

Minna Haapamäki ja Johanna Hyry

Kirjaamisen kehittyminen sairaanhoitajan työssä

Opinnäytetyö

Kevät 2015

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Minna Haapamäki ja Johanna Hyry

Työn nimi: Kirjaamisen kehittyminen sairaanhoidajan työssä

Ohjaajat: Helinä Mesiäislehto-Soukka TtT, lehtori ja Tiina Mäki-Kojola TtM, päätoiminen tuntiopettaja

Vuosi: 2015

Sivumäärä: 58

Liitteiden lukumäärä: 4

Hoitotyön kirjaaminen on merkittävä osa hoitotyötä. Aihetta haluttiin tutkia, koska sillä on suuri merkitys sairaanhoidajan työssä. Tutkimus toteutettiin yhdessä JIK:n peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kanssa. Tämän opinnäytetyön hyödyt näkyvät ammatillisena kehittymisenä. Opinnäytetyön toteutuksen myötä hoitotyön kirjaamista pystytään tarkastelemaan laaja-alaisemmin eri näkökulmista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää JIK:n osastojen sairaanhoidajien kirjaamiskäytäntöjä, kuinka he kokivat hoitotyön kirjaamisen ja kuinka paljon aikaa he käyttivät hoitotyön kirjaamiseen. Lisäksi tarkoituksena oli saada selville hoitotyön kirjaamisen merkitys potilaille ja sairaanhoidajille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa saadun tiedon avulla kehittämisehdotuksia kohteena olevien yksiköiden kirjaamiskäytäntöihin. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat miten sairaanhoidajat toteuttavat hoitotyön kirjaamisen, miten sairaanhoidajat kokevat hoitotyön kirjaamisen, miten paljon aikaa sairaanhoidajat käyttävät työajastaan hoitotyön kirjaamiseen ja mikä merkitys hoitotyön kirjaamisella on potilaille ja sairaanhoidajille? Tutkimustulokset kerättiin avoimien kyselylomakkeiden ja ajankäytön seurantalomakkeiden avulla. Avoimiin kyselylomakkeisiin vastasivat 16 sairaanhoidajaa ja ajankäytön seurantalomakkeen täyttivät 14 sairaanhoidajaa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Tulosten perusteella sairaanhoidajien kirjaamiskäytännöt olivat yksilöllisiä. Kirjaaminen koettiin aikaa vieväksi ja se vei aikaa potilastyöstä. Kirjaamisella on suuri vaikutus turvallisuuteen niin potilaiden kuin hoitajienkin näkökulmasta. Hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osatekijä tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden kannalta hoitotyössä. Tulosten mukaan hoitotyön kirjaamiseen liittyy paljon haasteita. Sairaanhoidajien kirjaamiskäytännöt tulisi saada yhtenäisemmiksi. Sen avulla kirjaaminen helpottuu ja nopeutuu. Sairaanhoidajille tulee tarjota lisäkoulutusta systemaattisen kirjaamisen hyödyntämiseen. Huolellisen kirjaamisen avulla parannetaan potilas-turvallisuutta ja huomioidaan sairaanhoidajan oikeusturva.

Avainsanat: hoitotyö, kirjaaminen, sairaanhoidaja

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Authors: Minna Haapamäki and Johanna Hyry

Title of thesis: Documentation Development in the Work of a Nurse

Supervisors: Helinä Mesiäislehto-Soukka PhD, lecture and Tiina Mäki-Kojola MNSc, lecturer

Year: 2015

Number of pages: 58

Number of appendices: 4

Nursing documentation is a significant part of nursing. This subject needed to be researched because it has a huge meaning in the work of a nurse. This survey was accomplished in co-operation with JIK. The benefits of this thesis will be seen as professional development. In the future, nursing documentation is to be explored from different perspectives.

The purpose of the thesis was to clarify the policies of documentation done by nurses on the wards and how they experience it, as well as how much time they spend on nursing documentation. The purpose was also to find out the meaning of nursing documentation for patients and nurses. The goal of the thesis was to provide development suggestions for documentation policies of the target wards based on the results. The main questions of the thesis were how do nurses accomplish the documentation of nursing, how do nurses experience the documentation of nursing how much time do nurses use for documentation and what meaning does the documentation of nursing have for patients and nurses? The results were collected using open questionnaires and track sheets of the use of time. Sixteen nurses replied to open questionnaires and fourteen nurses completed the track sheets of the use of their time. The results were analyzed with the help of content analysis.

According to the results, the policies of documentation of nurses were individual. Documentation was experienced as time-consuming and it took time off from patient work. Documentation has a huge effect on safety both from patients' and nurses' perspective. Nursing documentation is an important component of nursing regarding the flow of information and the stability of nursing. There are lots of challenges in nursing documentation according to the results. The documentation policies of nurses should be standardized, which would ease and speed up the documentation of nursing. Further training of the use of systematic documentation should be offered to nurses. With the help of thorough documentation, patient safety will be improved and the legal protection of nurses will be noted.

Keywords: nursing, documentation, nurse

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkoluetelo.....	6
Käytetyt termit ja lyhenteet	7
1 JOHDANTO.....	9
2 HOITOTYÖN KIRJAAMISEN HISTORIA	10
2.1 Kirjaamisen alkuvaiheita	10
2.2 Kirjaamisen kehityksen vaiheita	10
3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	13
3.1 Potilasasiakirjoja säätelevät lait	13
3.2 Näyttöön perustuva hoitotyö ja kirjaaminen	15
3.3 Systemaattinen kirjaaminen	17
3.4 Eettisyys kirjaamisessa	20
3.5 Kirjaamisen merkitys ja haasteet	22
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	25
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS	26
5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	26
5.2 Tutkimukseen osallistuvien valinta ja aineiston keruu	27
5.3 Sisällönanalyysi	28
6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN HYÖDYNTÄMINEN	30
6.1 Tutkimustulokset	30
6.1.1 Miten sairaanhoitajat toteuttavat hoitotyön kirjaamisen?.....	30
6.1.2 Miten sairaanhoitajat kokevat hoitotyön kirjaamisen?.....	31
6.1.3 Miten paljon aikaa sairaanhoitajat käyttävät työajastaan hoitotyön kirjaamiseen?.....	34
6.1.4 Mikä merkitys hoitotyön kirjaamisella on potilaille ja sairaanhoitajille?	35
6.2 Pohdintaa tutkimustuloksista.....	37

6.3 Kehittämisehdotuksia.....	43
7 POHDINTAA OPINNÄYTETYÖSTÄ.....	46
7.1 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista	46
7.2 Pohdintaa opinnäytetyön eettisyydestä ja luotettavuudesta.....	47
7.3 Omat oppimiskokemukset.....	49
7.4 Jatkotutkimusaiheet	50
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	52
LÄHTEET.....	53
LIITTEET	58

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. FinCC-mallin luokitukset. Luokitusten sisältö kuvattuna asioista, jotka ovat keskeisiä hoitoprosessissa.....	18
Kuvio 2. Yhteenveto kehittämis ehdotuksista.....	45
Taulukko 1. FinCC-luokitusten komponentit.....	18
Taulukko 2. Esimerkki FinCC-luokitusten käytöstä hoitoprosessissa. K= komponentti, PL= pääluokka, AL= alaluokka ja VT= vapaa teksti.....	20
Taulukko 3. Hoitotyön kirjaamiseen kulunut aika JIK:n yksiköissä eri työvuoroissa yhteenlaskettuna. Lisäksi kuvattu keskimääräiset kirjaamiseen kuluneet ajat eri työvuoroissa.....	35

Käytetyt termit ja lyhenteet

Näyttöön perustuva hoitotyö	Parhaan ajantasaisen tiedon käyttämistä harjoitteen hoitotyössä.
Hoitotyön kirjaaminen	Kirjaamisesta käy ilmi potilaan hoidon kannalta tärkeät asiat ja hoidon eri vaiheet.
Sähköinen kirjaaminen	Hoitotyön dokumentointia sähköisesti.
Sairaanhoitaja	Hoitotyön ammattihenkilö, joka on suorittanut ammattikorkeakoulututkinnon, 210 opintopistettä.
Potilasasiakirjat	Sisältävät potilaiden terveyteen liittyviä tietoja ja hoidon kannalta oleellisia asioita. Niistä tulevat ilmi hoitotyön eri vaiheet ja ketkä sitä ovat toteuttaneet.
Systemaattinen kirjaaminen	Hoitotyön kirjaamista erilaisiin luokituksiin perustuen. Kutsutaan myös nimellä rakenteellinen kirjaaminen.
FinCC-luokitus	Finnish Care Classification, suomalainen hoidon tarve- ja toimintoluokitus.
CCC-luokitus	Clinical Care Classification, yhdysvaltalainen luokitusjärjestelmä, joka toimii perustana FinCC:lle.
Komponentti	Systemaattisen kirjaamisen apuna käytettävä otsikko.
Fraasipohja	Erilaisista komponenteista koostuva valmis mallipohja, jota voi hyödyntää hoitotyön kirjaamisessa.

JIK

Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä.

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena oli kirjaamisen kehittyminen sairaanhoitajan työssä. Kirjaaminen on kehittynyt pienen ajan sisällä ja sitä kehitetään jatkuvasti. Aihetta haettiin tutkia, koska sillä on suuri merkitys sairaanhoitajan työssä. Yhteistyötä tehtiin peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä JIK:n kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää JIK:n osastojen sairaanhoitajien kirjaamiskäytäntöjä, kuinka he kokivat hoitotyön kirjaamisen ja kuinka paljon aikaa he käyttivät hoitotyön kirjaamiseen. Lisäksi tarkoituksena oli saada selville hoitotyön kirjaamisen merkitys potilaille ja sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa saadun tiedon avulla kehittämisehdotuksia kohteena olevien yksiköiden kirjaamiskäytäntöihin.

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hyödynnetään parasta ja ajantasaista tietoa. Potilaan hoidon kannalta on harkittava tarkkaan saadun tiedon luotettavuutta. Lisäksi potilaalle on tarjottava laadukasta hoitoa. Se saavutetaan, kun hoitajalla on ajantasaista tietoa ja hän huomioi potilaan tarpeet. Lisäksi hoitajan tulee pohtia hoitotyötä omien kokemustensa kautta. (Korhonen ym. 2015.)

Huolellinen kirjaaminen vaikuttaa potilasturvallisuuteen, lisää asiakaslähtöisyyttä ja ilmaisee hoidon tuloksen (Mykkänen ym. 2011a). Hoitotyötä ja siihen liittyvää kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset, kuten esimerkiksi Henkilötietolaki (L 22.4. 1999/523). Hallilan (2005b) mukaan hoitotyön kirjaamista hankaloittaa luotettavan tutkimustiedon vähäisyys ja erilaiset hoitajien asenteet tutkittuun tietoon sekä tiedon hakemiseen. Kirjaamisen on oltava eettistä, jonka avulla turvataan potilaiden hyvä kohtelu (Haho 2009). Sarannon ja Ension (2007) mukaan puutteellisesti kirjattu tieto hankaloittaa hoitamista ja altistaa hoitovirheille. Hoitohenkilökunnan on mietittävä tarkoin, mitkä asiat potilaan tietoihin kirjataan (Hallila 2005a).

Opinnäytetyössä perehdyttiin aluksi hoitotyön kirjaamisen historiaan ja sen jälkeen kirjaamisen kehittymiseen. Nykyään kirjaaminen tapahtuu FinCC:n määrittämien ohjeiden ja komponenttien mukaan, jolloin puhutaan systemaattisesta kirjaamisesta.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMISEN HISTORIA

2.1 Kirjaamisen alkuvaiheita

Terveys- ja potilaskertomusten tausta ulottuu pitkälle historiaan. Alun perin kirjaamisen tavoitteena oli tilastoida tietoa tartuntatautien yleisyydestä. Ajan kuluessa kirjaaminen on muuttunut yksittäisen työntekijän työvälineeksi, jota kaikki ammattiryhmät käyttävät. (Ensio & Häyrinen 2008.) Vaikka potilasasiakirjoihin ei ole aina tehty merkintöjä, oli potilaan hoito silti suunnitelmallista (Tolvanen 1980). Ensimmäisiä potilaisiin liittyviä asiakirjamerkintöjä löytyy 1920–1930 -luvulta. Kertomukset olivat hyvin yksinkertaisia ja lyhyitä. Niissä mainittiin ainoastaan potilaan nimi, ikä, kotipaikkakunta, tauti ja ajanjakso, jolloin potilas on ollut hoidossa. Lisäksi asiakirjoihin merkittiin hoidon tulokset ja muistutukset, joihin kuuluivat esimerkiksi tehdyt hoitotoimenpiteet. (Hallila 1998.)

Systemaattista kirjaamista löytyy vuodesta 1950 lähtien. Käytössä olivat niin sanotut ”mustat vihot”. Niissä kerrottiin hoidettavan ikä, nimi ja hoitotyön suunnitelma. Näihin vihkoihin tehtiin myös yksityiskohtaisempia merkintöjä muun muassa hoitajien työtehtävistä, potilaiden lääkityksestä ja vitaalielintoimintojen seuraamisesta. (Hallila 1998.)

2.2 Kirjaamisen kehityksen vaiheita

Hoitosuunnitelman lomakemalleja saatiin Suomeen 1960-luvulla ulkomailta. Niitä otettiin käyttöön eri työyksiköissä. Alussa nämä lomakemallit eivät sopineet hoitotyön käytäntöön. Kirjaamisen kehitystyötä haittasivat hoitotyön pirstaleisuus ja henkilökunnan puute. Lisäksi hoitohenkilökunta koki kirjaamisen työläänä ja tarpeettomana, koska heidän mielestään kirjattavat asiat olivat itsestään selviä. Hoitotyön kehittymisen myötä opittiin hyödyntämään kirjaamista ja näin ollen myös kehittämään sitä. Ongelmaksi kirjaamisessa muodostui se, että henkilökunta ei tiennyt miksi ja miten hoitotyötä piti kirjata. (Tolvanen 1980.)

