelman tulostusta potilaan jatkohoitopaikkaan (ka 2,89; ka 2,40) ja kyselyssä 2 myös potilaan oman tahdon (ka 2,50) ja loppuarvion kirjaamista (ka 2,70) (taulukko 6).

Taulukko 6. Hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen tärkeys (kysely 1 ja kysely 2).

	KYSELY 1						KYSELY 2				
	Erittäin tärkeänä 4	Tärkeänä 3	Vähemmän tärkeänä 2	Ei lainkaan tärkeänä 1	Ei mielellisesti 0		Erittäin tärkeänä 4	Tärkeänä 3	Vähemmän tärkeänä 2	Ei lainkaan tärkeänä 1	Ei mielellisesti 0
Hoitotyön yhteenvedon kirjaus Ka 3,30 n=9						Hoitotyön yhteenvedon kirjaus Ka 2,78 n=10					
Tuottilanne Ka 3,78 Kn 0,441	7	2	0	0	0	Tuottilanne Ka 2,80 Kn 1,229	3	4	2	0	1
Potilaan oma tahto Ka 3,22 Kn 0,833	4	3	2	0	0	Potilaan oma tahto Ka 2,50 Kn 1,509	3	3	2	0	2
Loppuarvio Ka 3,22 Kn 0,667	3	5	1	0	0	Loppuarvio Ka 2,70 Kn 1,337	3	4	1	1	1
Hoitosuunnitelman päivitys Ka 3,33 Kn 0,707	4	4	1	0	0	Hoitosuunnitelman päivitys Ka 3,40 Kn 1,265	7	2	0	0	1
Hoitosuunnitelman tulostus potilaan jatkohoitopaikkaan Ka 2,89 Kn 1,167	2	6	0	0	1	Hoitosuunnitelman tulostus potilaan jatkohoitopaikkaan Ka 2,40 Kn 1,430	2	4	2	0	2
Hoitotyön yhteenvedossa kuvataan toimintakäytyn muutokset Ka 3,33 Kn 0,500	3	6	0	0	0	Hoitotyön yhteenvedossa kuvataan toimintakäytyn muutokset Ka 2,90 Kn 1,197	3	5	1	0	1

Hoidon tarpeen kirjaamista pidettiin molemmissa kyselyissä lähes yhtä tärkeänä (ka 3,50; ka 3,49). Hoitotyön toimintojen kirjaamista (ka 3,18; ka 2,95) pidettiin molemmissa kyselyissä vähemmän tärkeänä kuin hoidon tarpeen kirjaamista (ka 3,50; ka 3,49). Molemmissa kyselyissä hoidon tulosten kirjaamista (ka 3,30; ka 3,12) vastaajat pitivät vähemmän tärkeänä kuin tarpeiden kirjaamista (ka 3,50; ka 3,49), mutta tärkeämpänä kuin toimintojen kirjaamista (ka 3,18; ka 2,95). Kyselyssä 1 hoitotyön yhteenvedon kirjaamista (ka 3,30) vastaajat pitivät yhtä tärkeänä kuin hoidon tulosten kirjaamista (ka 3,30), mutta vähemmän tärkeänä kuin hoidon tarpeiden kirjaamista (ka 3,50), mutta tärkeämpänä kuin hoitotyön toimintojen kirjaamista (ka 3,18). Kyselyssä 2 hoitotyön yhteenvedon kirjaamista (ka 2,78) pidettiin vähiten tärkeänä rakenteisen kirjaamisen alueista.

8.2 Rakenteisen kirjaamisen kriteerien osaaminen

Rakenteisen kirjaamisen kriteerien osaamista arvioitiin väittämällä (n=32). Kyselyn 1 väittämiin 86,1 % vastasi oikein. Neljääntoista väittämään kaikki vastasivat täysin oikein. Eniten täysin oikeita vastauksia oli hoitotyön toimintoihin liittyvissä komponenteissa. Eniten vääriä vastauksia (77,8 %) oli potilaan kokonaisnestetavoitteen kirjaamisessa. Seuraavaksi eniten vääriä vastauksia oli potilaasta pyydettyjen näytteiden (55,6 %), perussairauksien (44,4 %) ja erittäminen-komponentin käytön (44,4 %) kirjaamisessa. Kyselyn 2 väittämiin 79,7 % vastasi oikein. Täysin oikein vastattuja väittämiä ei ollut yhtään. Eniten vääriä vastauksia oli aktiviteetti-komponentin käytön (70 %) ja kokonaisnestetavoitteen (70 %) kirjaamisessa, seuraavaksi eniten potilaasta pyydettyjen näytteiden (50 %) ja perussairauksien (50 %) kirjaamisessa (taulukko 7).

Rakenteisen kirjaamisen yhteiset kriteerit osattiin kokonaisuudessaan hyvin. Kyselyssä 1 hoidon tarpeen kirjaamisessa osattiin täysin oikein kosketuseristys-komponentin kirjaaminen (100 %) ja heikoiten erittäminen-komponentin kirjaaminen (55,6 %). Kyselyssä 2 hoidon tarpeen kirjaamisessa parhaiten osattiin ruokailu- (90 %), kosketuseristys- (90 %), aggressiivisuus- (90 %) ja hoidon jatkuvuus- (90 %) komponenttien kirjaaminen. Heikoiten kyselyssä 2 osattiin aktiviteetti-komponentin kirjaaminen (30 %) (taulukko 7).

Kyselyssä 1 hoitotyön toimintojen kirjaamisessa osattiin täysin oikein lääkkeiden nimien (100 %), lääkärin määräämien kontrollien (100 %), kipupumpun (100 %), pukeutumisen (100 %), verenpaineen (100 %), DNR-päätösten (100 %) ja tajunnantason (100 %) kir-

jaaminen. Täysin oikein osattiin myös kirjaukset kerran vuorokaudessa (100 %), liikkumiskyvyn muutosten (100 %) ja jatkohoitotahon kanssa sovittujen asioiden (100 %) kirjaaminen. Heikoiten osattiin pyydettyihin näytteisiin liittyvien toimintojen kirjaaminen (44,4 %). Kyselyssä 2 parhaiten osattiin lääkkeiden nimien (90 %), ravitsemuskartoituksen (90 %), kipupumpun (90 %), pukeutumisen (90 %), verenpaineen (90 %), DNR-päätösten (90 %), Braden-pisteiden (90 %) ja tajunnantason (90 %) kirjaaminen. Parhaiten osattiin myös kirjaukset kerran vuorokaudessa (90 %), liikkumiskyvyn muutosten (90 %) ja jatkohoitotahon kanssa sovittujen asioiden (90 %) kirjaaminen. Heikoiten osattiin pyydettyihin näytteisiin liittyvien toimintojen kirjaaminen (50 %) (taulukko 7).

Kyselyssä 1 hoidon tulosten kirjaamisessa parhaiten osattiin uusien lääkkeiden vaikutusten kirjaaminen (100 %). Heikoiten osattiin kokonaisnestetavoitteen kirjaaminen (22,2 %). Kyselyssä 2 parhaiten osattiin arvioinnin kautta kirjaaminen (80 %) ja heikoiten kokonaisnestetavoitteen kirjaaminen (30 %) (taulukko 7).

Kyselyssä 1 hoitotyön yhteenvedon kirjaamisessa osattiin täysin oikein se, että jokaiselle potilaalle tarvitsee kirjata hoitosuunnitelma (100 %) ja se, että hoitajakson päättyessä hoitosuunnitelma tulee päivittää (100 %). Heikoiten osattiin perussairauksien kirjaaminen tulotilanteessa (55,6 %). Kyselyssä 2 parhaiten osattiin se, että jokaiselle potilaalle tarvitsee kirjata hoitosuunnitelma (90 %). Parhaiten osattiin myös aloituspalaverin (90 %), loppuarvion (90 %) ja kuolleen potilaan loppuarvion (90 %) kirjaaminen. Heikoiten osattiin perussairauksien kirjaaminen tulotilanteessa (50 %) (taulukko 7).

Verrattaessa rakenteisen kirjaamisen tärkeyttä ja kriteerien osaamista nousee esille, että vähemmän tärkeänä pidetyt hoitotyön kirjaamisen komponentit (päivittäisiin toimintoihin liittyvä avun tarve, hoidon jatkuvuuden tarve, Braden-mittauksen seuraava ajankohta, ravitsemuskartoituksen päivitys, hoitosuunnitelman tulostus jatkohoitopaikkaan) osataan kuitenkin kirjata hyvin. Niiden hoitotyön komponenttien kirjaamista, joiden osaamisessa on puutteita (aktiiviteetti, erittäminen, pyydettyihin näytteisiin liittyvä kirjaaminen, kokonaisnestetavoitteen ja perussairauksien kirjaaminen) pidetään kuitenkin tärkeänä kirjata, niiltä osin kuin kyselylomakkeen sisällön puolesta niitä voidaan verrata.

Taulukko 7. Rakenteisen kirjaamisen kriteerien osaaminen osastolla.

	KYSELY 1 n=9		KYSELY 2 n=10	
	Oikein n(%)	Väärin n(%)	Oikein n(%)	Väärin n(%)
Hoidon tarve				
1. Ruokailu	7(77,8)	2(22,2)	9(90)	1(10)
2. Aktiviteetti	6(66,7)	3(33,3)	3(30)	7(70)
3. Erittäminen	5(55,6)	4(44,4)	8(80)	2(20)
4. Liikkuminen	6(66,7)	3(33,3)	7(70)	3(30)
6. Kosketuseristys	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
7. Aggressiivisuus	8(88,9)	1(11,1)	9(90)	1(10)
8. Hoidon jatkuvuus	7(77,8)	2(22,2)	9(90)	1(10)
Hoitotyön toiminnot				
9. Lääkkeiden nimet	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
10. Lääkärin määräämät kontrollit	9(100)	0(0)	8(80)	2(20)
11. Kuntoutuskokous	7(77,8)	2(22,2)	7(70)	3(30)
13. Keskustelut omaisten kanssa	8(88,9)	1(11,1)	8(80)	2(20)
14. Ravitsemuskartoitus	8(88,9)	1(11,1)	9(90)	1(10)
15. Kipupumppu	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
17. Pukeutuminen	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
18. Verenpaine	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
19. Näytteet	4(44,4)	5(55,6)	5(50)	5(50)
20. DNR	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
21. Braden	8(88,9)	1(11,1)	9(90)	1(10)
22. Tajunnantaso	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
23. Kirjaukset kerran vrk:ssa	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
25. Liikkumiskyvyn muutos	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
30. Jatkohoitotahon kanssa sovitut asiat	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
Hoidon tulokset				
12. Arvioinnin kautta kirjaaminen	8(88,9)	1(11,1)	8(80)	2(20)
16. Kokonaisnestetavoite	2(22,2)	7(77,8)	3(30)	7(70)
24. Uusien lääkkeiden vaikutus	9(100)	0(0)	6(60)	4(40)
Hoitotyön yhteenveto				
5. Oma tahto	8(88,9)	1(11,1)	8(80)	2(20)
26. Jokaiselle ei hoitosuunnitelmaa	9(100)	0(0)	9(90)	1(10)
27. Perussairaudet	5(55,6)	4(44,4)	5(50)	5(50)
28. Aloituspalaveri	8(88,9)	1(11,1)	9(90)	1(10)
29. Loppuarvio	8(88,9)	1(11,1)	9(90)	1(10)
31. Hoitosuunnitelman päivitys	9(100)	0(0)	8(80)	2(10)
32. Kuolleen potilaan loppuarvio	8(88,9)	1(11,1)	9(90)	1(10)

8.3 Koulutuksen vaikutus rakenteisen kirjaamisen osaamiseen

Tässä opinnäytetyössä ei pystytty osoittamaan, että koulutusinterventiolla olisi ollut positiivinen vaikutus rakenteisen kirjaamisen osaamiseen. Tämä voi johtua osittain siitä, että vastaajat olivat osin eri henkilöitä kyselyssä 1 ja 2. Interventio toteutuisi paremmin, jos sama joukko vastaisi ensimmäiseen kyselyyn, osallistuisi koulutukseen ja vastaisi toiseen kyselyyn. Rakenteisen kirjaamisen kriteerien osaamisen puutteet liittyivät samoihin hoitotyön komponentteihin ennen ja jälkeen koulutuksen.

9 Eettisyys

Tässä opinnäytetyössä noudatetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2012) ja Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE 2012) eettisiä ohjeita. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti hoitajien tarve rakenteisen kirjaamisen koulutuksesta ja kirjaamisen merkityksen korostuminen kirjaamismuutosten vuoksi Helsingin kaupunginsairaalassa (Jokinen 2009). Tutkimusjoukon valintaan vaikutti se, että opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja opinnäytetyön tekijä on rakenteisen kirjaamisen tukihenkilö tutkitulla osastolla. Opinnäytetyön tekijä noudatti hyvää tieteellistä käytäntöä ja on pyrkinyt rehellisyyteen, huolellisuuteen ja avoimuuteen opinnäytetyön ja raportoinnin kaikissa vaiheissa. Kyselylomakkeisiin vastattiin nimettöminä ja ne on käsitelty luottamuksellisesti, joten vastaajien henkilöllisyys ei tullut opinnäytetyön tekijän tietoon. Tutkittavien tietosuoja säätelevät henkilötietolaki (henkilötietolaki 523/1999), jota opinnäytetyön tekijä on noudattanut. Opinnäytetyössä on noudatettu eettisiä periaatteita aineiston sisällön salassapidosta. Aineistot säilytettiin luottamuksellisesti ja hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön päätyttyä. Opinnäytetyön tekijä on saanut kirjallisen luvan työn tekemiseen Helsingin kaupunginsairaalan johtajalääkäriltä ja puoltavan lausunnon johtavalta ylihoitajalta.

10 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla (Virolainen 2006: 83). Tässä opinnäytetyössä validiteetti tarkoittaa valitun tutkimusmenetelmän ja käytetyn mittarin kykyä mitata miten tärkeänä hoitajat pitävät rakenteista kirjaamista ja

miten rakenteisen kirjaamisen kriteerit toteutuvat tutkitulla osastolla. Mittari laadittiin mittaamaan näitä edellä mainittuja asioita ja se pohjautuu Helsingin kaupunginsairaalan kirjaamistyöryhmän laatimiin yhteisiin sopimuksiin FinCC-luokitusten käytöstä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella toisaalta mittaamisen ja aineistojen keruun suhteen, toisaalta tulosten luotettavuutena. Mittarin luotettavuus on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita. Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen, ja sen tulee olla herkkä eli erotella käsitteistä eri tasoja. Sen tulee olla myös täsmällinen eli sen pitäisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. On tärkeää saada tietoa juuri tutkittavasta asiasta. (Vehviläinen-Julkunen – Paunonen 1998: 206–214.) Kyselylomake esitettiin, millä pyrittiin parantamaan opinnäytetyön luotettavuutta. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeen rakennetta ja sisältöä muutettiin ymmärrettävämmäksi ja selkeämmäksi. Kyselylomakkeet tehtiin paperisina, jotta vastaaminen oli mahdollisimman helppoa. Kyselyihin vastattiin työajalla, joten paperilomakkeelle vastaaminen oli nopeampaa ja siihen ei tarvinnut opastusta, kuten mahdollisesti sähköisen lomakkeen täyttöön olisi tarvinnut. (Vehviläinen-Julkunen – Paunonen 1998.)

Kyselylomakkeeseen vastaaminen ja koulutukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kyselyihin vastattiin nimettöminä. Luotettavuutta lisäsi, että kyselylomakkeet olivat melko huolellisesti täytettyjä ja puuttuvia kohtia lomakkeissa oli vähän. Opinnäytetyön tekijä on perehtynyt rakenteiseen kirjaamiseen toimiessaan kirjaamisen tukihenkilönä, joka osallistuu parantamaan opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön tekijä on osallistunut alusta asti Helsingin kaupunginsairaalan järjestämiin rakenteisen kirjaamisen koulutuksiin ja ohjannut muita osaston hoitajia rakenteisen kirjaamisen toteutuksessa. (Vehviläinen-Julkunen – Paunonen 1998.)

Toimintatutkimukseen liittyy validiteetti- ja reliabiliteettiongelmia. Ongelmat liittyvät tulosten luotettavuuteen, toistettavuuteen ja yleistettävyyteen. Toimintatutkimuksen onnistuminen on suuressa määrin riippuvainen kohdeyleisön motivaatiosta. (Vehviläinen-Julkunen - Paunonen 1998: 121–135.) Kvasikokeellisessa tutkimusasetelmassa syy-seuraussuhteiden validius on heikompi kuin kokeellisessa tutkimuksessa, koska tutkittavat ryhmät ovat erilaisia. Opinnäytetyön tuloksia arvioitaessa on huomioitava saatujen tulosten yleistettävyyden. Opinnäytetyö toteutettiin vain yhdellä kaupunginsairaalan vuodeosastolla, joten aineiston koko jäi pieneksi (n=17). Tämän vuoksi aineistoa ei pystytty satunnaistamaan. Se vaikuttaa heikentävästi tulosten luotettavuuteen. Myös suhteellisen pieni vas-

tausprosentti ja vastaajien vaihtuminen kyselyissä (kysely 1 ja 2) vaikuttavat negatiivisesti luotettavuuteen. Edellä mainituista syistä johtuen koulutusinterventio ei täysin onnistunut. Tämän vuoksi opinnäytetyön tulokset ovat suuntaa antavia. Jotta tulokset olisivat luotettavampia, pitäisi kaikkien osaston hoitajien osallistua kyselyyn vastaamiseen ja koulutukseen. Tutkimusjoukoksi voitaisiin ottaa myös useampien kaupunginsairaalan osastojen hoitajia. Kyselylomakkeen rakennetta voidaan vielä kehittää, jolloin tärkeänä pidettyjen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osa-alueiden ja kriteerien osaamisen vertailua voidaan suorittaa. (Polit – Hungler 1999; Miettinen – Hopia – Koponen 2005.)