Potilaskohtaista hoitosuunnitelmaa alettiin käyttää aluksi yliopistosairaaloissa, joista se levisi pienempiin sairaaloihin. Tämän avulla tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus tulivat paremmin esille hoitotyössä. Raporttivihot korvattiin lomakkeilla, jotka olivat potilaskohtaisia. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2005, 34–35.) Käyttöön tulivat niin kutsutut ”rengaskirjat”. Ne sisälsivät hoitosuunnitelmalomakkeen, johon sairaanhoitajat kirjasivat hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyviä asioita vuorokauden ajalta. (Hallila 1998.) Lomakkeiden suunnittelussa hoitotyön lähestymistavoilla oli merkitystä. Jos potilaan vaiva oli fyysinen, lomakkeet olivat sellaisia, joita täytettiin viivoin ja asteikoin. Vaivan ollessa psyykinen, kirjaamislomakkeissa oli enemmän tilaa vapaalle tekstille. (Tolvanen 1980.) Sairauskertomusten tekstit olivat lyhyitä aina 1960-luvun puoliväliin saakka. Tekstit olivat käsin kirjoitettuja ja pääasiassa lääkärin tekemiä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2005, 34–35.)

Vuonna 1972 astui voimaan kansanterveyslaki, jonka myötä potilaan hoitoon osallistuivat useat eri ammattiryhmät. Tämän vuoksi kirjaamista yhtenäistettiin ja avuksi tulivat erilaiset lomakkeet. Organisaatioissa ja toimintayksiköissä käytettiin erilaisia lomakkeita ja tämä korosti niiden yhtenäistämisen tarvetta. (Ensio & Häyriinen 2008.)

Sairaalaliitto loi jatkuvan sairauskertomusjärjestelmän vuonna 1974 yhtenäistämään hoitotyön kirjaamista ja järjestelmän toteutumista. Sen hyödyt ilmenivät vähitellen sairaanhoitajan työssä ja sen avulla parannettiin potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2005, 35.) Nykypäivän kirjaamismallin kehittäminen alkoi Suomessa 1970-luvun loppupuolella (Hallila 1998).

1980-luvun alussa hoitajat alkoivat ajatella systemaattisen kirjaamisen tärkeyttä (Paans ym. 2010). Tällöin kiinnitettiin huomiota potilaiden hoidon tarpeiden määrittelyyn. Hoitohenkilökunnan omilla käsityksillä oli suuri merkitys havaintojen tekemisessä. Koettiin, että tiedot oli tärkeää kirjata, koska täten päätöksien teko oli luotettavampaa. Jo 1980-luvulla huomioitiin, että potilaiden tulee saada osallistua hoidon suunnitteluun. Tällöin hoitajilla oli hankaluuksia päättää kirjataanko tietoja potilaan koko hoitoprosessin ajalta, vai pelkästään esimerkiksi jostain tietystä toimenpiteestä. Potilaan hoidossa ei juurikaan huomioitu hoidon tuloksia. Sen sijaan arvioitiin lääketieteellisiä hoitotuloksia. (Tolvanen 1980.)

Tolvanen (1980) on kirjoittanut, että oikein toteutettuna kirjaamiseen ei kuluteta ylimääräistä aikaa. Vaikka kirjaaminen koettiin tärkeäksi hoitotyön osatekijäksi, pidettiin sitä myös rasitteena. Kirjaaminen helpotti tiedonkulkua, mutta samalla sen eteen piti nähdä vaivaa. Hoitotyön kirjaamisessa hyödynnettiin useita eri lomakemalleja. Käytäntö koettiin huonoksi ja sen vuoksi alettiin huomioida työyksikkökohtaisia tarpeita. Oli kiinnitettävä huomiota siihen, että kirjattavat asiat olivat oleellisia hoidon kannalta ja kieliasu mahdollisimman selkeää. Tällä tavoin välttyttiin väärinkäsityksiltä.

Vuonna 1982 Suomessa otettiin käyttöön sähköinen potilaskertomus (Kuusisto & Saloniemi 2010). Näihin aikoihin ei ollut käytössä yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä (Tolvanen 1980). Tulevaisuudessa tietotekniikka tuo uusia ulottuvuuksia hoitotyön kirjaamiseen ja on keskeinen työväline moniammatillisessa työyhteisössä (Hallila 1998).

3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

3.1 Potilasasiakirjoja säätelevät lait

Hoitotyön kirjaamista säätelevät monet lait ja asetukset. Potilasasiakirjat sisältävät henkilökohtaisia terveydentilaan liittyviä tietoja. Potilaskertomukseen sisältyvät lähetteet, lausunnot, laboratorio- ja röntgenasiakirjat, konsultaatiot, hoitoon liittyvät todistukset ja kaikki potilaaseen liittyvät tiedot sekä asiakirjat, jotka ovat syntyneet hoidon aikana. Näistä muodostuvat henkilörekisterit, jotka on määritelty henkilötietolaissa. (Hallila & Graeffe 2005.)

Hoitotiedot, jotka kirjataan potilaskertomukseen ovat:

- potilaan tulosyy
- henkilötiedot
- sen hetkinen tila
- huomiot
- saadut tutkimusvastaukset
- ongelmien selvittäminen
- diagnoosi
- suunnitelma ja sen toteuttaminen sekä seuraaminen
- sairauden eteneminen
- yhteenveto (A 30.3.2009/298, 11§).

Potilastietoihin tehdyt merkinnät toimenpiteistä on perusteltava. Niistä on käytävä ilmi hoitoon liittyviä asioita. Niitä ovat hoitoon osallistuneet henkilöt, miten hoitoa on toteutettu, onko jotain huomioitavaa ja mihin ratkaisuun hoidossa on päädytty. (A 30.3.2009/298, 12§). Pykälässä 13 (A 30.3.2009/298) kerrotaan, että potilaan hoitotietoihin on kirjattava sekä haitalliset että tehottomat hoitotoimenpiteet.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama asetus kertoo potilasasiakirjoihin (30.3.2009/298, 4§) liittyen, että käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin määritellään yksityiskohtaisesti. Hoitohenkilökunnan jäsenillä tulee olla omat henkilökohtaiset tunnukset, joista heidät tunnistetaan. Heille voidaan asettaa erilaisia oikeuksia potilasasiakirjoihin riippuen heidän asemastaan. Potilaiden päivittäisissä merkinnöis-

sä on eroja, esimerkiksi psykiatrian merkinnät suojataan niin, että ne eivät ole kaikkien saatavilla. Lääkitykset ja riskitiedot tulee kuitenkin olla kaikkien näkyvillä.

Henkilötietolaki turvaa yksityiselämää ja henkilötietojen perusoikeuksia sekä edistää tapaa, jolla kehitetään ja noudatetaan tietojenkäsittelyä (L 22.4.1999/523, 1 luku, 1§). Merkinnät henkilöstä kuvaavat hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan ja niiden on oltava tunnistettavissa häntä itseään koskeviksi (Hallila & Graeffe 2005). Henkilötietolaissa (L 22.4.1999/523) 2 luvun 5 §:ssä kerrotaan, että huolellisuutta tulee noudattaa niin, ettei yksityisensuojaa turvaavia perusoikeuksia rajoiteta.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559, 1 luku 1§) koostuu terveydenhuollon palvelujen laadusta ja potilasturvallisuuden edistämisestä valvomalla hoitohenkilökunnan riittävää ammatillista koulutusta. Moniammatillisen yhteistyön toimivuutta pyritään myös helpottamaan lain avulla. Hoitohenkilöstölle tärkeä laki on salassapitovelvollisuus. Työtehtävissä saatua tietoa ei saa kertoa sivullisille luvatta. Salassapitovelvollisuuteen liittyy vahvasti myös potilasasiakirjojen tuottaminen ja asianmukainen säilytys. (L 28.6.1994/559, 3 luku 16§ & 17§). Potilasasiakirjoihin ovat oikeutettuja tekemään merkintöjä kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat osallisina potilaan hoidossa. Lisäksi opiskelijoilla on oikeus kirjata tietoja, jotka joko ohjaaja tai esimies hyväksyy. (A 30.3.2009/298, 6§.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, 2 luku 5§) määrittelee, että potilailla on oikeus tarkistaa heitä koskevia tietoja potilasasiakirjoista. Hoitohenkilökunnan tulee varmistaa potilaalta sisällön ymmärtäminen. Hoitohenkilökunnan on säilytettävä kaikki potilasta koskeva materiaali ja hävittäminen tulee tehdä sen jälkeen kun säilyttämisellä ei ole enää aiheetta (L 17.8.1992/785, 4 luku 12§). Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido muodostavat yhdessä laajan potilastietorekisterin. Jokainen toimintayksikkö voi hyödyntää toisen toimintayksikön tietoja vain, jos potilaan hoito sitä vaatii. Potilas voi halutessaan kieltää tiedonsiirron eri toimintayksiköiden välillä. Hän voi kuitenkin perua kiellon milloin vain. (L 30.12.2010/1326, 1 luku 9§.)

3.2 Näyttöön perustuva hoitotyö ja kirjaaminen

Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoite on turvata potilaille laadukas ja paras hoito (Korhonen ym. 2015). Se voidaan määritellä ajantasaisen tiedon hankkimiseksi ja sen järjestelmälliseksi, kriittiseksi ja harkituksi käytöksi (Sarajärvi 2009). Tutkimustiedon hyödyntäminen on olennainen osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Käytännön hoitotyössä se ei aina riitä, koska potilaiden tarpeet, henkilökohtaiset toiveet ja hoitajien kliininen asiantuntemus vaikuttavat päätöksentekoon. (Heikkilä 2005, 13.) Asiantuntijat hoitotyössä, esimerkiksi mentorit ja kliiniset opettajat ovat avuksi näyttöön perustuvassa hoitotyössä ja etenkin sen toteutuksessa (Kehus & Törmänen 2014).

Näyttöön perustuvan hoitotyön myötä toimintakäytännöt tehostuvat ja toimintaedellytykset kehittyvät. Näiden myötä hoitotyön tulokset paranevat. Näyttöön perustuva hoitotyö on prosessi. Siinä tehdään oikeita asioita, oikealla tavalla, oikealle potilaalle ja oikeaan aikaan. (Hallilla 2005b.) Sarajärven (2009) mukaan hoitotyön laatua, tehokkuutta ja vaikuttavuutta lisää paras mahdollinen näyttö, johon hoitotyö perustuu. Jos hoitajien päätöksenteko pohjautuu heikkotasoisin näyttöihin, se näkyy virheellisinä päätösinä. Hyödyttömien menetelmien käyttäminen on epäeettistä potilaan kohtelua. Potilaan kannalta epäluotettavan näytön käyttäminen päätöksenteon tukena näkyy laadun vaihteluina ja jopa hoitovirheinä. Tästä syystä päätöksenteon tukena on käytettävä luotettavaa tutkimusnäyttöä. Tällöin taataan laadukas hoito ja potilasturvallisuus paranee. (Korhonen ym. 2015.)

Näyttöön perustuva hoitotyö koostuu toiminnasta, tuloksesta ja sen arvioinnista. Näyttö voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan, niitä ovat tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu toimintanäyttö ja kokemukseen perustuva näyttö. (Leino-Kilpi & Lauri 2003.) Tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö on tutkimuksen avulla tieteellisin perustein kerättyä tietoa, ja sen käyttämistä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta hoidettavan ihmisen terveyteen ja elämänlaatuun. Hyväksi havaittu toimintanäyttö pohjautuu terveydenhuollon organisaatioissa tietoon, joka on kerätty laadun arviointi- tai kehittämistarkoituksessa. (Leino-Kilpi & Lauri 2003.)

Kokemukseen perustuva näyttö tarkoittaa sitä, että esimerkiksi sairaanhoitaja tukeutuu toiminnassaan aiemmin hyväksi havaittuihin toimintamalleihin, vaikka ei

osaa tarkemmin määritellä, miksi toimii tällä tavalla. Se on myös potilaan kokemus hoidon vaikuttavuudesta ja siitä, miten se vastaa juuri hänen tarpeisiinsa. (Leino-Kilpi & Lauri 2003.) Näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisessa hoitotyönhenkilökunnalla on merkittävä rooli. Myös potilaan kohtaaminen ja sen hetkinen tilanne vaikuttavat siihen, toteutetaanko näyttöön perustuvaa toimintaa. (Korhonen ym. 2015.)

Hoitotieteellistä tutkimustietoa käytetään enemmän, kuin kokemusperäistä näyttöä. Tämän avulla hoitotilanteiden- ja käytäntöjen perusteleminen pystytään toteuttamaan luotettavasti. (Sarajärvi 2009.) Vaikka hoitotieteellistä tutkimustietoa käytetään enemmän, luotettavaa näyttöä kaikista hoitotyön toiminnoista ei ole tarpeeksi saatavilla. Lisäksi tiedonhaku koetaan liian uudeksi asiaksi ja aikaa ei ole riittävästi. (Hallila 2005b.) Sarajärven (2009) tutkimuksesta ilmenee, että sairaanhoitajien mielestä näyttöön perustuva tieto on ilmaistu vaikeassa muodossa. Tietoa on helpompi hyödyntää, kun se on ilmaistu helpommassa muodossa (Korhonen ym. 2015). Organisaation tukea pidetään tärkeänä näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumisessa. Sen asettamat mahdollisuudet ja odotukset edesauttavat toteutumisesta. (Heikkilä 2005, 12.) Näyttöön perustuva hoitotyö on käsitteenä vieras osalle hoitohenkilökunnasta. Hoitajilla tulee olla tarve kehittää hoitokäytäntöjä. On tärkeää tunnistaa käytännöt, jotka ovat virheellisiä tai vanhentuneita. (Korhonen ym. 2015.)

Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön tulee perustua näyttöön, joka voidaan lukea hoitotyön kirjauksista. Niistä tulisi näkyä, mitä hoitotyön keinoilla on saatu aikaan ja mihin tietoon päätökset perustuvat. Näyttöön perustuvan kirjaamisen tarkoituksena on kuvata hoitotyön vaikutuksia ja kustannusvaikuttavuutta. (Hallila 2005b.) Henkilökuntaresurssit ja budjetit ovat tänä päivänä pienet, mutta tutkittua tietoa löytyy entistä enemmän. Tämän vuoksi tulee keskittyä siihen, miten toimitaan ja, miten saavutetaan mahdollisimman paljon hyötyä potilaalle. (Pekkala 2008.) Potilasturvallisuuden kannalta on muistettava olla kriittinen ja verrata tutkimustuloksia omaan työhön ja tapaan, jolla toimitaan potilaiden parhaaksi (Hallila 2005b; Pekkala 2008).

Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat luotettavaa tietoa heidän hoitoaan ja terveyttään koskevista asioista. Sen avulla karsi-

taan pois tehottomat ja ei-tieteelliset auttamiskeinot. Näyttöön perustuvan kirjaamisen avulla voidaan kohdistaa voimavarat oikein ja taloudellisesti, sekä huomioida hyödyt tiedonkulussa. Suullisesta, muistinvaraisesta ja epätarkasta tiedottamisesta päästään eroon näyttöön perustuvan kirjaamisen avulla. (Hallilla 2005b.)

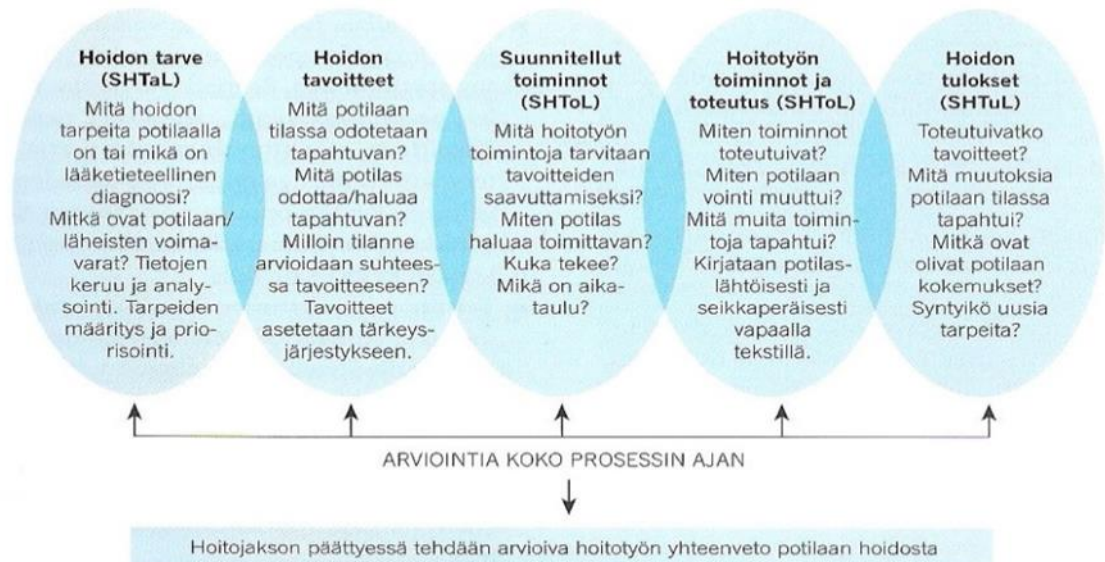
Lääkehoito ja siihen liittyvä kirjaaminen on yksi sairaanhoitajien tärkeimmistä työtehtävistä. Vastuualueisiin kuuluvat lääkehoitoon liittyvä tiedonkulku omassa yksikössä ja eri yksiköiden välillä. Potilasturvallisuuden riski kasvaa, jos lääkitykseen liittyvät kirjaukset ovat epäselviä tai puutteellisia. Riskiä kasvattavat myös epäselvät lääkemääräykset ja laitossiirrot, joissa tiedonkulku on puutteellista. Lääkehoitoa vaarantavat julkisen ja yksityisen terveydenhuollon toteuttamat lääkemääräykset, joita ei pystytä suoraan päivittämään yhteiselle lääkelehdelle. Lääkehoidon huolellinen kirjaaminen on tärkeää oikeusturvan kannalta. Potilailla on oikeus kieltäytyä lääkehoidosta. Tässä tilanteessa on hyvin tärkeä kirjata potilasasiakirjoihin tieto kieltäytymisestä. (Erkko & Johansson 2013.)

3.3 Systemaattinen kirjaaminen

Näyttöön perustuva hoitotyö ohjaa systemaattista kirjaamista (Niemi ym. 2013). Systemaattinen kirjaaminen koostuu sisällöstä ja rakenteesta, eli siitä mitä kirjaan ja miten kirjataan. Systemaattinen merkitsemistapa tuo esille ydintiedot potilaskertomuksesta. (Tanttu 2011.) Sitä hyödyntämällä kirjatut asiat ovat yhtenäisiä (Mykkänen ym. 2011b). Tieto tulee muotoilla valmiita komponentteja käyttäen. Systemaattinen kirjaaminen mahdollistaa helpon tiedonhaun aiemmista potilasmerkinnöistä, jotka vaativat asianmukaisten komponenttien käytön. (Tanttu 2011.)

Systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa hoidon kuvaamista loogisesti ja selkeästi. Hoitoprosessi tulee tehdä tätä tapaa hyödyntäen. (Liljamo ym. 2012, 10; Mykkänen ym. 2011a.) Kirjaamiskäytännöt pohjautuvat WHO:n luomiin päätöksentekomalleihin. CCC-luokitus on yhdysvaltalainen luokitusjärjestelmä, jonka pohjalta FinCC-luokitus on rakennettu. (Tanttu 2011.) Systemaattisessa kirjaamisessa käytetään tätä FinCC-luokitusta, joka koostuu kolmesta eri luokituksesta. Niihin kuuluvat hoidon tarveluokitus (SHTaL), hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) ja hoidon tulosluokitus (SHTuL). (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.) Kuvioista 1 selviää, mitkä

asiat ovat keskeisiä hoitoprosessia tehtäessä. Kun tarveluokitus on määritelty huolellisesti hoitosuhteen alkaessa, se helpottaa kirjaamista myös muiden luokitusten osalta (Ensio & Kinnunen 2011).



Kuvio 1. FinCC-mallin luokitukset. Luokitusten sisältö kuvattuna asioista, jotka ovat keskeisiä hoitoprosessissa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa käytetään tarveluokitusta ja toimintoluokitusta (Liljamo ym. 2012, 10). Niihin sisältyvät komponentti, pääluokka ja alaluokka (Iivanainen & Syväoja 2012, 15). Komponentteja tarve- ja toimintoluokissa on 17. Ne ovat kuvattuna taulukossa 1. Pää- ja alaluokkia on vaihteleva määrä. Luokkia täydennetään vapaalla tekstillä, josta selviää konkreettinen tieto. (Ensio & Kinnunen 2011.)

Taulukko 1. FinCC-luokitusten komponentit (Liljamo 2012, 7).

Aineenvaihdunta	Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio	Ravitsemus
Aisti- ja neurologiset toiminnot	Kudoseheys	Selviytyminen
Aktiviteetti	Lääkehoito	Terveyskäyttäytyminen
Elämänkaari	Nestetasapaino	Turvallisuus
Erittäminen	Psyykinen tasapaino	Verenkierto
Hengitys	Päivittäiset toiminnot	

Hoidon tarpeen kohdalle lisätään merkintä sen varmuudesta. Näitä merkintöjä ovat varma (VAR), todennäköinen (TOD) ja epäily (EP). (Hoffrén & Tanttu 2008.) Taulukossa 2 kuvataan varmuusasteen merkitsemistä. Hoitotyön kirjaamisen on oltava ymmärrettävää ja loogisessa järjestyksessä niin, että potilaat ja eritasoisen työkokemuksen omaavat hoitajat voivat ymmärtää sen (Paans ym. 2010). Lisäksi potilaskertomusten on oltava yksilöllisiä (Iivanainen & Syväoja 2012, 15). Kirjaamisen tulee olla tarvelähtöistä, eikä kronologista ja kuvailevaa (Paans ym. 2010).

Hoidon tulosten avulla tarkastellaan potilaan voinnissa tapahtuneita muutoksia. Niitä pohtiessa on huomioitava aiemmin asetetut tarpeet, tavoitteet ja toiminnot. Tilaa arvioidaan käyttämällä asteikkoa, jonka jälkeen arviointia voi kuvata käyttäen vapaata tekstiä. Taulukossa 2 on arvioitu potilaan voinnin olevan ennallaan ja parantunut. Lisäksi arviointiin on kirjattu vapaata tekstiä. Hoidon tulosten arvioinnin asiasanoja ovat:

- **Parantunut** kuvaa potilaan tilan huomattavaa kohentumista tulotilanteeseen verraten.
- **Ennallaan** kuvaa sitä, että potilaan vointi on säilynyt lähes ennallaan.
- **Huonontunut** kuvaa huomattavaa voinnin alenemista tulotilanteeseen verraten. (Liljamo ym. 2012, 18.)

Kun potilaan hoitajakso päättyy, hoitohenkilökunnan on tehtävä hoitotyön yhteenveto, johon kirjoitetaan miten hoito on toteutunut ja mikä potilaan vointi on sillä hetkellä. Hoitotyön yhteenvetoa on mahdollista hyödyntää jatkohoidossa (Iivanainen & Syväoja 2012, 16–18.) Potilaan siirtyessä toiseen yksikköön voi yhteenvetosta nähdä esimerkiksi, millaista ohjausta potilas on saanut aiemmassa hoitoyksikössä (Kääriäinen & Kaakinen 2008.) Hoitotyön tulokset kuvaavat muutoksia potilaan voinnissa. Hoitotyön yhteenvetosta on tultava ilmi hoitoisuusluokka, joka kertoo kuinka vaativaa potilaan hoito on ollut. Sen avulla arvioidaan ja selvitetään hoitoon kuluneita kustannuksia sekä mitataan riittävää henkilöstömäärää. (Tanttu 2011.)

Taulukko 2. Esimerkki FinCC-luokitusten käytöstä hoitoprosessissa. K= komponentti, PL= pääluokka, AL= alaluokka ja VT= vapaa teksti. (Iivanainen & Syväoja 2012, 19.)

Hoidon tarve (SHTaL)	Hoidon tavoitteet	Suunnitellut toiminnot (SHToL)	Hoitotyön toiminto (SHToL)	Hoidon tulokset (SHTuL)
K: Aktiviteetti PL: Unihäiriö AL: Vähäunisuus VT: Kertoo valvovansa öisin ja heräävänsä herkästi. VAR	Aktiviteetti: Saa nukutuksi yönsä.	K: Aktiviteetti PL: Unta tai valvetilaa edistävä toiminta VT: Selvitetään unettomuuden taustatekijöitä.	K: Aktiviteetti PL: Unta tai valvetilaa edistävä toiminta VT: Keskusteltu unettomuudesta, yrittää nukkua ilman unilääkettä.	K: Aktiviteetti Ennallaan VT: Kertoi valvoneensa yli puolen yön. Haluaa toistaiseksi edetä lääkkeettömällä linjalla.
K:Hengitys PL: Hengitysvaiva AL: Hengenahdistus VT: Kokee toisinaan hapen loppuvan, mikä aiheuttaa ahdistusta. VAR	Hengitys: Kokee hengityksen vaivattomaksi.	K: Hengitys PL: Hengityksen ja keuhkojen toiminnan ylläpitäminen AL: Hapen antaminen VT: Seurataan happisaturaatiomittarilla ja korjataan lisähapella, jos saturaatio on alle 90%.	K: Hengitys PL: Hengityksen ja keuhkojen toiminnan ylläpitäminen AL: Hapen antaminen VT: Iltavuorossa hengenahdistuskohtaus. Happisaturaatio oli 88%. Annettu O2 viiksillä 2L/min.	K: Hengitys Parantunut VT: Koki hapen antamisen helpottavana. Happiviikset eivät aiheuttaneet tukehtumisen tunnetta niin kuin venturimaskin käyttö. SaO2 nousi lisähapella 92%.

Neljän vuoden takaisessa tutkimuksessa oli selvitetty komponenttien tarpeellisuutta 124 henkilöltä, jotka käyttivät potilastietojärjestelmää. Heiltä saatiin palautetta siitä, kuinka hyödyllisinä ja kattavina he pitivät systemaattisessa kirjaamisessa käytettäviä komponentteja. Tutkimuksessa selvisi, että tarveluokituksista komponentit lääkehoito, jatkohoito ja verenkierto olivat hyödyllisimpiä, toimintoluokituksista puolestaan hyödyllisimpinä pidettiin lääkehoitoa, terveystalveluiden käyttöä ja jatkohoitoa. Kaiken kaikkiaan konkreettisimpia komponentteja olivat lääkehoito ja erittäminen, hyödyttömimpiä olivat kanssakäyminen ja selviytyminen. (Ensio & Kinnunen 2011.)

3.4 Eettisyys kirjaamisessa

Eettisyys on tärkeä lähtökohta hoitotyössä ja näyttöön perustuvassa kirjaamisessa. Eettisiä periaatteita ovat muun muassa rehellisyys, oikeudenmukaisuus, yksilön vapaus ja elämän kunnioittaminen. (Hallila 2005a.) Niitä on kirjattu ylös vuosi-

en ajan ja niihin ovat vaikuttaneet myös muiden alojen ammattihenkilöt. Eettisyys antaa henkilöille erilaisia välineitä ajatteluun, jonka pohjalta tehdään valintoja. Muita ammattiryhmiä on kunnioitettava ja heidän ammattitaitoaan tulee hyödyntää tarpeen vaatiessa. Lisäksi on myös määriteltävä omat rajansa, joiden mukaan työskentelee. Työntekijöillä itsellään on velvoite huolehtia omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan. (Valtakunnallinen terveydenhuolloneettinen neuvottelukunta (ETENE) 2001, 4–5.)

Näkökulmat, joiden kautta eettisyyttä pohditaan, luovat paljon erilaisia kysymyksiä. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi on tärkeää, että henkilötiedot kerätään, säilytetään ja jaetaan oikein. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 382–384.) Moniammatillisen yhteistyön näkökulma kirjaamisessa on merkittävää jatkohoidon kannalta (Virta-Helenius ym. 2004). Tieto koskee aina yksittäistä henkilöä, joten se asettaa vaatimuksia yksityisyyden säilyttämiseksi. Yksityisyys herättää kysymyksiä siitä, milloin henkilötietoja voi ja pitää jakaa eri tahoille. Sähköinen potilastietojärjestelmä ja lisääntynyt internetin käyttö herättävät epäilyksiä siitä, miten tietojen salassa pitäminen voidaan varmistaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 382–384.)

Kirjaamisen on perustuttava potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Kirjaajalla on oltava selkeä käsitys hoitamisesta ja kirjaamisesta asettaakseen oikeat tavoitteet potilaan hoitamiseksi. (Kärkkäinen 2007.) Tarkat hoitodiagnoosit mahdollistavat hoitajien keskittymisen hoitotyölle asetettuihin tuloksiin (Paans ym. 2010). Eettisiksi ongelmiksi muodostuvat puutteellinen kirjaaminen, tietojen vääristely ja salassapitovelvollisuuden rikkominen. Haasteeksi muodostuu lisäksi se, onko kirjattu tieto ollut tärkeää ja asiallista. (Haho 2009). Arkaluontoisten potilastietojen kirjaaminen ei ole sallittua. Niitä ovat:

- seksuaalinen suuntautuminen
- poliittiset ja uskonnolliset vakaumukset
- rikolliset teot
- rotu ja etninen tausta
- sosiaalihuollon palvelut, tarpeet ja etuudet (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 384–385).