11 Johtopäätökset

Tulokset tukevat aikaisempien tutkimusten tuloksia, sillä ne osoittavat, että hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osa-alueiden kirjaamisessa ja kriteerien osaamisessa on puutteita. Rakenteinen kirjaamistapa on yhdenmukaistanut kirjaamista ja sillä on todettu olevan useita positiivisia vaikutuksia hoitotyöhön. Kuitenkin yhteisten kirjaamismallien ja -sopimusten sisäistämisessä on vajavaisuutta. Hoitotyön rakenteisessa prosessikirjaamisessa ja sen ymmärtämisessä on puutteita. (Danielsson-Ojala 2011; Annersten Gershater – Pilhammer – Alm Rojer 2011; Olsbo-Nurminen 2012; Kauppi 2013; Väänänen 2008; Asamani – Amernope – Babanawo – Ansaf Ofei 2014; Wang – Hailey – Yu 2011; Kuusio 2008; Blair – Smith 2012; Tuomikoski 2008; Kinnunen 2013.) Hoitotyön kirjaamisen tärkeyttä ja sen pohjautumista lakiin ei ehkä ymmärretä tarpeeksi. Ei ehkä täysin ymmärretä, että kirjaaminen on juridinen todiste tehdystä hoitotyöstä ja sen avulla kyetään osoittamaan hoitotyössä käytetyt resurssit. (Kivelä – Anttila – Kukkola 2011.) Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tärkeyttä voitaisiin korostaa ottamalla enemmän kirjaamisen osa-alueita huomioon esimerkiksi tulospalkkiokriteerejä määriteltäessä. Aikaisemmissa tutkimuksissa rakenteisesta kirjaamisesta on todettu, että hoitajat toivovat enemmän koulutusta sähköisten järjestelmien käyttöön ja koulutusinterventioilla on todettu olevan positiivinen vaikutus rakenteisen kirjaamisen osaamiseen. (Hartikainen 2008; Laine 2008; Volotinen 2008; Tuomikoski 2008.) Tässä opinnäytetyössä ei pystytty osoittamaan, että koulutuksella olisi positiivinen vaikutus rakenteisen kirjaamisen kehittymiseen. Tämä johtuu osittain siitä, että ensimmäiseen ja toiseen kyselyyn vastasivat eri henkilöt ja kyselylomakkeeseen vastaaminen ja koulutukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Jos kaikki hoitajat olisivat vastanneet kyselyyn ja osallistuneet koulutuk-

seen, interventio olisi onnistunut paremmin. Myös koulutuksen sisältöä ja rakennetta tulee vielä kehittää, jotta vaikutus olisi positiivisempi. (Polit – Hungler 1999; Miettinen – Hopia – Koponen 2005.)

12 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, kuinka tärkeänä hoitajat pitävät rakenteista kirjaamista. Toisena tarkoituksena oli selvittää hoitajien rakenteisen kirjaamisen osaamista ja sitä oliko järjestetyllä koulutuksella vaikutusta rakenteisen kirjaamisen osaamiseen. Tuloksista voidaan päätellä, että hoitajat, joilla oli vähemmän työkokemusta terveydenhuoltoalalta arvioivat oman kirjaamisen tason paremmaksi kuin hoitajat, joilla oli enemmän työkokemusta. Kuitenkin vähemmän alakohtaista työkokemusta omaavilla hoitajilla oli enemmän puutteita hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kriteerien osaamisessa kuin enemmän alakohtaista työkokemusta omaavilla hoitajilla. Hoitajat, joilla oli vähemmän terveydenhuoltoalan työkokemusta, pitivät hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osa-alueista hoitotyön toimintojen, hoidon tulosten ja hoitotyön yhteenvedon kirjaamista vähemmän tärkeinä kuin kollegansa, joilla oli enemmän terveydenhuoltoalan työkokemusta. Hoidon tarpeiden kirjaamista molemmat pitivät yhtä tärkeänä. Vähemmän alakohtaista työkokemusta omaavilla hoitajilla oli enemmän hajontaa vastauksissa kuin enemmän terveydenhuoltoalan työkokemusta omaavilla hoitajilla. Hajonta ilmenee siten, että kyselyssä 2 useampi vastaaja piti hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osa-alueita vähemmän tärkeinä kuin kyselyssä 1.

Yllättävää oli, että hoitotyön toimintojen rakenteista kirjaamista pidettiin vähemmän tärkeänä. Kuitenkin hoitotyön toiminnot ovat niitä, jotka ohjaavat hoitajia päivittäisessä hoitotyössä esimerkiksi miten potilas liikkuu ja ruokailee. Tutkitulla osastolla on käytössä suullinen raportti. Raportilla painottuu potilaan senhetkisen toimintakyvyn kuvaus, joten on mahdollista, että sen vuoksi hoitajat pitivät toimintojen kirjaamista vähemmän tärkeänä. Jatkossa hoitotyön toimintojen kirjaamiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota, koska potilastietojärjestelmän uudessa versiossa kirjaaminen tehdään ns. arvioinnin kautta, jolloin hoitotyön toiminnot tulee olla kirjattuina hoitosuunnitelmaan. Hoitotyön toimintojen kirjauksia poimitaan suoraan hoitotyön yhteenvedon potilastietojärjestelmän

uudessa versiossa. Toisinaan sijaiset ja varahenkilöt lukevat raportin suoraan potilastietojärjestelmästä, jolloin on tärkeää, että hoitotyön toiminnot ovat ajantasaisesti kirjattuina hoitosuunnitelmaan.

Ravitsemuskartoituksen kirjaamista ja ajan tasalla oloa pidettiin vähemmän tärkeänä. Organisaatiossa on käytössä tulospalkkiojärjestelmä ja ravitsemuskartoituksen kirjaaminen on yksi tulospalkkiokriteereistä. Tästä syystä voidaan ajatella, että sen kirjaamista olisi pidetty tärkeämpänä. Voi olla, että tulospalkkiokriteerit eivät ole tarpeeksi hyvin tiedossa vastaajien keskuudessa.

Kokonaisnestetavoitteen kirjaamisessa oli puutteita molemmissa kyselyissä. Kuitenkin jo kokonaisnestetavoitteen nimessä mainitaan, että on kyse tavoitteesta, joten voisi ajatella, että sen kirjaaminen osattaisiin. Jatkossa voisi tiedottaa hoitohenkilöstöä enemmän kaupunginsairaalan kirjaamistyöryhmän yhteisistä sopimuksista, joista voi varmistaa kaupunginsairaalan rakenteisen kirjaamisen ohjeet.

Varsinkin kyselyssä 2 potilaan oman tahdon kirjaamista pidettiin vähemmän tärkeänä. Kuitenkin tässä opinnäytetyössä mukana olleen organisaation arvona on potilaslähtöisyys ja tämä korostuu entisestään Kanta-liitännän myötä. Potilaat pääsevät lukemaan omia potilaskertomuksiaan ja tulevat tietoisemmiksi omasta hoidostaan, joten olisi tärkeää, että potilaan tahto hoitojaksolle on kirjattuna hoitosuunnitelmassa. Hoitotyö on ilmeisesti vielä liian professiokeskeistä, eikä potilaslähtöinen ajattelu ole jalkautunut tarpeeksi käytäntöön, vaikka siitä on käsitetasolla ollut puhetta jo usean vuoden ajan. Olisi toivottavaa, että Kanta-liitännän myötä potilaan toiveet tulisivat paremmin kuulluiksi ja ne kirjattaisiin myös täsmällisemmin potilastietoihin.

Hoidon jatkuvuuden tarpeen ja loppuarvion kirjaamista pidettiin vähemmän tärkeänä. Tämä on yllättävää, sillä on tärkeää, että potilaan ajantasaiset tiedot hoidosta ja toimintakyvystä siirtyvät jatkohoitopaikkaan, jotta potilas saisi laadukasta hoitoa. Helsingin kaupunki liittyy potilastiedon Kanta-arkistoon marraskuussa 2014, jolloin hoitotyön yhteenvetotasoiset tekstit siirtyvät potilaan nähtäväksi. Myös potilaan hoitotiedot siirtyvät sujuvammin eri hoitopaikkojen välillä, jos potilas itse ei ole tätä kieltänyt. Tällöin tärkeämmäksi tulee myös loppuarvion kirjaus. Kirjaamisen kieleen ja ilmaisuun tulee kiinnittää enemmän huomiota. Tämä edellyttää rakenteisen kirjaamisen lisäkoulutuksen järjestämistä. Lisäksi kaikkien hoitajien äidinkieli ei ole suomi, joten suomen kielen kurssien lisääminen on ajankohtaista.

Tässä opinnäytetyössä ei pystytty osoittamaan, että koulutuksella olisi ollut positiivinen vaikutus rakenteisen kirjaamisen osaamiseen. Ensimmäisen kyselyn alkaessa osalla vastaajista oli epätietoisuutta siitä, mitä rakenteinen kirjaaminen terminä tarkoittaa. Opinnäytetyön seurauksena rakenteisen kirjaamisen terminologia ja kirjaamistyöryhmän laatimat yhteiset ohjeet FinCC-luokituksen käytöstä ovat tulleet tutummiksi tutkitulla osastolla.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, paljonko aikaa hoitajilta menee kirjaamiseen suhteessa välittömään hoitotyöhön. Tutkimuksen voisi keskittää kirjaamisen sisällön kehittämiseen ja hoitoprosessin ymmärtämisen sisäistämiseen. Tässä opinnäytetyössä kehitettyä kyselylomaketta voisi käyttää apuna kartoittamaan rakenteisen kirjaamisen osaamista myös muilla kaupunginsairaalan osastoilla. Kyselylomakkeen sisältöä tulee kuitenkin vielä kehittää, jotta voidaan tarkemmin verrata tärkeänä pidettyjä rakenteisen kirjaamisen osa-alueita rakenteisen kirjaamisen kriteerien osaamiseen. Koulutuksen sisältöä ja rakennetta tulee kehittää, jotta koulutusinterventiolla on jatkossa positiivisempi vaikutus rakenteisen kirjaamisen kehittymiseen ja hoitotyön laadun paranemiseen.

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen ansiosta saadaan valtakunnallisesti vertailukelpoista tietoa eri yksiköistä. Sitä tietoa voidaan käyttää apuna hoitotyön johtamisessa. Jatkossa voitaisiin luoda yhteiset sopimukset siitä, mitä tietoa järjestelmällisesti kerätään. Eri terveydenhuollon yksiköiden toiminnan vertailu tehostaisi yksiköiden toimintaa. Jos vertailutiedot vielä julkistettaisiin, tämä loisi tervettä kilpailua julkisen sektorin yksiköiden välille. Hoitotyön kirjaamista voisi käyttää jatkossa enemmän hyödyksi johtamisen apuvälineenä kehitettäessä hoitotyötä ja arvioitaessa henkilöstön määrää osastoilla.

13 Lähteet

Aaltola, Juhani – Valli Raine (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. WS Bookwell Oy. Juva.

Annersten Gershater, Magdalena – Pilhammer, Eva – Alm Roijer, Karin 2011. Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross-sectional study on nurses' documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Jun; 25 (2): 220-6.

Asamani, James Avoka – Amenorpe, Frank Delasi – Babanawo, Felicia – Ansa Ofei, Adelaide Maria 2014. Nursing documentation of inpatient care in eastern Ghana. *British Journal of Nursing*. Jan 9; 23 (1): 48-54.

Blair, Wendy – Smith, Barbara 2012. Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 41 (2): 160-8.

Danielsson-Ojala, Riitta 2011. Hoitotyön haavakirjaukset tehohoitopotilaalla. Pro gradu-työ. Turun yliopisto, hoitotiede.

Hartikainen, Tuija 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro-gradu-työ. Kuopion yliopisto, terveys-hallinnon ja -talouden laitos.

Helsingin sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma vuosille 2014-2016. Verkko-dokumentti. <http://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/Sote_strategiasuunnitelma2014_2016.pdf> Luettu 20.10.2014.

Henkilötietolaki 523/1999. Annettu Helsingissä 1.6.1999.

Hopia, Hanna – Koponen, Leena (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja. Gummerrus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Jokinen, Taina 2009. Kansallisesti yhteinäiset hoitotyön tiedot – hankkeen (HoiData) osahanke Helsingin terveyskeskuksessa. Loppuraportti.

Kansallinen terveysarkisto (Kanta) 2014. Verkkodokumentti. <<http://www.kanta.fi/fi/>> Luettu 14.10.2014.

Kauppi, Outi 2013. Leikkauksen jälkeisen kivun hoidon kirjaaminen potilastietojärjestelmään kirurgisella vuodeosastolla. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Kinnunen, Ulla-Mari 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.

Kivelä, Niina – Anttila, Salme – Kukkola, Sirkka 2011. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen ja sen hyödyntäminen hoitotyön henkilöstösuunnittelussa. Premissi: terveys- ja sosiaalialan erikoisjulkaisu vol. 6 no.1. 26-33.

Kiviniemi, Kirsi – Juntila, Kristiina 2007. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaaminen haasteiden edessä. Teoksessa Hopia, Hanna – Koponen Leena (toim.): Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja. Gummerrus kirjapaino Oy. Jyväskylä. 71-87.

Komulainen, Jorma – Vuokko, Riikka – Mäkelä Matti 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. no.7 THL. Helsinki.

Kuusio, Kristiina 2008. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen ja päätöksenteko: retrospektiivinen asiakirja-analyysi perusterveydenhuollon näkökulmasta. Pro gradu-työ. Turun yliopisto, hoitotiede.

Laine, Eeva-Kaisa 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro-gradu-työ. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 653/2000 § 12. Annettu Helsingissä 1.3.1993.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3. Annettu Helsingissä 1.3.1993.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 857/2004 § 4a. Annettu Helsingissä 1.3.1993.

Liljamo, Pia – Kinnunen, Ulla-Mari – Ensio, Anneli 2012. FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas SHTal 3.0 SHTol 3.0 SHTul 1.0. THL. Helsinki. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1> Luettu 4.10.2014.

Miettinen, Merja – Hopia, Hanna – Koponen, Leena 2005. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisiin hoitotyön interventiotutkimuksiin. Teoksessa Miettinen, Merja – Hopia, Hanna – Koponen, Leena – Wilksman Kaarina (toim.) Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja. Silverprint Oy. Sipoo. 21-36.

Nykänen, Pirkko – Juntila, Kristiina (toim.) 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti. no. 14. THL. Helsinki.

Olsbo-Nuriminen, Maritta 2012. Intuboidun hengityslaittehoitoa saavan aikuisen tehohoitopotilaan suunhoidon kirjaaminen. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos/Lääketieteen tiedekunta.

Polit, Denise F. - Hungler, Bernadette P. 1999. Nursing reaserch, principles and methods. J.B Lippincott Company. Philadelphia.

Rantalainen, Terhi 2009. Hoitotyön kirjaamisen lähtökohdat. Teho- ja valvontatyön opas. Kustannus Oy Duodecim 2013. Verkkodokumentti. Terveysportti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/aho/kotip_artikkeli=tht00284&p_haku=rantalainen> Luettu 12.10.2013.

Saranto, Kaija – Ensio, Anneli – Tantt, Kaarina – Sonninen, Anna Liisa 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. Helsinki. 2.uudistettu painos.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 5. Annettu Helsingissä 1.5.2011.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 8. Annettu Helsingissä 1.5.2011.

Tuomikoski, Anna-Maria 2008. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Pro gradu-työ. Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos, hoitotiede ja terveyshallintotiede.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.> Luettu 17.2.2014.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2012. Verkkodokumentti. <http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=181997&name=DLFE-4202.pdf.> Luettu 17.2.2014.

Vehviläinen-Julkunen, Katri – Paunonen, Marita 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.

Virolainen, Marja 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Volotinen, Lea 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla. Pro gradu-työ. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Väänänen, Anu 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja – talouden laitos.

Wang, Ning – Hailey, David – Yu, Ping 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. Sep; 67 (9): 1858-75.

1 Liite Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Hakuehdot	Valittu otsikon/abstraktin perusteella
Medic	Sähköinen AND kirjaaminen	Väitöskirja v.2008-2014: 1	1
		Pro gradu v. 2008-2014: 22	6
	Rakenteinen AND kirjaaminen	Väitöskirja v.2008-2014: 0	0
		Pro gradu v.2008-2014: 1	1
	Muu aineisto v.2008-2014: 6	0	
Cinahl	Structured nursing documentation	Kokoteksti v.2008-2014: 5	0
	Nursing documentation	Kokoteksti v.2008-2014: 280	4
Pubmed	Structured nursing documentation	Kokoteksti v.2008-2014: 98	0
	Nursing documentation	Kokoteksti v. 2008-2014:1673	0
Terveysportti	Rakenteinen kirjaaminen	v.2008-2014	1
Käsihaku	Rakenteinen kirjaaminen	v.2008-2014	3
	Sähköinen kirjaaminen		4
	Hoitotyön kirjaaminen		3
Kokonais määrä			23

2 Liite Kaupunginsairaalan yhteiset sopimukset FinCC-luokitusten käyttöön

HELSINGIN KAUPUNKI
TERVEYSKESKUS
Kaupunginsairaala
kirjaamistyöryhmä

Tammikuu 2012

Sivu 1 / 4

Kaupunginsairaalan yhteiset sopimukset FinCC-luokitusten käyttöön

- 1) **Hoitotyön suunnitelmat ovat niin kattavia**, että päivittäiskirjaukset voidaan pääsääntöisesti tehdä niiden kautta. **Kirjataan se, mikä muuttuu tai on erilaista potilaan voinnissa tai toiminnoissa, ei normaalia tilaa tai toimintoa.** Esimerkiksi pysyvästi inkontinenssin, vaippoja käyttävän potilaan vaipanvaihdon yhteydessä **EI** kirjata ”kastellut”, sillä se on normaalia. Jos jossain vuorossa **vaippa onkin pysynyt kuivana, kirjataan se.** Samoin jos potilas normaalisti nukkuu, ei yöhoitajan tarvitse kirjata sitä. Kirjataan siis valvomiset, unta edistävät toimet, unilääkkeen vaikutuksen seuranta, asentohoidot ym. Näin on potilaita, joista ei yöaikaan tarvitse kirjata mitään.
- 2) **Potilaan voinnin äkillinen muutos** tai esim. **ensimmäinen osastokirjaus** tehdään Kirjaa toteutus-painikkeen kautta. Kirjaamista helpottaa, kun mietitään, mitä toimintoja on tehty, valitaan nämä toiminnot ja kirjataan potilaan vointi kuvailevasti.
- 3) **Kuntoutuskokousten kirjaus:** Hoitotyön suunnitelmaan avataan Jatkohoidon alle toiminto Moniammatillinen työryhmä.
- 4) **Tarpeet**, jotka KauSan **kaikille potilaille avataan**, ovat:
 - a. Jatkohoito komponentin alta löytyvä Hoidon jatkuvuuden tarve
 - b. liikkumissuunnitelmaan liittyvä tarve, joita löytyy mm. Päivittäisten toimintojen ja Aktiviteetin alta
 - c. huomioi ravitsemukseen ja painehaavoihin liittyvä kirjaaminen
- 5) **Lääkärin määräämät kontrollit** kuten RR, P, Paino, lämpö, SpO₂ pyritään liittämään siihen tarpeeseen, jonka vuoksi ne on määrätty. Tämän tarpeen alle avataan toiminto kuten verenpaineen seuranta, sykkeen seuranta, lämmön seuranta, painon kontrollointi. Toiminnon alle kirjataan vapaalla tekstillä, montako kertaa toiminto tehdään. Esim. verenpaineen seuranta – x3 vko: ma, ke, pe. Joskus voi olla useita tarpeita, joihin ko. kontrollit liittyvät. Tällöin valitaan yksi tarve, johon ne liitetään. Mittaustulokset kirjataan edelleen Mittaus-välilehdelle.
- 6) Potilaalle toiseen hoitopaikkaan varatut **lääkärikäynnit, tutkimusajat ym.** kirjataan Hoitotyön suunnitelmaan ensisijaisesti sen tarpeen alle, jota ne koskevat. Kirjaamiseen voidaan käyttää joko Terveyspalvelujen käyttö komponentin toimintoja kuten Puheterapeutti, Ravitsemusterapeutti tai Jatkohoito komponentin toimintoja kuten Erikoissairaanhoidon yksikkö, Laboratorio, Röntgen, Asiantuntija-sairaanhoitaja. Huomautuskenttään kirjataan päivämäärä ja paikka esim. 2.11 Töölö kir.pkl.