Kärkkäisen (2007) mukaan potilaalla on oikeus vaikuttaa siihen, mitä hänestä kirjataan. Kirjaamisessa näkyy potilaan oma tahto, joka sairaanhoitajan on huomioi-

tava. Sairaanhoidajan kirjauksista on tultava ilmi mitä hän kokee ja havaitsee, mutta tulkinnoille on aina oltava peruste ja myös potilaalta itseltään kysyminen voi olla avuksi. (Haho 2009.)

Sairaanhoidajien on otettava vastuu tekemistään päätöksistä ja niitä seuranneista tapahtumista. Tämän vuoksi työssä tapahtuneista tilanteista raportoidaan julkisesti ja kirjataan ne asianmukaisesti. (Hallila 2005b.) Kirjauksesta tulee käydä ilmi, miksi jotain on tehty, onko tullut esiin jotain erityistä tai poikkeavaa ja mitkä ovat hoidon linjaukset jatkossa (Hallila & Graeffe 2005). Kirjattuja tietoja hyödynnetään valitus- ja valvontatilanteissa ja jos tiedot ovat puutteelliset, niitä on mahdotonta hyödyntää (Saranto & Ensio 2007). Tämän vuoksi tietoja ja tapahtumia tulee kirjata päivittäin hoidettavista potilaista. Tekstistä on myös löydyttävä hoitoon osallistuneet henkilöt. (Hallila & Graeffe 2005.) Kirjaaminen kuvastaa sairaanhoidajan toimintaa ja täten se on hyvin oleellinen osa hoitotyötä (Haho 2009).

3.5 Kirjaamisen merkitys ja haasteet

Kirjaamiseen tuovat omat haasteensa työpisteiden rauhattomuus ja niiden vähäisyys. Sähköiset järjestelmät ovat monimutkaisia ja hidaskäyttöisiä. (Hallila 2005b.) Tietojärjestelmien käyttöongelmat koettelevat hoitohenkilökunnan kärsivällisyyttä. Lisäksi ne hankaloittavat yhteisesti määriteltäviä työskentelytapoja. (Lappalainen ym. 2014.) Kirjaavan henkilön epäpätevyys, huono itseluottamus kirjaamisen suhteen ja kirjaamisen häirintä voivat vaikuttaa hoitotyön kirjaamiseen. Puutteellinen valvonta ja henkilöstön kouluttamattomuus ovat myös haittaavia tekijöitä. (Paans ym. 2010.) Elektroniikan myötä kirjaamiseen on tullut parannuksia, mutta se ei ole vähentänyt hoitajien työmäärää (Asikainen ym. 2008a). Kuusisto ja Saloniemi (2010) kertovatkin tutkimusartikkelissaan, että hoitajat pelkäävät tietokoneen käytön vievän liikaa aikaa potilaskontakteilta. Hoitajat kokevat kirjaamisen olevan turhauttavaa, hermostuttavaa ja sekoittavaa. Toisaalta hyvinä puolina pidetään lääkäreiden käytännön työn ja tiedonhaun selkiytymistä sekä raportoinnin tarpeen vähenemistä. (Kuusisto & Saloniemi 2010.)

Potilaita ja heidän läheisiään ei ole otettu tarpeeksi hyvin huomioon hoidon suunnittelua ja arviointia kirjattaessa (Salonen ym. 2012). Yliopistollisten sairaaloiden

neurologian osastoilla tehdyn tutkimuksen mukaan kirjaamisesta voi muodostua liian rutiininomaista, lyhyttä, ytimekästä ja tästä syystä tiedonsaanti huononee (Virta-Helenius ym. 2004). Salosen ym. (2012) tekemässä kartoituksessa on saatu selville, että hoitajat keksivät potilaiden hoitosuunnitelmat omasta päästään, eikä niitä kirjattu potilaiden tietoihin.

Hoitoaikojen lyhentyessä kirjaamisen tärkeys korostuu, kun läheiset haluavat enemmän tietoa läheisestään ja hoidon vaikutuksista. Myös potilaat ovat kiinnostuneita omasta hoidostaan. Kirjaamisen tavoitteena on edistää kokonaisuhoiton etenemistä, turvata tiedonsaanti, varmistaa hoidon toteutuminen ja hoidon jatkuvuus (Lehti 2004.) Hoitotyön kirjaamisen laatuun halutaan nykyään panostaa enemmän myös kansainvälisesti. Laatuja parannetaan luomalla uusia tapoja, vanhoja käytäntöjä tarkastellaan uudelleen ja yritetään löytää perusteet heikolle kirjaamiselle. Hoitohenkilökunnan määrän noustessa myös hoitotyön tehokkuus ja laatu kasvavat tutkimuksien mukaan. Tämä vaikuttaa myös hoitotyön kirjaamisen laatuun ja tehokkuuteen. Erityisesti vastuuhoidajan asenne vaikuttaa siihen, mitä potilasasiakirjoihin merkitään. Lisäksi ryhmän paine ja muiden mielipiteet ovat suuressa roolissa siihen, mitä potilasasiakirjoihin kirjoitetaan. (Björvell ym. 2002.)

Sähköisen kirjaamisen hyviä puolia ovat kirjaamisen laadun parantuminen. Tämä tarkoittaa, että kirjaamisesta on tullut potilaslähtöisempää, tarkempaa ja ytimekkäämpää. Lisäksi laadun parantumiseen vaikuttavat ajan tasalla olevat potilastiedot, joissa ei esiinny käsialaongelmia. Lääkäreiden määräykset ovat selkeämpiä ja ne näkyvät potilaiden hoitokertomuksissa. (Salonen ym. 2012.) Kaksoiskirjaamisen tarve vähenee ja tiedonhaku helpottuu systemaattisen kirjaamisen avulla (Niemi ym. 2013). Laadukkaalla kirjaamisella parannetaan potilasturvallisuutta. Samalla se vaikuttaa myönteisesti tiedonkulkuun. (Mykkänen ym. 2011a.) Sähköiset potilastietojärjestelmät mahdollistavat, että potilaan tietoja pystyvät tarkastelemaan muutkin, kuin sillä hetkellä potilasta hoitavat henkilöt (Lappalainen ym. 2014).

Tiedonkulun paranemiseksi on kehitetty valtakunnallinen potilastietoarkisto. Se on arkisto, jota käytetään sähköisessä muodossa. Sen tarkoituksena on parantaa tiedonkulkua terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä. Lisäksi potilaat saavat tarkastella sieltä omia tietojaan. (Häyrinen 2011.) Jos potilas antaa suostumuksen

tiedonsiirtoon, voivat eri organisaatiot hyödyntää niitä hoitotyössä. Hoitotyön kirjaamisen näkökulmasta on olennaista käyttää yhtenäisiä käytäntöjä, kun tiedot siirtyvät potilastietoarkistoon. Hoitosuhteen päättyessä hoitajat tekevät hoitotyön yhteenvedon, joka tulee näkyviin potilastietoarkistoon. (Mykkänen & Huovinen 2011.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää JIK:n osastojen sairaanhoitajien kirjaamiskäytäntöjä, kuinka he kokivat hoitotyön kirjaamisen ja kuinka paljon aikaa he käyttivät hoitotyön kirjaamiseen. Lisäksi tarkoituksena oli saada selville hoitotyön kirjaamisen merkitys potilaille ja sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa saadun tiedon avulla kehittämisehdotuksia kohteena olevien yksiköiden kirjaamiskäytäntöihin.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten sairaanhoitajat toteuttavat hoitotyön kirjaamisen?
2. Miten sairaanhoitajat kokevat hoitotyön kirjaamisen?
3. Miten paljon aikaa sairaanhoitajat käyttävät työajastaan hoitotyön kirjaamiseen?
4. Mikä merkitys hoitotyön kirjaamisella on potilaille ja sairaanhoitajille?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS

5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Laadullisessa tutkimuksessa teorialla on suuri merkitys ja ilman sitä ei saada aikaan kvalitatiivista tutkimusta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18). Kvalitatiivinen tutkimusprosessi voidaan jakaa kahteen vaiheeseen, käsitteelliseen ja empiiriseen. Käsitteellinen vaihe pitää sisällään aiheen valitsemisen ja rajaamisen, kirjallisuuskatsauksen ja teoreettisen taustan laatimisen. Siinä määritellään myös tutkimuksen kohde. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 83.) Opinnäytetyön tekeminen alkoi aiheen valitsemisella ja rajaamisella. Aihe valittiin, koska se on keskeinen osa sairaanhoitajan työtä. Lisäksi se on ajankohtainen keskustelua herättävä aihe hoitohenkilökunnan keskuudessa. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska se vaikutti luontevimmalta toteuttaa. Opinnäytetyön tulokset haluttiin kuvata sanallisessa muodossa, että sairaanhoitajien ajatukset tulivat selkeästi ilmi.

Saadun lähdemateriaalin perusteella rajattiin työn historiaosuus. Hoitotyön kirjaimisesta löytyi tietoa hyvin ja monipuolisesti. Teoreettisen viitekehyksen laatiminen oli aikaa vievää, koska tietoa haluttiin kerätä monipuolisesti eri lähteistä ja niiden pohjalta rakentaa kattava kokonaisuus. Yhteistyötä haluttiin tehdä perusterveydenhuoltoon ja tämän vuoksi päädyttiin yhteistyöhön JIK:n kanssa.

Aineiston keruu, tallennus, analysointi, tulosten tulkinta ja niiden raportointi kuuluvat empiiriseen vaiheeseen. Tutkimusaineistoa voidaan hankkia muun muassa havainnoimalla, kyselylomakkeen avulla tai haastatteleamalla. Näitä menetelmiä voidaan käyttää myös yhdistettynä toisiinsa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 84; Tuomi & Sarajärvi 2009, 71).

Tutkimusaineistoa haluttiin kerätä akuutti-, vuode- ja kuntoutusosastoilta, että aineistomateriaali olisi mahdollisimman kattavaa. Opinnäytetyötä varten suunniteltiin mahdollisimman selkeä kaavake, jota sairaanhoitajat täyttivät kymmenen työvuoron ajalta (liite 1). Lisäksi he saivat täytettäväksi avoimen kyselylomakkeen (liite 2). Saatua aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa eri vaiheet eivät ole toisistaan irrallisia, vaan niitä voi työstää samanaikaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 85). Kyselyillä ja haastatteluilla saadaan vastaus siihen, mitä ihmiset ajattelevat tutkittavasta asiasta. On hyvä muistaa, että kysely ja haastattelu tarkoittavat eri asiaa. Kyselyn täyttäjät voivat täyttää kyselyn valvotussa tilanteessa tai yksin. Haastattelut ovat henkilökohtaisia tilanteita, joiden positiivinen puoli on joustavuus. Etu on myös se, että haastattelija voi toistaa kysymyksen, selventää sanamuotoja ja oikaista väärinkäsityksiä. Lisäksi haastatteluissa on mahdollisuus vapaaseen keskusteluun, joka ei ole mahdollista kyselytutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–73.) Menetelmäksi valittiin avoimet kyselylomakkeet, koska niiden avulla saatiin kirjalliset vastaukset, joita oli helppo tarkastella analyysivaiheessa.

5.2 Tutkimukseen osallistuvien valinta ja aineiston keruu

Opinnäytetyön tutkimusosaan valittiin JIK:n alueen terveyskeskukset. Tutkimuslupa saatiin JIK:n vastaavalta hoitotyön johtajalta joulukuussa 2014. Sairaanhoidajien ammattiryhmä valittiin, koska olemme itsekin tulevaisuudessa tähän ammattiryhmään kuuluvia. Osastojen osastonhoitajat valitsivat sairaanhoidajat, jotka osallistuivat tutkimukseen. Jokainen osastonhoitaja valitsi viisi sairaanhoidajaa omalta osastoltaan. Sairaanhoidajat valittiin halukkuuden, työssäolon perusteella ja siksi, että he osallistuivat hoitotyön kirjaamiseen työssään.

Kyselykaavakkeet vietiin JIK:in eri osastoille 13.1.2015. Osastonhoitajille soitettiin etukäteen ja sovittiin kyseinen ajankohta. Paikanpäällä tavattiin osastonhoitajat, joille kerrottiin yksityiskohtaisemmin tutkimuksen tarkoituksesta ja kaavakkeiden täyttämistä. Heille jätettiin myös saatekirje, josta sairaanhoidajat näkivät, mistä tutkimuksessa on kyse ja mihin voi ottaa yhteyttä, jos ilmenee kysyttävää (liite 3). Ajankäytön seurantalomaketta täyttivät 14 sairaanhoidajaa ja avoimiin kyselylomakkeisiin vastasivat 16 sairaanhoidajaa. Kaksi pitkäaikaisosastoilla työskentelevää sairaanhoidajaa täyttivät ainoastaan avoimen kyselylomakkeen osastonhoitajan toiveen mukaisesti.

JIK:n akuuttiosastot hoitavat potilaita, jotka tulevat jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta, ensihoidosta tai lääkärin vastaanotoilta. Hoitojaksojen pituudet ovat yleensä

lyhytaikaisia, tämän vuoksi jatkohoitoa aletaan suunnitella mahdollisimman pian. Jatkohoitoasioista keskustellaan yhdessä potilaan ja läheisten kanssa. Kuntoutusosastot hoitavat pääasiassa erikoissairaanhoidosta siirtyviä potilaita. Tulossyynä voivat olla esimerkiksi polvi- ja lonkkaleikkaukset. Potilaille tehdään henkilökohtaiset kuntoutussuunnitelmat moniammatillisessa yhteistyössä. Kuntoutuksen tavoitteena on ylläpitää ja turvata potilaan toimintakyky. (JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä 2015.)