7) **Braden riskipisteitys, ravitseminen** tai jokin **muu arviointi** kirjataan ensimmäisen kerran Kirjaa toiminto-painikkeen kautta:

- a. Braden riskipisteitys: toiminto: Painehaavan riskipisteitys ja liitetään sopiva tarve esim. Ihon eheyden muutos -> kirjaus: Tehty tulovaiheen pisteitys.

Toiminnon arviointi A-painikkeen kautta: Braden-pisteet...,riski. Tilanne: Ennallaan

- b. Ravitseminen: toiminto: Ravitsemuskartoituksen tekeminen ja liitetään sopiva tarve esim. Ravitsemuksen muutos -> kirjaus: Tehty tulovaiheen kartoitus

Toiminnon arviointi A-painikkeen kautta: MUST-pisteet... BMI.... Kliininen arvio. Tilanne: Ennallaan

Jos em. arviot edellyttävät, avataan Hoitotyön suunnitelmaan sopiva tarve.

- c. **Braden HoSussa:** valitaan sopiva tarve, jolle avataan toiminto *Painehaavan riskipisteitys*. Sen selitteeksi kirjataan voimassaolevat pisteet, kuinka usein ne mitataan ja milloin on seuraava mittaus. Varsinainen mittaustulos kirjataan päivittäiseen tekstiin ja arviointi kuten yllä.

8) **Omaisiin/ vierailijoihin** liittyvää: useimmiten kirjataan suoraan Kirjaa toiminto-kautta. Sopivia komponentteja ja toimintoja voivat olla:

- A) Havaitaan vieras käymässä ja tieto halutaan kirjata
 Komponentti Kanssakäyminen ja sen toiminto Yhdessäolon mahdollistaminen
- B) Autetaan potilasta soittamaan jollekin, valmistellaan potilas esim. kotilomalle
 Komponentti Kanssakäyminen ja sen toiminto Sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen
- C) Keskustelut omaisten kanssa
 Kirjataan toiminnon Perheen selviytymisen tukeminen alle
- D) Jatkohoito komponentin alta löytyvät mm. toiminnot Kuolevan potilaan läheisten tukeminen tai ohjaus ja Omaiselle/ läheiselle kuolemasta ilmoittaminen

9) **Delirium, desorientaatio ja muistihäiriö** nostavat esiin tarpeita, joihin sopivia tarpeita löytyy esim. komponenteista:

- A) Terveyskäyttäytyminen-Päihteiden käyttö / Lääkkeiden väärinkäyttö / Sairauden tunnon puute / Hoitoon sitoutumattomuus
- B) Turvallisuus- Karkailu
- C) Psykkinen tasapaino- Käyttäytymisen muutos-Aggressiivisuus / Rauhattomuus
- D) Selviytyminen-Potilaan heikentynyt selviytymiskyky-Muistihäiriö

Sopivan tarpeen valintaa helpottaa, kun miettii miten em. vaiva ilmenee tämän potilaan käyttäytymisessä/ olemisessa ja minkälaista apua hän tarvitsee sen takia.

10) Terveyspalvelujen käyttö komponentin toiminnoista löytyy **tutkimuksiin ja näytteen ottoon liittyviä** käyttökelpoisia toimintoja.

Esimerkiksi jos ripulipotilaalta halutaan uloste-*viljelyjä* tai *clostridium*-näytteitä, on todennäköisesti avattu erittämisen tarve. Tällöin Hoitotyön suunnitelmaan ko. tarpeelle voidaan valita toiminnoksi Ulostusnäyte ja vapaalla tekstillä kertoa mikä näyte on haussa. Samoin esim. jos haetaan tubinäytteitä on toimintona Limanäyte jne. Kun näyte otettu, päätetään toiminto ja kirjataan päättämisen syy esim. Näyte otettu pvm.

11) **Potilaan omaisuuteen** liittyvät asiat Hoitotyön suunnitelmaan Jatkohoito tarpeen alle:

- a. Arvoesinelomake täytetään kaikille potilaille. Arvoesinelomakkeen täyttö kirjataan toiminnon Potilaan omaisuuden haltuunotto
- b. Potilaan mukana olevat apuvälineet ja muut arvoesineet, jotka jäävät potilaan käyttöön sairaalajakson ajaksi, kirjataan Potilaan omaisuuden tarkistaminen alle esim. omat kengät, kuulolaite, rolla

12) **Poliisin/ edunvalvojan ym. yhteydenotto** kirjataan Kirjaa toiminto-painikkeen kautta Terveyspalvelujen käyttö-Palvelutapahtuman aikaisen hoidon koordinointi- Muiden ammattiryhmien palvelu/ Muu avustava palvelu

13) Potilaan tai hänen omaisensa tekemään **muistutukseen, kanteluun tai potilasvahinkoasiaan** liittyviä hoidon kannalta tarpeellisia tietoja kirjataan Kirjaa toiminto-painikkeen kautta Terveyspalvelujen käyttö- Potilaan oikeuksista tiedottaminen.

14) Lääkkeen vaikutuksen ja vaikuttavuuden kirjaaminen:

- a. Lääkkeen vaikutus kirjataan toiminnon arvioinnin alle. Kirjataan tarvittaessa annettujen lääkkeiden vaikutus.
- b. Lääkkeen vaikuttavuuden seuranta varten avataan sopivan tarpeen alle toiminto Hoitotyön suunnitelmaan. Seurataan jonkun listalle aloitetun lääkkeen vaikutusta potilaassa.
- c. Jos Pegasos ilmoittaa *lääkeinteraktion punaisella*, niin lääkkeen lisäys keskeytetään. Lääkärille kerrotaan ko. interaktiohälytys ja pyydetään häneltä taskille kannanotto, aloitetaanko lääke interaktiosta huolimatta. Hoitaja kirjaa Kirjaa toteutus -painikkeen kautta *Lääkehoito-Lääkehoidosta poikkeaminen* toimintoon vieneensä tiedon lääkärille. Jos lääkäri antaa vain suullisen luvan lääkkeen lisäykseen, niin tämä tieto kirjataan em. tavalla.

Kolme sopimusta siitä, milloin käytetään varsinaista tarvetta milloin Päivittäiset toiminnot -tarvetta

- 1) **Erittäminen** komponenttia käytetään, kun ko. alueella on **selviä ongelmia** kuten kestokatetri/suprapubinen katetri, dialyysi, akuutti inkontinenssi, ripuli, suolitukos tai sen epäily, oksennus, dreeni jostain, verenvuoto

Jos kastelu on jo pysyvä vaiva, niin käytetään komponenttia Päivittäiset toiminnot ja sen pääluokkaa Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve.

Käyttökelpoisia toimintoja ovat

- A) Puhtaudesta huolehtiminen, kun kyseessä on täysin vuoteeseen hoidettava potilas
 B) WC-toiminnoissa avustaminen, kun kyseessä on kuntoutettava potilas, joka autetaan myös WC:hen, alusastialle tai käyttää virtsapulloa.

Selitteessä kuvataan, minkälainen vaippa ja sen koko, tai miten apua annetaan muutoin.

- C) Tämän tarpeen alle voidaan yhdistää muut peseytymiseen liittyvät asiat

- 2) **Ravitsemus** komponenttia käytetään, kun ko. alueella on **selviä tarpeita/ ongelmia** kuten erityisruokavalion tarve, nielemisvaikeus, ruokahaluttomuus, kyvyttömyys ottaa ravintoa suun kautta.

Jos ravitsemuksessa ei ole erityistä ongelmaa, mutta potilas tarvitsee apua ruokailussa, niin käytetään komponenttia Päivittäiset toiminnot ja sen pääluokkaa Ruokailuun liittyvä avuntarve.

Sopivia toimintoja ovat esim. Ruokailussa avustaminen ja Ravitsemus komponentin kohdalta löytyvä Hyvän ruokailuasennon huomioiminen.

Selitteessä kuvataan, millaista apua tarvitaan (syötettävä, juo itse muuten syötettävä, jne.)

- 3) **Aktiveetti** komponenttia käytetään, kun ko. alueella on **selviä tarpeita / ongelmia** kuten murtumapotilailla, aivoinfarktin sairastaneilla tai tuoreen raaja-amputaation jälkeen liikkumisen rajoittumista ja pitkään vuodepotilaana olleella lihaskunnan heikkoutta (esim. tehohoidon jälkeen). Valitaan kuvaavin pää- tai alaluokka esim. murtumapotilailla alaluokka – Liikkumisen rajoittuminen ja vapaalla tekstillä rajoitteet/liikkumisluvut.