5.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on analysointimenetelmä, joka tarkoittaa tietoaaineiston kuvaamista sanallisesti. Aineisto voi olla muun muassa haastatteluja, artikkeleita, raportteja, kirjeitä tai keskusteluja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 106.) Siinä kuvaillaan saadut vastaukset tiivistäen ja yleistäen, lisäksi eri ilmiöiden suhteet saadaan esitettyä selkeästi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 166) kuvaavat sisällönanalyysiä tekniikaksi, jolla pyritään saavuttamaan merkitys, seuraus ja sisältö. Erilainen aineisto voidaan kuvata sellaiseenaan tai niitä voidaan analysoida järjestelmällisesti. Dokumenteista voidaan saada päättelämällä uusia ilmiöitä aiheeseen liittyen. Tässä analyysimenetelmässä on tärkeää, että dokumenteista erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

Sisällönanalyysin voi jakaa kahteen erilaiseen menetelmään, induktiiviseen eli aineistolähtöiseen tai deduktiiviseen eli teorialähtöiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Induktiivisen menetelmän avulla pyritään muodostamaan käsitteitä saadun tietoaaineiston avulla (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001), joita eivät ohjaa aikaisemmat tiedot, teoriat tai havainnot (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Deduktiivinen menetelmä pohjautuu aikaisempaan teoriaan ja sen avulla päätellään kuinka teoria sopii käytäntöön (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Opinnäytetyössä päädyttiin induktiiviseen analysointimenetelmään, koska sairaanhoitajat antoivat vapaamuotoisia vastauksia esitettyihin kysymyksiin.

Analyysiprosessi aloitetaan valitsemalla analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause tai sen osa tai ajatuskokonaisuus. Päätös tehdään tutkimuskysymysten ja dokumenttien pohjalta. Induktiivinen analysointimenetelmä voidaan jakaa selkeästi kolmeen eri vaiheeseen, joita ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.)

Aineiston pelkistäminen tapahtuu esittämällä tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja rajaamalla tutkimuskysymyksiin kuulumattomat asiat pois (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Ryhmittelyvaiheessa käydään aineistoa läpi ja siitä erotellaan samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Näiden pohjalta syntyy luokkia, joiden pohjalta muodostuvat käsitteet. Ryhmitelty tieto on tiivistettyä, koska niistä on muodostettu keskeisiä käsitteitä eli alaluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Abstrahointivaiheessa muodostetaan teoreettisia käsitteitä empirisen aineiston pohjalta ja tulokset esitetään käyttämällä luokittelujen pohjalta tehtyjä käsitteitä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Toisin sanoen tässä työssä käsitteet muodostuvat yhdistelemällä samankaltaisia alaluokkia, joiden pohjalta muodostuu yläluokkia. Ne kuvaavat tämän työn tutkimustuloksia. Tämä työvaihe on kuvattuna liitteessä 4.

6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN HYÖDYNTÄMINEN

6.1 Tutkimustulokset

Opinnäytetyön tutkimustuloksista saatiin kattavaa tietoa hoitotyön kirjaamisesta. Avoimen kyselylomakkeen vastaukset vastasivat hyvin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Esille nousi yllättäviä asioita ja niiden pohjalta haluttiin tuoda esille kehittämisehdotuksia, joita avataan tekstissä myöhemmin. Aineiston purkaminen tapahtui aihealue kerrallaan. Lisäksi tutkimustulokset haluttiin esittää opinnäytetyön tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä, että lukijat saisivat selkeän kuvan tuloksista. Liitteessä 4 on kuvattuna esimerkki sisällönanalyysistä, joka käsittelee hoitotyön kirjaamisen vaikutuksia.

6.1.1 Miten sairaanhoitajat toteuttavat hoitotyön kirjaamisen?

Hoitotyön kirjaamiskäytännöt ovat yksilöllisiä. Eräs sairaanhoitaja kertoi lyhyesti siitä, millaista kirjaaminen oli ennen. Hänen mukaansa kirjaaminen oli paljon yksinkertaisempaa. Tässä hän kuvaa vanhoja kirjaamiskäytäntöjä:

”Käsin kirjaamisessa käytettiin värejä ja päivät sekä vuorokauden ajat (aamu, ilta, yö) erottuivat paremmin.”

Sairaanhoitajien kirjaamisajankohdissa oli paljon eroavaisuuksia. Vastaajat toteuttivat kirjaamista silloin kun oli aikaa, osa pitkin työpäivää muutamia kertoja työvuorossa ja osa vastaajista sanoi kirjaavansa hoitotyön ohessa. Vastaavana sairaanhoitajana kirjaaminen tapahtui heti varsinkin lääkärinkierroilla, kun tietokone oli mukana. Vastaajat kertoivat kirjaavansa lääkkeenannot välittömästi.

Hoitoyksiköissä käytettiin systemaattista kirjaamista ja hyödynnettiin valmiita fraaseja päivittäin. Vastauksissa kerrottiin, että kirjaamista toteutettiin selkeästi ja huolellisesti. Osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että on parempi kirjata liikaa, kuin liian vähän, mutta toiset sairaanhoitajista taas kertoivat välttävänsä liian pitkiä

tekstejä kirjatessaan potilaskertomuksiin. Kirjaamiskäytäntöjen ei koettu olevan yhtenäisiä. Kirjaamiskäytäntöjä kommentoitiin näin:

”Käytäntöjä olisi yhtenäistettävä eli kaikilla saman talon osastoilla kirjattaisiin saman otsikon alle. Nyt on kirjavuutta myös samalla osastolakin.”

Potilaiden yksilöllisyys huomioitiin hyödyntämällä keskusteluja läheisten kanssa. Isoja kirjaimia käytetään kirjaamisessa, että tärkeät asiat huomattaisiin paremmin tekstipaljoudesta. Systemaattinen kirjaaminen koettiin sekä hyvänä että huonona asiana. Osan mielestä se oli selkeää ja lyhentää merkintöjä. Vastakohtana myönteisille kokemuksille olivat systemaattisen kirjaamisen toteuttamisen hitaus ja vaikeus.

6.1.2 Miten sairaanhoitajat kokevat hoitotyön kirjaamisen?

Hoitotyön kirjaaminen koetaan aikaa vieväksi ja haastavaksi. Kaikkein keskeisimmäksi asiaksi nousi kirjaamiseen kuluva aika. Toisessa kyselylomakkeen kysymyksessä haettiin vastausta siihen, kuinka sairaanhoitajat kokevat kirjaamisen. Vastajat olivat melko yksimielisiä siitä, että kirjaaminen vie liikaa aikaa. JJK:n alueen sairaanhoitajat kokivat kirjaamisen vievän liikaa aikaa potilastyöstä. Vastauksista tuli ilmi, että työaika ei ole riittävä, jolloin on mietittävä, onko kirjannut oleelliset asiat potilasasiakirjoihin. Sairanhoitajat kuvasivat ajankäyttöä näin:

”Muistettavaa on paljon. On kirjattava monelle eri kaavakkeelle. Tarkkaan kirjaamiseen ei ole aikaa. Osa jää ajanpuutteen vuoksi kirjaimatta.”

”Kirjaaminen vie todella paljon aikaa. Tietokoneella tulee muutenkin oltua suuri osa päivästä (varsinkin lääkärin kiertopäivinä).”

Ajankäytön haasteet näkyvät kiireisissä tilanteissa, jolloin hoitotyö menee kirjaamisen edelle. Vastajat odottavat kirjaamisen olevan tulevaisuudessa vähemmän aikaa vievää. Asiaa kuvattiin tällä tavoin:

”Kirjaaminen olisi saatava yksinkertaisemmaksi ja vähemmän aikaa vieväksi. Nyt tuntuu, että tilanne on menossa väärään suuntaan.”

Vastaavan sairaanhoitajan työvuoro herätti paljon ajatuksia. Työajasta suurin osa kului tietokoneella. Useat olivat todenneet vuoron olevan kirjaamisen osalta haastava. Yleensä ei ehditty tekemään muuta, kuin kirjaamaan. Lisätyötä toi hoitotyön yhteenvedon tekeminen potilasta kotiuttaessa tai yksiköiden välisissä siirroissa.

Opinnäytetyön vastaukset antoivat näkemyksiä siihen, kuinka ajankäyttö vaikuttaa potilastyöhön. Vastaajat olivat yksimielisiä siitä, että kirjaaminen vei liikaa aikaa potilaiden ja heidän kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä.

”Tietokoneella menee paljon työaika, osastolla potilaan hoitamiseen jää vähemmän aikaa.”

”Siihen kuluu liikaa aikaa, en ehdi olla potilaan kanssa tarpeeksi.”

Potilas ei ole ensisijainen huomion kohde, vaan esimerkiksi lääkärinkierroilla huomio kiinnittyy tietokoneisiin. Potilastyöhön ei ole riittävästi aikaa ja varsinkin potilaan ollessa akuuttihoitossa kirjaaminen on haastavaa.

Työympäristöön liittyi vastaajien mielestä monenlaisia haasteita, jotka vaikuttavat hoitotyön kirjaamiseen. Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että tietokoneita on liian vähän käytettävissä ja tietokoneet ovat usein varattuina, kun pitäisi kirjata. Kirjaamisen laatuun vaikuttavat keskeytykset ja lisäksi jokin asia voi unohtua tämän takia. Kirjaamisympäristön halutaan olevan rauhallinen.

Sairaanhoitajien vastauksista kävi ilmi ongelmia liittyen tietokoneisiin. Tietokoneohjelmat koettiin hitaaksi ja yhteyksissä esiintyi myös ongelmia. Välineiden toimivuudessa oli haasteita ja niiden toivottiin toimivan paremmin. Lisäksi tekniikan koettiin pettävän usein.

”Tietohallinnossa on pätkiä, katkoksia liian usein. Ne tuovat lisähaittaa, harmia ja vievät aikaa liiaksi. Työt keskeytyvät.”

Vastaajat pohtivat, että voivatko ohjelmat kaatua ja tiedot kadota. Tietokoneiden käyttö koettiin ongelmalliseksi. Aikaa vieväksi koettiin niin koneen avaaminen kuin kirjautuminenkin. Sairaanhoitajien mukaan kirjaamisen tulisi olla yksinkertaisempaa. Lisäksi työyksikkökohtaisia tarpeita tulisi huomioida enemmän. Kirjaamiselta vaaditaan nykypäivänä liikaa ja tavallisetkin asiat ovat vaikeasti toteutettavissa.

Tietokoneen käyttö kirjaamisen apuvälineenä ei ole nopeuttanut hoitotyön kirjaamista.

Komponenttien käytöstä saatiin sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Yksinkertaiset fraasipohjat helpottavat kirjaamista ja yhdestä vastauksesta ilmeni, että niiden hyödyntämistä toivottiin enemmän. Komponenttien käyttämisen hyödyt tulevat esiin raporttia pitäessä. Raportilla kertominen helpottui jos erilaisia komponentteja hyödynnettiin kattavasti. Negatiivisina asioina vastaajat kokivat komponenttien käytön vievän liikaa aikaa. Lisäksi ne eivät aina sopineet käyttötarkoitukseen. Yhden sairaanhoitajan kokemuksia systemaattisesta kirjaamisesta:

”Rakenteisen kirjaamisen komponentit ja otsikot eivät aina sovi käyttötarkoitukseen. Rakenteisen kirjaamisen myötä aikaa kuluu siihenkin, kun täytyy laittaa jokainen otsikko ja komponentti erikseen (ja ensin on tietysti mietittävä, mikä otsikko on oikea..).”

Osa sairaanhoitajista koki komponentteja olevan liikaa, jolloin tiedot hukkuvat niiden sekaan. Sairaanhoitajat toivoivat myös, että komponentteja voisi olla enemmän tai tarvittaessa voisi keksiä oman komponentin. Komponenttipaljoutta kuvattiin vastauksissa näin:

”Asiat katoavat otsikko- ja tekstipaljouteen. Asiat ja päivät eivät erotu toisistaan.”

Sairaanhoitajat kokivat, että kuumekurvan käyttö lisäsi kaksoiskirjaamista, koska samoja asioita kirjattiin usealle eri kaavakkeelle. Kehitysideana sairaanhoitajat mainitsivat, että kaksoiskirjaamista tulisi välttää.

Haasteena sairaanhoitajat mainitsivat henkilöstön kouluttamisen. Liian vähäisen kirjaamiseen liittyvän koulutuksen vuoksi moni hoitaja kirjaa vielä liian suppeasti ja vajavaisesti. Yhden sairaanhoitajan mielestä nimenomaan ATK-koulutusta tulisi tarjota enemmän ja hän kirjoitti asiasta tällä tavoin:

”Henkilökunnalle tulisi tarjota enemmän ATK-koulutusta. Esim. kymensormijärjestelmä tuntuu olevan osalle hoitajista hankala käyttää. Tämän avulla kirjaaminen nopeutuisi ja helpottuisi.”

Yhdessä yksikössä kuumekurva oli otettu hiljattain käyttöön. Vastaajien mukaan siihen ei ole saatu koulutusta, vaan käyttö opetellaan ”kantapään kautta”. Opinäytetyön tulosten mukaan ikäryhmillä on merkitystä. Vanhempien sairaanhoitajien on vaikeampi oppia kirjaamaan. Nuorille sairaanhoitajille se on luontevampaa. Tässä sairaanhoitajan kokemuksia:

”On tullut paljon uusia asioita, Haipro, hoitotyön yhteenveto, rakenteellinen kirjaaminen, e-resepti ym. – liikaa vaatimuksia, vanhempana hoitajana oppiminen hitaampaa – stressaavaa ja aikaa vievää.”

6.1.3 Miten paljon aikaa sairaanhoitajat käyttävät työajastaan hoitotyön kirjaamiseen?

Hoitotyön kirjaamiseen kuluva aika. Seurantalomaketta kirjaamiseen käytetystä ajasta täyttivät yhteensä 14 sairaanhoitajaa JIK:n yksiköissä. Ilmajoen ja Jalasjärven yksiköistä saatiin viisi vastauslomaketta yksikköä kohden. Kurikasta saatiin neljä vastauslomaketta. Lomaketta oli tarkoitus täyttää kymmenen työvuoron ajalta. Sairaanhoitajilla tehtyjä aamuvuoroja oli yhteensä 87, iltavuoroja 30 ja yövuoroja 10. Kaikki sairaanhoitajat eivät täyttäneet lomaketta kymmeneltä työvuorolta, vaan tyhjiä kohtia oli 13. Aamuvuoroista kaksi oli lyhennettyjä työvuoroja. Taulukosta 3 käy ilmi jokaisen osaston sairaanhoitajien hoitotyön kirjaamiseen kulunut aika yhteenlaskettuna. Lisäksi taulukkoon on laskettu keskimääräiset kirjaamiseen kuluneet ajat eri työvuoroissa. Aamuvuoroissa pisin kirjaamiseen käytetty aika oli kuusi tuntia 35 minuuttia ja lyhin aika oli 15 minuuttia. Iltavuorojen kirjaamisajoista pisin oli kolme tuntia 20 minuuttia ja lyhin 35 minuuttia. Yövuoroissa pisin aika oli kaksi tuntia 10 minuuttia ja lyhin 30 minuuttia.

Vähäistä kirjaamiseen kulunutta aikaa perusteltiin sillä, että osastolla oli vähän potilaita ja työvuoro oli muutenkin rauhallinen. Lauantain aamuvuoroja oli merkattu myös ylös. Kirjaamiseen kulunut aika yllätti sairaanhoitajat.

Taulukko 3. Hoitotyön kirjaamiseen kulunut aika JIK:n yksiköissä eri työvuoroissa yhteenlaskettuna. Lisäksi kuvattu keskimääräiset kirjaamiseen kuluneet ajat eri työvuoroissa.

(Haapamäki & Hyry 2015.)

Paikkakunta	Aamuvuoro: kokonaisai- ka/keskimääräinen aika	Iltavuoro: kokonaisai- ka/keskimääräinen aika	Yövuoro: kokonaisai- ka/keskimääräinen aika
Jalasjärvi	65h 8min/ 1h 52min	9h 15min/ 1h 33min	5h 40min/ 1h 8min
Ilmajoki	35h 57min/ 1h 26min	14h 30min/ 1h 7min	3h 30min/ 1h 10min
Kurikka	65h 14min/ 2h 25min	14h 58min/ 1h 22min	2h 5min/ 1h 3min

6.1.4 Mikä merkitys hoitotyön kirjaamisella on potilaille ja sairaanhoitajille?

Hoitotyön kirjaamisella on suuri vaikutus turvallisuuteen, tiedonkulkuun ja hoidon jatkuvuuteen. Tarkkaan kirjaamiseen ei ole aikaa ja sen toteutuksessakin oli puutteita. Tästä syystä lääkärinmääräykset voivat jäädä huomiotta. Sairaanhoitajat kokevat kirjaamisen tarkaksi työksi, mutta siitä huolimatta se ei aina toteudu oikealla tavalla. Hoito-ohjeiden ja määräysten kirjaaminen koettiin tärkeänä.

Tarkalla kirjaamisella on vaikutus potilasturvallisuuteen. Vastaajien mukaan kirjaaminen parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon onnistumista. Lisäksi sillä turvataan potilaan asianmukainen ja turvallinen hoito. Sairaanhoitajat olivat kirjoittaneet, että mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty. Osa oli painottanut asiaa erityisen paljon. Laadukas kirjaaminen on jokaisen hoitajan vastuulla. Vastaajien mukaan kirjatut tiedot eivät ole ajan tasalla kirjaamiseen liittyvän vähäisen koulutuksen vuoksi ja tästä syystä voi sattua virheitä. Oikein toteutettuna kirjaaminen on yhtä lailla sairaanhoitajan turva. Potilasasiakirjat ovat lakisäätteisiä dokumentteja, joiden avulla sairaanhoitaja todistaa miten on toiminut työssään.

”Se on myös hoitajan turva epäselvyyksissä. Aina kannattaa kirjata vähän enemmän kuin liian vähän. Täytyy kirjata juuri kuten asia on eikä muutella sitä!”

”On meidän oikeusturva.”

Vastauksista ilmeni, että sairaanhoitajan työssä on paljon muistettavaa. Opinnäytetyön tulosten perusteella sairaanhoitajat käyttävät apuna muistilappuja, joiden

avulla muistaa paremmin, mitä pitää kirjata. Kirjaaminen perustuu muistinvaraisuuteen, koska työskennellessään varsinaisessa hoitotyössä unohtaa kirjata. Kirjattavia asioita palautui usein mieleen vasta kotiinpääsyn jälkeen. Raportilla ei ehditä selaamaan pitkiä tekstipätkiä, jolloin raportointi perustuu muistinvaraisuuteen. Käyttöjärjestelmien ongelmat korostavat suullista raportointia.

Hoitotyön kirjaamisen koetaan olevan tärkeä työväline ja iso osa hoitotyötä. Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että kirjaaminen on olennaista heidän työssään. Sen avulla saadaan potilaasta tarkat ja tärkeät tiedot. Hyvällä tiedonkululla on vaikutusta sairaanhoitajille. Olennaiset asiat siirtyvät työntekijältä toiselle ja kirjatulla asioilla välitetään tietoa potilaan voinnista ja helpotetaan hoitoa. Sairaanhoitajat totesivat, että tiedonkulun avulla potilaiden hoito paranee. Vastaajien mielestä kirjaaminen yhtenäistää potilaan hoitoa, ja se mahdollistaa, vaikuttaa, parantaa sekä varmistaa hoidon jatkuvuuden. Yhtenäiset tietojärjestelmät helpottavat osaltaan jatkohoitoa. Vastaajat nostivat kirjaamisen tarkkuuden esille liittyen hoidon jatkuvuuteen. Heidän mielestään on kirjattava tarkkaan, että taataan hyvä jatkohoito. Tiedonsiirtoa oli kuvattu näin:

”Seuraavaan vuoroon tulevan täytyy tietää, mitä on tehty ja mitä tulee tehdä.”

”Hyvää on se, että potilastietojärjestelmä on yhtenäinen JIK:n alueen muiden terveyskeskusten ja Seinäjoen keskussairaalan kanssa. Sieltä saa hyvää tietoa mitä potilaalle on tehty ja miten hän on toiminut aiemmin.”

Hoitotyön kirjaamisen avulla tuodaan ilmi hoitoprosessin eri vaiheet. Kirjauksista hoitaja näkee potilaan taustatiedot, tulosyyn ja hoito-ohjeet. Sairaanhoitajat korostivat hoitosuunnitelmien näkyvyyttä potilasasiakirjoista, lisäksi hoitotoimenpiteet ja niiden vaikutukset ovat nähtävissä. Kirjaamisen avulla saa hyvin tietoa siitä, mitä on tehty. Hyvin tuotetuista kirjauksista näkee oleelliset asiat nopeasti. Niistä näkee myös muutokset potilaan voinnissa. Vastaajat olivat kirjoittaneet, että kirjaamisen avulla potilas saa informaatiota ja tiedot hoidon tuloksista.

6.2 Pohdintaa tutkimustuloksista

Erkko ja Johansson (2013, 144) kertovat kirjassaan, että potilasturvallisuuden riski kasvaa, jos lääkitykseen liittyvät kirjaukset ovat epäselviä tai puutteellisia. Opin- näytetyön tutkimustuloksista selvisi, että sairaanhoitajat toteuttivat lääkkeisiin liitty- viä kirjauksia huolellisesti kirjaamalla ne välittömästi toteutuksen jälkeen potilas- asiakirjoihin. Kirjaamista toteutettiin vaihtelevin käytännöin JIK:n eri yksiköissä.

Kirjaamiskäytännöt vaikuttivat olevan osin epäselviä JIK:n toimintayksiköissä. Vaikka valmiita fraasipohjia käytettiin, kirjaamiskäytännöt koettiin erilaisiksi. Virta- Helenius ym. (2004) kuvaavat tutkimuksessaan, että kirjaamisesta voi tulla rutiinomaista ja lyhyttä. Vastaajat kertoivat kirjaavansa välttämällä pitkiä tekstejä. Tämä sai meidät miettimään, huomioidaanko yksilöllisyyttä tarpeeksi ja tuleeko oleelliset asiat kirjattua ylös. Iivanainen ja Syväoja (2012, 15) toteavat, että kirja- mista tulisi toteuttaa yksilöllisesti.

Sairaanhoitajien vastauksista nousi esille keskustelut läheisten kanssa, että yksi- löllisyys toteutuisi. Läheisten näkökulmaa ei otettu kuitenkaan tarpeeksi esille, vaikka se koetaan nykyään hyvin tärkeäksi. Salonen ym. (2012) kirjoittavatkin, että läheisiä ei huomioida tarpeeksi osana hoitotyötä. Yhtenä tärkeänä ajatuksena hoi- totyöhön pidetään perhekeskeisyyttä. Se on kriteeri hyvälle hoidolle ja edistää perheen terveyttä. (Aura ym. 2010.) Läheisten ja henkilökunnan välistä vuorovai- kutusta pidetään tärkeänä. Sillä on suuri vaikutus potilaiden ja heidän läheistensä selviytymiseen. (Hopia ym. 2004.) Sairaanhoitajat voivat saada läheisiltä sellaista tietoa, mitä potilas ei esimerkiksi sairauden aiheuttaman tilan vuoksi kykene itse kertomaan.

Systemaattisen kirjaamisen tulisi tuoda esille potilasasiakirjoista ydinasiat (Tanttu 2011). Tämä ei kuitenkaan opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan toteudu, koska kirjaamisen yhteydessä joudutaan käyttämään isoja kirjaimia, että asiat huoma- taan. Jos systemaattista kirjaamista toteutetaan aktiivisesti ja oikealla tavalla, ei tällaiseen tarvitsisi turvautua. On kuitenkin merkittävää, että tärkeät asiat halutaan nostaa esille.

Systemaattinen kirjaaminen herätti ristiriitaisia ajatuksia. Kuusiston ja Saloniemen (2010) tekemässä tutkimuksessa hoitajat kokivat kirjaamisen olevan turhauttavaa ja sekoittavaa. Tutkimustulosten mukaan JJK:n sairaanhoitajilla oli samantyyppisiä ajatuksia. He kokivat kirjaamisen olevan vaikeaa ja hidasta. Uskomme, että näihin kokemuksiin vaikuttavat hoitajien kirjaamiseen liittyvä vähäinen koulutus ja tietokoneiden käyttövaikeudet, joista kerrotaan myöhemmässä tekstissä enemmän. Vaikka negatiivisia kokemuksia nousi esille, oli mukana myös positiivisia ajatuksia. Opinnäytetyön tulosten mukaan oikein toteutettuna systemaattinen kirjaaminen koettiin selkeyttäväksi menetelmäksi. Kun samankaltaiset asiat on kirjattu saman komponentin alle, on ne helpompi löytää kirjatusta teksteistä.

Opinnäytetyön tutkimustuloksista voidaan päätellä, että kirjaaminen on aikaa vievää. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset tukevat Asikaisen ym. (2008) tekemää tutkimusta liittyen ajankäyttöön. Hoitotyön ammattihenkilöiden mukaan kirjaamiseen käytettiin paljon aikaa. Samankaltaisia tutkimustuloksia saatiin Sandellin ym. (2011) tekemässä tutkimuksessa. Opinnäytetyön tulokset yllättivät, koska niiden mukaan vähäisen ajan vuoksi kaikkea oleellista ei ehditä kirjaamaan. Osin vastausten perusteella tuli tunne, että sairaanhoitajat työskentelevät kirjaamista varten, vaikka heidän tulisi työskennellä potilaita varten.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella vastaavan sairaanhoitajan työvuoro on työntäyteinen. Heidän ilmaustensa mukaan kirjaaminen vie suurimman osan työajasta. Omien kokemusten mukaan vastaavan sairaanhoitajan olisi tärkeää päästä mukaan varsinaiseen hoitotyöhön potilaan lähelle, koska silloin potilaaseen ja hänen tilanteeseensa tutustutaan paremmin. Hoitotyössä työskentelevien hoitajien kirjaukset ovat ensiarvoisen tärkeitä. Näiden havaintojen ja toimintojen avulla tehdään hoitoon liittyviä päätöksiä ja informoidaan läheisiä. Sairaanhoitajien tulee osata hyödyntää omia ja muiden tekemiä hoitotyön kirjauksia päätöksiä tehdessään. On myös oleellista tunnistaa, mitä tietoa itse tarvitsee päätöksentekoon. Lisäksi on tiedettävä, millaista tietoa tuottaa auttaakseen muita ammattiryhmiä päätöksenteossa. (Mykkänen ym. 2011a.) Kaakinen ym. (2014) ovat kirjoittaneet, että potilasasiakirjoihin kirjatut asiat ovat tärkeitä informaatiolähteitä.

Kuusiston ja Saloniemen (2010) tekemässä tutkimusartikkelissa hoitajien pelkona on, että tietokone vie liikaa aikaa potilaskontakteilta. Pelko on aiheellinen, sillä

Asikainen ym. (2008a) ja Kuusisto ym. (2014) toteavat tutkimuksissaan, että asiakastyöhön ei ole riittävästi aikaa. Vastaavanlaisia tuloksia saatiin opinnäytetyön tutkimustuloksista. JIK:n alueen sairaanhoitajat kokivat kirjaamisen vievän liikaa aikaa potilastyöstä. Lisäksi lääkärintierroilla keskitytään tietokoneeseen potilaan sijasta. Opinnäytetyön tulosten perusteella tuli tunne, että kirjaaminen on mennyt potilastyön edelle.

JIK:n yksiköissä koettiin olevan haasteita työympäristöön liittyen. Vastaajien mielestä tietokoneita oli liian vähän ja ne olivat usein varattuina. Tämän vuoksi hoitajat joutuvat odottamaan tietokoneelle pääsyä. Tähän tuhlautuu tärkeää työaikaa. Lisäksi kirjattavat asiat voivat unohtua ja samalla potilasturvallisuus vaarantuu. Kuusiston ja Saloniemen (2010) toteuttamassa tutkimuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöt kokivat saaneensa samanlaisia kokemuksia, kuin JIK:n sairaanhoitajat. Ongelmiksi oli kuvattu tietokoneiden vähäisyys ja tämän takia kirjaaminen viivästyi. Keskeytyksiä kirjaamiseen voi tuoda muun muassa puhelimeen vastaaminen tai lääkkeen vieminen potilaalle. Työympäristön tulee olla rauhallinen, mutta omien kokemusten mukaan tämä ei aina toteudu.

Kirjaamisen työvälineenä käytetään eniten pöytä tietokonetta (Asikainen ym. 2008b). JIK:n sairaanhoitajien mukaan niiden käytössä esiintyi paljon puutteita. Asikainen ym. (2008a) kertovat artikkelissaan, että sähköinen kirjaaminen ei ole helpottanut hoitajien työtä. Opinnäytetyön tuloksista saatiin samankaltaisia vastauksia. Vastaajien mukaan hoitotyön kirjaaminen ei ole nopeutunut tietokoneiden käyttöönoton jälkeen. Hoitotyön kirjaaminen koettiin monimutkaiseksi JIK:n yksiköissä. Työyksikkökohtaisia tarpeita ei oteta tarpeeksi huomioon. Tämä sai meidät miettimään, miksi puutteellisiin asioihin ei puututa ja tehdä aloitetta muutokseen. Työntekijät ovat työpaikan ammattilaisia, joten heiltä varmasti löytyy asiantuntemusta omaan yksikköön. Tätä olisi tärkeää pyrkiä hyödyntämään suunnittelussa.