Sopivia toimintoja ovat esim. Aktiveetin alta Liikeharjoitusten toteuttaminen, Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito, Rasituksen välttäminen, Liikunnan rajoittaminen ja Päivittäisten toimintojen alta Kävelyharjoituksista huolehtiminen, Seisomaharjoituksista huolehtiminen, Istumaharjoituksista huolehtiminen.

Selitteessä kuvataan, millaista apua tarvitaan tai miten toimitaan.

Jos liikkumiseen liittyvä avuntarve on vakiintunut, jo ennen hoitoon tuloa ollut tai sen aikana pysyväksi jäänyt tarve tai johtuu yleistilan laskusta, niin käytetään komponenttia Päivittäiset toiminnot ja sen pääluokkaa Liikkumiseen liittyvä avun tarve.

Sopivia toimintoja ovat esim. Kävelyharjoituksista huolehtiminen, Seisomaharjoituksista huolehtiminen, Istumaharjoituksista huolehtiminen.

Selitteessä kuvataan, millaista apua tarvitaan tai miten toimitaan.

18.8.2011 Kaupunginsairaalan kirjaamistyöryhmä

HOIDON SYY:

- mistä potilas on tullut
- hoitoon tulon syy
- fyysinen ja psyykinen toimintakyky tullessa
- päihteet (vrt. Terveystottumukset)
- apuvälineet yms. mitä on mukana
- muuta huomioitavaa
- vakaumus, jos vaikuttaa hoitoon vrt. PYSY P39 (potilaan luvalla)
- hoitotyön tavoite hoitajaksolle
- vastuuhoitaja / omahoitaja

PYSYVÄT TAUSTATIEDOT:

- asuinpaikka (palvelutalo yms.) ja yhteystiedot
- kotihoito ja yhteystiedot
- omaishoitaja / sosiaalinen tausta / tuki, asioiden hoitaja
- asuinolot esim. ei hissiä, peseytymistiloja, portaita
- toimintakyky
 - o pysyvät apuvälineet, proteesit, silmälasit, kuulolaite
- PEG-letku, Cystofix, avanne, yms.
- ruokavalio, jos erityistä ja ei ilmene riskitiedoissa
- muuta pysyvää esim. dialyysi
- keskeiset diagnoosit

3 Liite Esimerkki koulutuksen kuvitteellisesta potilastapauksesta

Stalledräng Staffan (080808AA010)

Töölön sairaalasta 20.5.14 vasemman lonkan murtuman vuoksi. Varauskielto 3 viikkoa. Haavalla hakaset.

Taustalla Alzheimer, sydämen vajaatoiminta, verenpainetauti.

Asuu omaishoitajana toimivan vaimonsa Gunilla Stalledrängin kanssa. Vaimo väsynyt hoitamaan potilasta. Kotihoito Svenska-tiimi (p. 888999) käynyt x2/vrk. Potilaalla cystofix.

Autettu p-tuoliin kahden avustajan turvin. Sekava ja levoton. Tarvitsee apua ruokailussa. Kontrolliaika Töölössä 30.5.14 klo 13.00.

Lääkäri määrännyt: Varauskielto ad. 30.5. Hakasten poisto 25.5.

Lab. 21.5: pvk, crp, ntp. Nestelista, KNT 2000ml/vrk. Magneettivyö lupa. RR+px1/vrk. Tehostettu ruokavalio.

4 Liite Kyselylomake

Metropolia Ammattikorkeakoulu
YAMK, Kliininen asiantuntija
YAMK-opiskelija Heli Hyrsylä

5.9.2014

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja,

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, kuinka tärkeänä hoitajat pitävät rakenteisesta kirjaamista. Toisena tarkoituksena on selvittää, miten rakenteisen kirjaamisen kriteerit toteutuvat.

Pyydän Sinua vastaamaan oheisen kyselyn kysymyksiin huolella. Vastaaminen on vapaaehtoista ja voit keskeyttää vastaamisen milloin haluat. Kysymyksiin vastataan nimettömästi. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa tulosten perusteella.

On tärkeää, että vastaisit kyselyyn, sillä tulosten perusteella pyritään yhtenäistämään osastolla toteutettavaa rakenteista kirjaamista vastaamaan kaupunginsairaalan kirjaamisohjeita ja parantamaan kirjaamisen tasoa osastolla.

Opinnäytetyöni ohjaavana opettajana toimii lehtori, TtT Iira Lankinen ja työelämäohjaajana osastonhoitaja Tina Isotalo.

Aikaa kyselylomakkeen vastaamiseen on varattu kaksi viikkoa. Voit palauttaa täytetyn kyselylomakkeen kirjekuoressa sille varattuun sisäpostikuoreen. Kyselyn tulokset raportoidaan opinnäytetyössä, joka valmistuu vuoden 2014 loppuun mennessä.

Kiitos vastauksestasi!

YAMK-opiskelija
Heli Hyrsylä
heli.hyrsyla@metropolia.fi
p.xxxxxxxxx

Rastita paras vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

1. Kuinka pitkä työkokemuksesi on terveydenhuoltoalalta?

jos alle vuosi, niin _____ vuotta
 _____ kuukautta

2. Kuinka kauan olet ollut työssä nykyisessä työyksikössäsi?

jos alle vuosi, niin _____ vuotta
 _____ kuukautta

3. Oletko saanut nykyisessä työyksikössä rakenteisen kirjaamisen koulutusta?

Kyllä , jos niin mitä _____

En

4. Oletko osallistunut muualla rakenteiseen kirjaamiseen liittyvään koulutukseen?

Kyllä , jos niin mitä _____

En

5. Miten arvioit omaa rakenteisen kirjaamisen tasoasi?

Erittäin hyvä

Hyvä

Kohtalainen

Heikko

Erittäin heikko

En osaa sanoa

Seuraavat väittämät liittyvät siihen, miten tärkeänä pidät hoitotyön rakenteista kirjaamista.

Ympyröi itseäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

	Erittäin tärkeänä	Tärkeänä	Vähemmän tärkeänä	Ei lainkaan tärkeänä	Ei mielipidettä (46)
1. Liikuntaan liittyvä avuntarve kirjataan	4	3	2	1	0
2. Ravitsemukseen liittyvä tarve kirjataan	4	3	2	1	0
3. Jos potilaalla on muistihäiriö, se kirjataan hoitosuunnitelmaan	4	3	2	1	0
4. Jos potilaalla on haavoja, ne kirjataan hoitosuunnitelmaan	4	3	2	1	0
5. Syöpäpotilaan kipuun liittyvä tarve kirjataan	4	3	2	1	0
6. Jos potilaalla on hengenahdistusta, se kirjataan tarpeena hoitosuunnitelmaan	4	3	2	1	0
7. Hoidon jatkuvuuden tarve kirjataan	4	3	2	1	0
8. Päivittäisiin toimintoihin liittyvä avuntarve kirjataan	4	3	2	1	0
9. Jos potilas on aggressiivinen, se kirjataan tarpeena hoitosuunnitelmaan	4	3	2	1	0
10. Jos potilaalla on pahoinvointia, se kirjataan tarpeena hoitosuunnitelmaan	4	3	2	1	0
11. Potilaan päivittäiskirjaukset tehdään pääsääntöisesti hoitosuunnitelman kautta	4	3	2	1	0
12. Liikuntasuunnitelman toiminnot ovat ajantasalla hoitosuunnitelmassa	4	3	2	1	0
13. Ravitsemuskartoitus on ajantasalla	4	3	2	1	0
14. Kuntoutuskokouksessa päätetyt asiat kirjataan hoitosuunnitelmaan	4	3	2	1	0

	Erittäin tärkeänä	Tärkeänä	Vähemmän tärkeänä	Ei lainkaan tärkeänä	Ei mielipidettä
15. Lääkärin määräämät kontrollit kirjataan hoitosuunnitelmaan	4	3	2	1	0
16. Potilaan toiseen hoitopaikkaan varatut lääkärikäynnit, tutkimusajat kirjataan hoitosuunnitelmaan	4	3	2	1	0
17. Painehaavan riskipisteytystä (Braden) kirjattaessa huomioidaan myös seuraavan mittauksen ajankohta	4	3	2	1	0
18. Keskustelut omaisten kanssa kirjataan päivittäisiin kirjauksiin	4	3	2	1	0
19. Tulovaiheessa potilaan mukana olevat arvoesineet ja apuvälineet kirjataan hoitosuunnitelmaan	4	3	2	1	0
20. Kirjataan se, mikä potilaan voinnissa tai toiminnoissa muuttuu, ei kirjata normaalia tilaa tai toimintoa	4	3	2	1	0
21. Kotiuttamista suunniteltaessa kirjataan jatkohoitotahojen kanssa sovitut asiat	4	3	2	1	0
22. Haavan seurannasta kirjataan	4	3	2	1	0
23. Tarvittaessa annettujen lääkkeiden vaikutus kirjataan	4	3	2	1	0
24. Ravitsemuskartoitus päivitetään hoitosuunnitelmaan voinnin muuttuessa	4	3	2	1	0
25. Toimintakyvyn muutokset kirjataan	4	3	2	1	0
26. Syöpäpotilaan kivun seurannasta kirjataan säännöllisesti	4	3	2	1	0
27. Tulotilanne kirjataan osastolle saapumispäivänä	4	3	2	1	0
28. Potilaan oma tahto on kirjattuna	4	3	2	1	0
29. Hoitojakson päättyessä potilaasta on kirjattu loppuarvio	4	3	2	1	0
30. Hoitosuunnitelma päivitetään potilaan voinnin muuttuessa	4	3	2	1	0

	Erittäin tärkeänä	Tärkeänä	Vähemmän tärkeänä	Ei lainkaan tärkeänä	Ei mielipidettä
31. Päivitetty hoitosuunnitelma tulostetaan potilaan mukaan hoitajakson päättyessä	4	3	2	1	0
32. Hoitotyön yhteenvedossa kuvataan potilaan toimintakyvyn muutokset hoitajakson aikana	4	3	2	1	0

Seuraavat kysymykset kartoittavat, miten rakenteisen kirjaamisen kriteerit toteutuvat.