JIK:n sairaanhoitajat kokivat, että komponentteja oli liikaa ja ne eivät sopineet käyttötarkoitukseen. Myös Sandellin ym. (2011) tekemässä tutkimuksessa selvisi, että komponenttien määrä oli liian suuri. Lisäksi oikeiden pää- ja alaluokkien löytäminen oli hankalaa. JIK:n sairaanhoitajat kokivat, että tärkeät asiat hukkuvat komponenttien sekaan. Niemen ym. (2013) näkökulma aiheeseen on samanlainen. Opinnäytetyön tuloksista nousi mielipide, jonka mukaan tarpeen vaatiessa

voisi keksiä oman komponentin. Tämä sai miettimään, ettei se välttämättä toimisi käytännön hoitotyössä. Systemaattinen kirjaaminen menettäisi tällöin merkityksensä. Kirjaaminen ei olisi enää niin tarkkaan luokiteltua. On hyvä muistaa, että kirjaamiskäytäntöjen tulee olla omanlaisensa eri toimintayksiköissä. Tämän takia tulee suunnitella käytettävät komponentit tarpeiden mukaan. Komponenttien avulla hoitotyön kirjaamisesta tulee selkeämpää ja jakaantuneempaa. Tiedot ovat nopeasti löydettävissä, kun ne on kirjattu oikeiden komponenttien alle. Liian pitkät tekstipätkät ovat vaikeasti luettavissa. Lisäksi kirjoitusvirheet vaikeuttavat kirjausten lukemista. Tämän vuoksi olisi hyvä, jos potilastietojärjestelmät huomioisivat kirjoitusvirheet.

Kaksoiskirjaaminen on osoittautunut opinnäytetyön tuloksien mukaan ongelmaksi kuumekurvan käyttöönoton jälkeen. Häyrinen (2011) toteaa, että päällekkäistä kirjaamista esiintyy toistuvasti terveydenhuollon organisaatioissa. Omien kokemusten pohjalta kuumekurva on käytöltään selkeä, koska siinä on eritelty päivät ja kellonajat selkeästi toisistaan. Lisäksi sieltä löytää nopeasti etsimänsä tiedot. Kuumekurvaan tulisi merkitä yksityiskohtaisemmat tiedot potilaasta, esimerkiksi verenpainelukemat. Hoitotyön lehdelle, komponenttien alle kuvaillaan tarkemmin muun muassa hoitotilanteita. Kuumekurvaa ei hyödynnetä tarpeeksi hoitotyössä. Opinnäytetyön tulosten perusteella JIK:n yksiköissä kirjaamiseen liittyen ei ole saatu riittävästi koulutusta. Johdon vastuulla on tarjota henkilökunnalle riittävä koulutus.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta selvisi, että kirjaamisen oppimiseen vaikuttaa hoitajan ikä. Nuorten hoitajien asenteet tietotekniikkaa kohtaan ovat myönteisempiä, kuin vanhempien. Koulutuksen avulla henkilökuntaa saadaan motivoitua tietotekniikan käyttöön. (Kuusisto & Saloniemi 2010.) Olisi tärkeää korostaa kaikille hoitajille, että tarpeen tullen pitää osata pyytää apua, vaikka sitä ei näkyvästi tarjottaisi. Sairaanhoidajan tulee kehittää itseään ja ammattitaitoaan.

Ajankäytön seurantalomakkeista kävi selkeästi ilmi, että aamuvuorot, jolloin lääkäri kiersi, olivat aikaa vievimpiä. Lauantain aamuvuoroissa kirjaamiseen oli kulunut huomattavasti vähemmän aikaa, kuin arki-aamuissa. Yhteenlaskettujen aikamäärien mukaan Kurikan yksikössä kului eniten aikaa kirjaamiseen aamuvuoroissa ja iltavuoroissa, vaikka yksi vastaus jäi sieltä puuttumaan. Suurin poikkeavuus tuli

ilmi Ilmajoen yksikön aamuvuoroissa. Siellä kirjaamiseen kului melkein puolet vähemmän aikaa. Yhteenlasketuista ajoista ei voitu päätellä selkeästi kirjaamiseen kulunutta aikaa, koska yksiköistä saatiin eri määrät aamu-, ilta- ja yövuoroja. Näiden pohjalta laskettiin keskimääräiset ajat, jotka osoittautuivat suhteellisen tasaisiksi. Täytyy huomioida, että keskimääräiset kirjaamiseen kuluneet ajat eivät tuo ilmi selkeitä yksilökohtaisia eroja.

Pisin kirjaamiseen kulunut aika oli huomattava, joka oli kuusi tuntia 35 minuuttia. Jos työntekijät tekevät keskimäärin kahdeksan tunnin työpäiviä, on tämä aika reilusti yli puolet siitä. Tällaisena päivänä ei ehdi juuri muuta tekemään, kun säännölliset tauot tulisi ehtiä pitämään. Lyhin aika oli vain 15 minuuttia. Tämä oli huomattavasti vähemmän, kuin monilla muilla. Tästä heräsi ajatus, että miten kyseinen henkilö suoriutuu kirjaamisesta näin nopeasti. Iltavuorojen kirjaamisajat olivat inhimillisempiä, kuin aamuvuoroissa. Iltavuoroissa ehtii täten olemaan enemmän varsinaisessa hoitotyössä potilaiden lähellä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitotyön kirjaamiseen kuluneeseen aikaan vaikuttivat sairaanhoitajien yksilölliset erot, erilaiset osastojen potilasmäärät ja se, missä työvuorossa kulloinkin työskenneltiin. Yövuoroissa kirjaamiseen kului keskimäärin vähiten aikaa. Tämän perusteella yövuorot vaikuttivat rauhallisilta. Eniten työllistivät uudet potilaat, jotka saapuivat osastolle.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että kirjaamisen tarkkuudessa ja toteutuksessa oli puutteita. Kiire ja epätarkka kirjaaminen aiheuttavat yhdessä hankaluuksia. Kiireellä on todettu olevan vaikutuksia siihen, miten ehtii kirjata (Perämäki & Vänskä 2011). Opinnäytetyön tulokset olivat vastaavanlaisia. Sairaanhoitajat kokivat, että ajanpuutteen vuoksi ei ehditty kirjaamaan, eikä lääkärinmääräyksiä aina huomioida. Sandell ym. (2011) ovat tutkineet hoitotyön kirjaamista. Hoitohenkilökunnalta saamien tulosten mukaan kirjaaminen koettiin hoitotyötä hankaloittavaksi tekijäksi.

Opinnäytetyön avoimessa kyselylomakkeessa kysyttiin, mikä merkitys hoitotyön kirjaamisella on potilaalle. Moni JIK:n sairaanhoitaja korosti potilasturvallisuuden merkitystä. Tämä osoittaa, että sairaanhoitajat ymmärtävät asian tärkeyden. Potilasturvallisuuden on osoitettu parantuvan oikeanlaisella dokumentoinnilla. Kun asiat kirjataan huolella ja oikein, taataan hyvä tiedonkulku. Tämä osaltaan vaikut-

taa potilasturvallisuuteen. (Mykkänen ym. 2011a.) Opinnäytetyön tulosten mukaan kirjaamiseen liittyen ei ole saatu tarpeeksi koulutusta. Tästä syystä potilastiedot eivät ole ajan tasalla ja potilasturvallisuus kärsii. Perämäen ja Vänskän (2011) tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta koki osaavansa käyttää potilastietojärjestelmää. Hoitokertomusten sisällön tuottamisessa sen sijaan esiintyi puutteita. Moni halusi tähän liittyen lisäkoulutusta. He toivoivat yhtenäistä käytäntöä ja selkeitä ohjeita.

Useat kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista olivat huomioineet kirjaamiseen liittyvät oikeusturva-asiat. Laadukkaasta kirjaamisesta on hyötyä sekä potilaalle että hoitajalle. Sairaanhoitajana on hyvä huomioida nämä asiat käytännön työssä. On pidettävä mielessä, että itse tuotettu teksti voi olla oikeuden kannalta tärkeää tietoa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (30.3.2009/298) on määritelty, että hoitotyön kirjauksien tulee olla huolellisesti laadittuja. JIK:n sairaanhoitajat olivat maininneet kirjoittamattoman säännön: ”Mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty”. Tämä lause on hyvä muistaa, jos joskus pohtii, onko jokin asia tärkeä kirjata.

Muistinvaraisuus liittyy olennaisena osana hoitotyön turvallisuuteen. Monet vastaajista kertoivat, että sairaanhoitajilla oli paljon muistettavaa. Työssä he käyttivät muistilappuja muistin tukena. Tällainen toimintatapa on hyvä, koska sen avulla varmasti muistaa, mitä piti kirjata. Toisaalta siihen kuluu ylimääräistä aikaa, kun joudutaan useaan kertaan kirjaamaan samoja asioita. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat muistivat kirjattavia asioita vasta kotiin päästyään. Hoitotyön kirjaamisen on oltava järjestelmällinen kokonaisuus. Tiedon tulee olla täsmällistä ja selkeää. (Mykkänen ym. 2011a.) Tämä ei toteudu, jos asioita muistaa vasta kotona.

Opinnäytetyön tutkimustuloksista ilmeni, että hoitotyön kirjaamista arvostetaan osana hoitotyötä. Mykkänen ym. (2011a) toteavatkin artikkelissaan, että kirjaaminen on oleellinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Hoitotyön kirjaaminen on tänä päivänä keskeinen osa sairaanhoitajan työtä. Tästä syystä onkin tärkeää, että sitä kunnioitetaan. Hoitotyön kirjaamista ei saa vähätellä, koska puutteet siinä aiheuttavat ongelmia hoitotyössä.

Hyvää tiedonkulkua korostetaan paljon ja sen avulla potilasturvallisuus paranee (Mykkänen & Huovinen 2011). Opinnäytetyön tutkimustulokset ovat samanlaisia tiedonkulun suhteen. Kuopion Yliopistollisen sairaalan henkilökunta teki vuonna 2009 haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia toiseksi eniten tiedonkulkuun liittyen. Tämä osoittaa, että tiedonkulussa on merkittäviä puutteita. (Mykkänen & Huovinen 2011.) Potilaat itse pyytävät potilaskertomuksista kopioita varmistukseksi tiedonkulun (Kuusisto ym. 2014). Opinnäytetyön tuloksissa korostettiin hoidon jatkuvuutta ja yhtenäisyys kirjaamisessa koettiin myönteisenä. Hoitotyön yhteenveto takaa hoidon jatkuvuuden ammattilaisten ja eri toimintayksiköiden välillä (Kuusisto ym. 2014). Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt ja tietojärjestelmät eri organisaatioiden välillä ovat merkittäviä asioita. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että JIK:llä ja Seinäjoen keskussairaallalla on yhtenäiset tietojärjestelmät. Perusterveydenhuollossa työskennelleinä on huomattu, kuinka tärkeää on nähdä erikoissairaanhoidon kirjaukset. Niiden avulla saa selville hoitoprosessin kulun tulotilanteesta siirtovaiheeseen saakka.

Hyvin toteutetuista hoitotyön kirjauksista näkee hoitoprosessin kokonaisuudessaan. JIK:n sairaanhoitajien mukaan niistä näkee, kuinka potilaan vointi on muuttunut hoidon aikana. On tärkeää, että kirjauksista ilmenee millainen potilaan vointi on ollut ennen sairaalaan tuloa. Esimerkiksi lonkkamurtumapotilaan kohdalla on hyvä tietää, millainen hänen toimintakykynsä on ollut aiemmin. Jokaisen hoitajan on pidettävä hoitosuunnitelma ajantasaisena päivittäin. Tämän avulla potilaan hoito on ajantasaista ja tarvelähtöistä.

6.3 Kehittämisehdotuksia

Opinnäytetyön tulosten pohjalta laadittiin kehittämisehdotuksia JIK:lle. Näistä esitetään yhteenveto kuviossa 2. Kirjaamiskäytännöt tulisi yhtenäistää yksiköiden välillä. JIK:n osastoilla on pääpiirteittäin samankaltaisia potilaita, jonka vuoksi yksiköt voivat hyödyntää samoja fraasipohjia kirjaamisessa. Jokaisen yksikön tulee kuitenkin huomioida lisäksi omat tarpeensa. Tarvittaessa valmiita fraasipohjia voi muokata tarpeiden mukaan lisäämällä komponentteja. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että komponentit eivät sovi käyttötarkoitukseen. Ne on luotu kattamaan hoi-

totyön kirjaamista monipuolisesti. Kun fraasipohjia ja komponentteja osaa hyödyntää oikein, aikaa ei kulu niiden etsimiseen. Komponenteista tulisi tehdä lyhyet tiivistelmät hoitajien avuksi. Niistä näkisi konkreettisesti, mitä asioita kunkin komponentin alle kirjataan. Tiivistelmiä voi säilyttää esimerkiksi tietokoneen vierellä näkyvässä paikassa.

Johdon tulee varmistaa ja suunnitella henkilökunnan koulutus. Henkilökunnan tulee saada riittävä koulutus jo etukäteen ennen uusia käytäntöjä. On varmistettava, että kaikki saavat samantasoisesta koulutuksesta. Tällä tarkoitetaan sitä, että esimerkiksi poissaolot eivät saa vaikuttaa, eikä työkavereiden vastuulla saa olla toisten opettaminen alusta alkaen. Asia on uusi myös koulutuksessa olleelle, joten hän ei välttämättä muista kaikkea ja voi soveltaa tietoa. Säännöllisesti järjestetyillä koulutuksilla varmistetaan henkilökunnan ajantasainen tieto. Koulutus voi olla silmiä avaavaa. Tällä vältetään rutiininomaiselta kirjaamiselta, joka voi muodostua työkokemuksen myötä. JJK:n yksiköt tarvitsevat lisää koulutusta potilastietojärjestelmän käytöstä ja sen sisällön hallitsemisesta. Osastotunneilla voisi käydä läpi kirjaamiseen liittyviä asioita. Yhdessä voisi käydä läpi erilaisia esimerkkejä kirjaamiseen liittyen.