Valitse onko väittämä oikein vai väärin.

	Oikein	Väärin
1. Jos potilas tarvitsee apua ruokailussa, mutta ravitsemuksessa ei ole erityistä ongelmaa käytetään Ruokailuun liittyvä avuntarve-pääloukkaa.		
2. Murtumapotilaille avataan tarve Aktiviteetti-komponentin alta.		
3. Erittäminen-komponenttia käytetään vain silloin, kun potilaalla on selviä ongelmia ko. alueella.		
4. Liikkumiseen liittyvää avuntarvetta ei kirjata potilaalle, joka liikkuu ilman apuvälinettä.		
5. Potilaan oma tahto kuntoutumisen suhteen tulee kirjata hoitosuunnitelmaan Hoidon jatkuvuuden tarpeen tavoitteeksi.		
6. Jos potilas on kosketuseristyksessä, se kirjataan hoitosuunnitelmaan.		
7. Jos potilas on aggressiivinen, sitä ei kirjata.		
8. Hoidon jatkuvuuden tarvetta ei tarvitse avata kaikille potilaille hoitosuunnitelmaan.		
9. Lääkkeiden ja i.v-nesteiden kauppanimet saa olla kirjattuna hoitosuunnitelmaan		

	Oikein	Väärin
10. Lääkärin määräämät kontrollit (esim. RR, p, paino, lämpö, SpO2) pyritään liittämään siihen tarpeeseen, jonka vuoksi ne on määrätty.		
11. Kuntoutuskokouksessa päätetyt asiat kirjataan hoitosuunnitelmaan Moniammatillinen työryhmä-komponentin kohtaan pyyhkimällä pois edellinen kirjaus.		
12. Iltavuorossa kirjauksia ei saa tehdä arvioinnin (vihreä A) kautta.		
13. Keskustelut omaisten kanssa voidaan kirjata Perheen selviytymisen tukeminen-toiminnon alle.		
14. Jokaiselle potilaalle tarvitsee kirjata ravitsemuskartoitus hoitosuunnitelmaan.		
15. Jos potilaalla on käytössä kipupumppu, sitä ei tarvitse kirjata hoitosuunnitelmaan.		
16. Lääkärin määräämä kokonaisnestetavoite vuorokaudelle kirjataan sopivan tarpeen toiminnoksi.		
17. Pukeutumisessa avustaminen-komponentin voi avata Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvän avuntarpeen toiminnoksi.		
18. Lääkärin määräämä verenpaine seuranta kirjataan hoitosuunnitelmaan.		
19. Potilaasta otettavaksi pyydetyt näytteet (esim. PLV, clostridium-näytteet) kirjataan hoitosuunnitelmaan.		
20. Potilaalle tehty DNR-päätös kirjataan Lupa-kenttään.		
21. Jos potilaalla ei ole haavoja, Braden-riskipisteystystä ei tarvitse kirjata.		
22. Potilaan tajunnantason muutokset tarvitsee kirjata.		
23. Potilaasta pitää tehdä kirjauksia vähintään kerran vuorokaudessa.		
24. Potilaalle aloitettujen uusien lääkkeiden vaikutusta ei tarvitse kirjata.		

	Oikein	Väärin
25. Potilaan liikkumiskyvyn muutosta ei tarvitse kirjata hoitosuunnitelmaan.		
26. Jokaiselle potilaalle ei tarvitse kirjata hoitosuunnitelmaa.		
27. Potilaan perussairaudet kirjataan Tulotilannevälilehden Hoidon syy-kenttään.		
28. Aloituspalaverissa päätettyjä asioita ei tarvitse kirjata hoitosuunnitelmaan.		
29. Hoitotyön loppuarvioon ei tarvitse kirjata potilaan vointia tulovaiheessa.		
30. Potilaan kotiutuessa jatkohoitotahon kanssa sovittuja asioita ei tarvitse kirjata.		
31. Hoitajakson päättyessä potilaan hoitosuunnitelma tulee päivittää.		
32. Kuolleelle potilaalle kirjataan hoitotyön loppuarvio.		

5 Liite Tutkimuslupa



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
 Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut
 Kaupunginsairaala
 Kaupunginsairaalan johtajalääkäri

Pöytäkirja

5/2014

1 (2)

13.05.2014

5 §

Päätös tutkimuslupa Helsingin kaupunki HEL 2014-002849

HEL 2014-002849 T 13 02 01

Päätös

Kaupunginsairaalan johtajalääkäri päätti myöntää hakemuksen mukaisesti tutkimusluvan Heli Hyrsylän (sh, Metropolia, YAMK) opinnäytetyölle "Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen".

Tavoitteena on kartoittaa [REDACTED] rakenteisen kirjaamisen osaamista, yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä ja järjestää tarpeen mukainen koulutus.

Päätöksen perustelut

Johtava ylihoitaja [REDACTED] puoltaa opinnäytetyön tekemistä. Hän pitää tutkimusaihetta tärkeänä ja ajankohtaisena sekä ajankohtaa sopivana.

Tutkimusluvan ehdot ovat seuraavat:

Yhteyshenkilö on ylihoitaja [REDACTED]. Yhteyshenkilön tehtävänä on valvoa, että tutkimus toteutetaan suunnitelman ja lupaehtojen mukaisesti.

Tutkimusraportissa ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Tutkimuksesta ei saa aiheutua kyselyyn vastaamiseen käytetyn ajan lisäksi muita kustannuksia sosiaali- ja terveysvirastolle.

Tutkimuksen valmistuttua tutkija esittelee tutkimustulokset yhteyshenkilön kanssa sopimillaan foorumeilla.

Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti tai sähköinen osoite, josta se on luettavissa, toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön (osoite Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveysvirasto, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki).

Lisätiedot

Liitteet

- | | |
|---|---|
| 1 | HEL 2014-002849 Tutkimuslupahakemus |
| 2 | HEL 2014-002849 Tutkimussuunnitelma |

Postiosoite
 PL 6000
 00099 Helsingin kaupunki
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
 Toinen linja 4 A
 Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
 +358 9 310 5015
Faksi
 +358 9 310 42504

Y-tunnus
 0201256-6

Tilinro
 FI1880001200052430
Alv.nro
 FI02012566

6 Liite Aikaisemmat tutkimukset

TEKIJÄT	TARKOITUS	MENETELMÄT	TULOKSET
Danielsson-Ojala Riitta (2011)	Kuvata ja arvioida haavanhoidon elektronista kirjaamista hoitotyön raporttiin ja uloskirjaus-tietoihin yhdellä aikuis-ten teho-osastolla sekä tarkastella miten lain-säädännön vaatimuk-set toteutuivat hoitajien haavakirjauksissa.	Retrospektiivinen doku-menttitutkimus. Analysoitiin käyttäen ai-neistolähtöistä sisäl-lönanalyysiä.	Hoitajien haavakirjauksien selkeydessä ja ymmärrettävyydessä oli jossain määrin puutteita. Useimpien potilaiden haavanhoidosta ei oltu päivittäin kir-jattu huomioita tai hoitotoimia. Tulosten mukaan haavoista kirjaaminen oli puutteellista.
Kinnunen Ulla-Mari (2013)	Kehittää haavanhoidon kirjaamismalli ja arvi-oida kehitetyn innovaa-tion soveltuvuutta kliini-seen hoitotyöhön.	Dokumenttianalyysi, kirjallisuuskatsaus, Delphi-tutkimus sekä tiedon- ja tekstin-louhinta. Teoreettisena viitekehyksenä käytet-tiin Rogersin innovaa-tion diffuusioteoriaa, josta tutkimuskysymyk-set johdettiin.	Osoitti tarpeen kehittää haavanhoidon kirjaamista. Se osoitti myös, että haa-vanhoidon rakenteisella kirjaamisella on useita positiivisia vaikutuksia. Haa-vanhoidon kirjaamismalli on yhteensopiva hoitajien aiemmin käyttämän haa-vanhoidon rakenteisen kirjaamisen kanssa. Haavanhoidon kirjaamismal-lissa on hoitajille tuttuja termejä, jolloin kirjaamismalli tukee kirjaamista, on helppokäyttöinen ja soveltuu hyvin haavanhoidon kirjaamiseen

Kivelä Nina, Anttila Salme, Kukkola Sirkka (2011)	On kuvata luokitellun hoitokertomustiedon avulla, miten hoitotyön prosessi toteutuu ja kertoa kyseisen tiedon hyödyntämismahdollisuuksista hoitotyön johtamisessa	Retrospektiivinen potilasasiakirjamerkintöjen tarkastelu.	Lukuihin perustuvan hoitokertomus- ja vuosikertomustiedon avulla kyetään arvioimaan, paljonko hoitohenkilöstöä tarvitaan tietyn tyyppiselle osastolle. Rakenteinen kirjaamistapa yhdenmukaisti ja lisäsi potilasasiakirjamerkintöjä. Kun merkinnät ovat koodimuotoisesti tallennettuja, hoitotyön esimiesten on mahdollista saada tilastoja ja seurata kirjattuja hoidon tarpeita, toteutusta, arviointeja ja tuloksia. Järjestelmästä saatavaa tilastotietoa voidaan käyttää johtamisen apuvälineenä kehitettäessä osastoilla tapahtuvaa hoitotyötä sekä arvioitaessa henkilöstön riittävyttä.
Volotinen Lea (2008)	Tutkia hoitotyöntekijöiden kokemuksia sähköisen kirjaamisen kehittämisestä vertaisarvioinnin avulla, mitkä tekijät edistivät ja estivät sähköistä kirjaamista vertaisarvioinnin avulla sekä mitä vaikutuksia vertaisarvioinnilla oli sähköiseen kirjaamiseen.	Haastattelu, vertaisarviointi.	Hoitajat kokivat, että sähköisen kirjaamisen kehittyminen vaikutti potilaan saamaan hoidon laatuun ja arviointiin. Vertaisarvioinnin koettiin vaikuttaneen positiivisesti yhteistyön kehittymiseen, sillä se lisäsi keskustelua osaston hoitotyöntekijöiden välillä sekä paransi vuorovaikutusta ja työilmapiiriä.
Kuusio Kristiina (2008)	Kuvata erään länsisuomalaisen terveyskeskuksen sairaanhoitovastaanottojen hoitotyön elektronisen kirjaamiskäytännön nykytilaa ja kirjausten sisältöä perusterveydenhuollossa.	Retrospektiivinen asiakirja-analyysi.	Otsikoiden käyttö kirjaamisessa vaihteli yksiköittäin ja käyttäjittäin. Hoidollisen päätöksenteon MITÄ -vaiheessa tulotilanteen kuvaavia tietoja oli kirjattu, mutta suunnittelu ja tavoitteet puuttuivat suurimmasta osasta. MITEN -vaiheessa oli kirjattu rakenteisesti ja narratiivisesti parhaiten. MIKSI -vaihe oli hankala ja hoidon vaikuttavuuden arviointia ei ollut kirjattu.

Laine (2008)	Eeva-Kaisa	Kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta sekä tuen ja ohjauksen saamisesta siihen.	Teemoitettu haastattelu.	ryhmä-	Hoitajilla oli myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta. Myönteisinä asioina pidettiin kirjaamisen selkeyttä, ammattihenkilöstön tunnistamista kirjaamisista, hiljaista raportointia, hoitotyön laadun muutosta ja asennetta kirjaamista kohtaan. Kielteisinä asioina pidettiin rakenteisen kirjaamisen ajan vievyyttä, kirjavuutta, komponenttien päällekkäisyyksiä, tietojen runsautta, löytämisen hitautta. Kirjaaminen vähensi aikaa potilaan luona ja kuormitti hoitajia. Lääkäreiden negatiivinen asenne sähköiseen kirjaamiseen nousi myös esiin. Työtovereiden vertaistuki koettiin tärkeäksi tueksi.
Hartikainen Tuija (2008)		Selvitettiin sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomia muutoksia sairaanhoitajien työhön.	Teemahaastattelu.		Vastaajista jokainen koki epävarmuutta tietokoneen käytön suhteen. Lisäksi vastaajat kokivat, että potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhde kärsi tietokoneita käytettäessä. Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö vei paljon työaikaa.
Tuomikoski Anna-Maria (2008)		Selvitettiin kirjaamisen tasoa ennen ja jälkeen osastokohtaisen kirjaimiskoulutuksen viidellä sisätautien vuodeosastolla Oulun yliopistollisessa sairaalassa.	Koulutusinterventio.		Koulutusinterventiolla oli positiivinen vaikutus kirjaamisen kehittymiseen. Minimivaatimusten mukainen kirjaaminen toteutui pääasiassa hyvin, mutta kirjaaminen oli heikkoa ravitsemukseen liittyvän avuntarpeen, lääkähoidon vaikuttavuuden ohjauksen ja emotionaalisen tuen tarpeen ja toteutuksen osalta. Hoitoprosessin mukaista kirjaamista ei näkynyt ja kirjaaminen enimmäkseen toteavaa.
Väänänen Anu (2008)		Kuvata kivun kirjaamista sähköisessä potilaskertomuksessa sekä arvioida miten toimintoluokitus (SHToL) soveltuu kivun hoidon kattavaan kirjaamiseen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä.	Kvalitatiivinen lönanalyysi.	sisäl-	Kirjaamiskäytännöt vaihtelivat paljon. Kivun arviointi oli yksipuolista. Kirjaukset koskivat pääasiassa kipulääkkeiden antamista ja jokapäiväisiä. Hoitotoimenpiteitä.

Kauppi Outi (2013)	Määritellä ja nimetä autenttisten potilasasiakirjamerkintöjen perusteella hoitotyön menetelmiä ja niiden vaikutuksia sydänleikkaukspotilaiden leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon sekä analysoida sähköisellä tietojärjestelmällä tehtyä kivun hoidon kirjaamista.	Sisällön analyysi.	Kivun hoidon menetelmiä olivat lääkehoito sekä lääkkeettömät menetelmät. Kivun ja sen hoidon arviointi jaettiin itse kivun arvioinnin lisäksi kivun aiheuttamien vaikutusten arviointiin sekä kivun hoidon vaikutusten arviointiin. Kivun hoidon kirjaamisesta laaditut minimivaatimukset eivät täyty ja kirjaaminen on laadultaan vaihtelevaa.
Olsbo-Nurminen Maritta (2012)	Tutkia potilastietojärjestelmien suunhoitosivut kaikilla suomalaisilla teho-osastoilla, joissa on käytössä Clinisoft-potilastietojärjestelmä. Analysoida yhden yliopistosairaalan teho-osaston hoitajien suunhoidon kirjauksia.	Sisällön erittely.	Potilastietojärjestelmän suunhoitosivujen rakenne ei ohjannut ehkäisevään suunhoitoon ja tehohoitopotilaan suunhoitoa kirjattiin usealle sivulle. Kirjaaminen oli päällekkäistä. Suunhoidosta hoitajat kirjasivat eniten eritteiden määrää ja laatua ja vähiten suunhoidossa käytetyistä apuvälineistä sekä suunhoitoon liittyvästä arvioinnista.
Asamani James Avoka, Amenorpe Frank Delasi, Babanawo Felicia ja Ansah Ofei Adelaide Maria (2014)	Kartoittaa tämänhetkistä kirjaamisen tasoa Ghanassa.	Retrospektiivinen potilaskertomusten tarkastelu.	46% potilaskertomuksista ei oltu kirjattu hoitajan antamaa hoitoa ja 63 % ei oltu kirjattu hoitotyön arviontia ensimmäisen päivän jälkeen. 57 % kirjauksista ei ollut allekirjoitettu hoitajan toimesta.
Wang Ning, Hailey David ja Yu Ping (2011)	Tutkia hoitotyön kirjaamisen laatua ja asennoitumista kirjaamiseen.	Systemaattinen englanninkielisten määrällisten ja laadullisten tutkimusten katsaus.	Suurimmassa osassa julkaisuista arvioitiin kirjaamisen rakennetta, prosessia ja sisältöä. Lukuisat arvioinnin välineet tunnistettiin. Hoitotyön kirjaamisen puutteet ja niiden vaikutus laatuun ymmärrettiin.

Blair Wendy ja Smith Barbara (2012)	Tutkia hoitotyön kirjaamisen viitekehyksiä ja runkoja. Tunnistaa ja toteuttaa kirjaamiseen viitekehys, joka kannustaa hoitajia kriittiseen ajatteluun, edistää näyttöön perustuvaa hoitotyön kirjaamista ja hyödyntää aikaisempien tutkimusten tuloksia potilaan hoitoprosessissa.	Kirjallisuuskatsaus, SOAP-menetelmän pilotointi.	Käytön jälkeinen palaute oli vain positiivista. Kirjaamisessa tapahtui huomattava parannus ja kriteerit toteutuivat 95%:ssa kirjauksista. Viitekehykset ja selkeä runko auttaa hoitajia jäsentämään kirjaamistaan.
Annersten Gershter Magdalena, Pilhammer Eva ja Alm Roijer Karin (2011)	Tutkia sairaanhoitajien kirjaamista diabetespotilaiden hoitotyössä ruotsalaisen kunnan kotisairaanhoidossa.	Poikkileikkaustutkimus.	Useimmissa kirjauksissa oli huomioitu eri hoitotyön vaiheita (suunnittelu, toteutus ja arviointi). Yleinen kirjaamisen taso oli kuitenkin tutkimustulosten mukaan riittämätön. Veren glukoosipitoisuutta ja hoitotasapainoa kirjattiin 61% asiakirjoista, paino oli kirjattu 4%, verenpaine 10%, jalkojen haavaumat 21%. Potilaann ohjausta ja jalkojen haavaumien ehkäiseviä toimia ei oltu kirjattu. Tabletti ja insuliini annostelut olivat hyvin kirjattu. Hoitotyön prosessia ei oltu noudatettu. Päivitetyt lääkelistat puuttuivat useista potilastiedoista.