Vastaavan sairaanhoitajan työvuoro on osoittautunut työlääksi. Kirjaaminen vie suurimman osan työpäivästä. Sairaanhoitajat voisivat jakaa lähihoitajille sellaisia työtehtäviä, jotka soveltuvat myös heille. Esimerkkinä tästä ovat hoitotyön yhteenvedon tekeminen ja tablettilääkkeiden jakaminen. Osaston moduuleita voisi jakaa erilailla. Tämän avulla yhden sairaanhoitajan vastuulla ei olisi niin monta potilasta. Tämä vaatisi lisää henkilökuntaa. Johdon tulisi laskea henkilökuntaresurssit niin, että huomioidaan kirjaamiseen kuluva aika. Sairaanhoitajana on erittäin tärkeää itse havaita potilaan kokonaistilanne. Tällä hetkellä heillä ei ole aikaa työskennellä potilaiden lähellä. Potilaan kohtaaminen rajoittuu ainoastaan lääkärintarkastuksiin vastaavana hoitajana työskennellessä.

Sairaanhoitajilla on paljon muistettavia asioita. Tietokoneita tarvitaan lisää ja etenkin varsinaiseen hoitotyöhön potilaiden lähelle. Siirrettävien tietokoneiden avulla hoitajien ei tarvitse kirjata muistinvaraisesti, vaan asiat voi kirjata heti hoitotoimenpiteen jälkeen. Tiedot olisivat täten ajantasaisia ja vältetään myös kaksoiskirjaaminen muistilapulta tietokoneelle. Hoitajien olisi hyvä vuorotella tietokoneiden käyt-

tössä. Esimerkiksi toinen hoitaja kirjaa ja toinen vastaa sillä välin potilaskutsuihin. Tällä vältetään katkokset kirjaamisessa, joiden myötä jokin asia voi unohtua.



Kuvio 2. Yhteenveto kehittämissuhteista (Haapamäki & Hyry 2015).

7 POHDINTAA OPINNÄYTETYÖSTÄ

7.1 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen valinnalla. Aiemmin tehdyn suunnitelman pohjalta oli helppoa lähteä laajentamaan teoreettista viitekehystä. Opinnäytetyön suunnitelmaan tehtiin suuntaa antava aikataulut. Sitä oli vaikea arvioida, koska tällaisesta työstä ei ollut aiempaa kokemusta. Tiedonhankintaan kului yllättävän paljon aikaa. Ongelmaksi muodostui tekstin sisällön rajaaminen, koska materiaalia aiheesta oli paljon.

Kirjaamisen historiasta löytyi mielenkiintoista tietoa monien vuosien takaa. Näiden lähteiden löytäminen koettiin hankalammaksi. Lähteenä käytettiin hyvinkin vanhaa materiaalia, koska tekstit kertoivat juuri siitä hetkestä ja niissä oli kuvattu myös tulevaisuutta. Löydetty tieto oli hajanaista ja asioita piti itse osata yhdistää. Prosessin aikana huomattiin, että samat tekijät olivat useiden lähteiden takana. Useat artikkelit sisälsivät vain muutamia lauseita hoitotyön kirjaamisesta, niissä painotettiin enemmän itse hoitotyötä. Tämän vuoksi etenkin artikkelien löytäminen koettiin haasteelliseksi ja aikaa vieväksi. Tiedonhaussa pyrittiin siihen, että käytetään mahdollisimman tuoretta tietoa.

Opinnäytetyön suunnitelman avulla hankittiin tutkimusluvut. Kun luvat oli myönnetty, alkoi opinnäytetyön tutkimusvaihe edetä. JJK:n yhteyshenkilöt ottivat hyvin tutkimuksen vastaan. Tutkimusvastaukset saapuivat yksiköistä kuukauden kuluessa postitse. Vastaukset olivat kattavuudeltaan erilaisia ja kaikkiin kysymyksiin ei oltu vastattu, eikä työvuoroja aikataulutettu kymmenen työvuoron ajalta. Tutkimustulokset analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Aluksi käsite koettiin hankalaksi, mutta kun siihen perehdyttiin paremmin, analysointivaihe oli helpompi toteuttaa.

Aihetta olisi voinut rajata jo alkuvaiheessa enemmän. Jälkeenpäin ajateltuna olisi seurantalomakkeen kirjaamiseen käytetystä ajasta voinut jättää pois ja paneutua enemmän avoimiin kyselyihin. Oli kuitenkin mielenkiintoista nähdä sairaanhoitajien ajankäyttö ja heidän kokemuksensa kirjaamisen suhteen. Kyselyiden avulla saatiin muutamia vastauksia potilaiden läheisiin liittyen. Tutkimustuloksia pohtiessa tuli

ajatus, että sairaanhoitajilta olisi ollut hyvä kysyä, kuinka läheiset vaikuttavat hoitotyön kirjaamiseen. Nykypäivänä korostetaan paljon perhekeskeistä hoitotyötä ja tämän vuoksi kysymys olisi ollut mielenkiintoinen.

Avoimet kyselylomakkeet osoittautuivat hyväksi tiedonkeruun kannalta, vaikka osa vastauksista oli ilmaistu suppeasti. Tällaisten tapausten kannalta haastattelut olisivat toimineet paremmin, koska olisi voinut esittää tarkentavia kysymyksiä. Pääasiassa vastaukset olivat kuitenkin selkeitä ja vastasivat hyvin esitettyihin kysymyksiin. Seurantalomake kirjaamiseen käytetystä ajasta toimi hyvin ja sairaanhoitajat olivat täyttäneet sitä oikein. Opinnäytetyön tutkimustuloksista selvisi, että vastaavalla sairaanhoitajalla kirjaamiseen kului paljon aikaa. Tämän takia lomakkeeseen olisi voinut tehdä lisämerkinnän toimiessaan vastaavana sairaanhoitajana.

Tutkimustulokset saapuivat eri päivinä. Ensimmäiset vastaukset saapuivat sovittuun päivään mennessä. Kahden yksikön vastauksiin annettiin lisää aikaa, että sairaanhoitajat ehtivät vastata. Tulosten pelkistämisyvaihe ja eri kategorioihin jakaminen sujui ongelmitta. Alaluokat oli helppo muodostaa, kun aihepiirit oli jaoteltu selkeästi ja huolellisesti. Oli haastavaa löytää sellaiset yläluokat, jotka kuvaavat kattavasti eri alaluokkia.

Opinnäytetyöprosessi jakaantui kahteen eri vaiheeseen, joita työn loppuvaiheessa työstettiin samanaikaisesti. Aluksi etsittiin teoretietoa aiheesta ja toisessa vaiheessa keskityttiin tutkimustuloksiin. Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella palattiin etsimään lähdemateriaalia. Tuloksista oli mielenkiintoista huomata, että ne käsittelivät samoja aiheita kuin, mitä viitekehys sisältää. Opinnäytetyön tiivistelmä tehtiin tulosten pohdinnan jälkeen. Sen pohjalta ymmärsi, että tämä opinnäytetyö on selkeä kokonaisuus. Tiivistelmän avulla hahmotti konkreettisesti opinnäytetyön eri vaiheet. Johtopäätökset kiteyttivät saadut vastaukset.

7.2 Pohdintaa opinnäytetyön eettisyydestä ja luotettavuudesta

Ensisijaisena tavoitteena tutkimuksissa on välttää virheitä ja pyrkiä luotettavuuteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan eri menetelmiä hyödyntäen, niitä ovat vahvistettavuus, siirrettävyys, uskotta-

vuus ja riippuvuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Siirrettävyys kuvaa sitä, kuinka hyvin tutkimusaineiston voi siirtää toiseen ympäristöön. Jotta siirrettävyys toteutuu luotettavasti, on tutkimusympäristö kuvattava tarkasti. Tähän kuuluvat tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinnan kuvaus ja tiedonkeruu- ja analysointivaiheiden kuvaaminen. Uskottavuudella kuvataan tulosten selkeää ilmaisua niin, että ulkopuoliset ymmärtävät kuinka analyysi on toteutettu ja millaiset rajoitukset ja vahvuudet tutkimus sisältää. Tutkijan oman luokittelukyvyyn ja kategorioiden luonnin on oltava kattavaa ja tarkkaa, että uskottavuus säilyy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Luotettavuuden arviointi kvalitatiivisessa tutkimuksessa on haastavaa ja siihen on luotu erilaisia arviointikriteereitä. Luotettavuus kärsii, jos tutkija tulee sokeaksi omalle työlleen. Tätä tapahtumaa kuvataan holistiseksi harhaluuloksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Opinnäytetyötä tehdessä huomattiin tällaista tapahtuvan eri vaiheissa. Työtä on tarkasteltu eri näkökulmista, koska tekijöitä oli kaksi. Lisäksi näkemuseroja toivat ilmi oponoijat ja ohjaajat. Sisällönanalyysin luotettavuuden haaste on, kuinka aineisto pystytään pelkistämään niin, että luotettavuus ei kärsi, eikä aineiston sisältö muutu. Luotettavuuden kannalta tutkijan on kyettävä yhdistämään saatu aineisto ja tutkimuksen tulokset. (Latvala & Vanhainen-Nuutinen 2001.)

Työssä luotettavuus toteutettiin analysoinnin pelkistämisvaiheessa siten, että saatujen aineistojen sisältöä ei muokattu. Asiaa tiivistettiin lyhyempään muotoon. Luotettavuus ilmeni myös siten, että kaikki vastaajat olivat ammatiltaan sairaanhoitajia. Vastaukset sisälsivät paljon samoja asioita, joten voidaan olettaa, että vastaukset ovat luotettavia. Ajankäytön seurantalomakkeiden luotettavuus kärsi, koska niitä oli täytetty puutteellisesti. Tutkimustulosten analysointiin on voinut vaikuttaa omat kokemukset ja tiedot hoitotyön kirjaamisesta.

Eettisyys on tutkimuksissa yksi tärkeimpiä osa-alueita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Eettiset seikat vaikuttavat siihen, millaisia ratkaisuja tutkija päätyy tekemään. Ensimmäinen eettinen kysymys tulee vastaan aihetta valittaessa, ja on pohdittava, miksi tutkimus tehdään ja keneen se vaikuttaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Tämän opinnäytetyön avulla pystytään kehittämään omaa ammatillisuutta. Lisäksi pystytään tarjoamaan JIK:lle kehittämissuhteita opinnäyte-

työn tutkimustulosten pohjalta. Hoitotyön kirjaaminen on tärkeää yhteiskunnan näkökulmasta, koska sillä on suuri vaikutus potilaiden hoitoon.

Eettisyyttä voidaan tarkastella eri vaatimusten näkökulmista, joista yhtenä pidetään tutkijan kiinnostusta tiedonhankintaa kohtaan. Luotettavuuden takaamiseksi on toimittava rehellisesti ja pyrittävä tuottamaan mahdollisimman luotettavaa informaatiota. Tutkimuksissa on tärkeää muistaa kunnioitus ihmisarvoa kohtaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Tutkimuksiin osallistuvilla henkilöillä on selvitettävä, mitä tutkimuksella tavoitellaan, millä menetelmillä sitä toteutetaan ja liittyykö siihen riskejä. Eettisyyden kannalta on tärkeää esittää tutkitaville, että osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää milloin tahansa. Osallistuminen ei saa aiheuttaa haittaa, lisäksi henkilöllisyyksien on jäätävä salaiseksi. Tutkijan roolissa tulee noudattaa etukäteen tehtyjä sopimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkimuksen etiikka jaetaan tieteen ulkopuoliseen ja sisäiseen. Ulkopuolinen etiikka sisältää tutkittavan aiheen valinnan ja tutkimisen. Sisäinen etiikka puolestaan kattaa tieteen luotettavuuden ja todenperäisyyden. Vaatimuksena pidetään sitä, ettei tietoa keksitä itse tai vääristellä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.)

Tutkimusta varten myönnettiin kirjallinen lupa JIK:n vastaavalta hoitotyön johtajalta. Lupa saatiin myös Seinäjoen ammattikorkeakoululta. Osastonhoitajat tiedottivat yksiköidensä sairaanhoitajia tästä tutkimuksesta. Saatekirjeiden myötä sairaanhoitajat saivat informaatiota tutkimuksesta ja sen tavoitteista. Lisäksi he saivat tietää, että tutkimus on vapaaehtoista, nimetöntä ja sen saa keskeyttää milloin tahansa. Vastajia on mahdotonta tunnistaa opinnäytetyön tutkimustuloksista. Sairaanhoitajien täyttämät kyselyt ja kaavakkeet säilytettiin huolellisesta ja hävitettiin työn valmistuttua.

7.3 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyön prosessin aikana kehityttiin tiedonhaussa ja eri tietokantojen hyödyntämisessä. Lisäksi opittiin arvioimaan lähteitä kriittisesti. Näistä asioista on

varmasti hyötyä tulevassa ammatissa. Tutkimusartikkeleiden sisällön rakenne on tullut selkeämmäksi ja opittiin myös lukemaan tutkimuskieltä. Työn kautta perehdyttiin tutkimuksen tekemiseen ja tulosten analysointiin. Prosessin eri vaiheista opittiin paljon. Opinnäytetyö oli suuri haaste opintojen aikana. Sen avulla opittiin tekemään pitkäaikaista prosessia yhteistyössä. Yhteistyö sujui mutkitta ja sen ansiosta prosessi tuntui miellyttävältä. Välillä esiintyi mielipide-eroja asioista, mutta yhteiseen lopputulokseen päästiin hyvin. On hyvä asia, että opinnäytetyön sai tehdä pareittain. Uusien asioiden äärellä sai toisesta apua niiden ymmärtämiseen. Työparin kanssa suunniteltiin selkeät työajat ja niistä pidettiin kiinni. Motivoivana tekijänä toimi myös opintojen edistyminen.

Oli mielenkiintoista huomata, että hoitotyön kirjaamisessa on ollut samanlaisia piirteitä ja haasteita jo vuosikymmeniä sitten. Vaikka samoja tutkimustuloksia on saatu jo aiemmin, pohjautuvat opinnäytetyön tulokset JIK:n sairaanhoitajien ajatuksiin ja kokemuksiin. Opinnäytetyön avulla ymmärrettiin paremmin kirjaamisen merkitys hoitotyössä. Sen myötä halutaan itse kehittyä paremmiksi hoitotyön kirjaajiksi tulevassa sairaanhoitajan ammatissa. Lähteitä lukemalla saatiin paljon uutta tietoa. Kun aiheen tärkeyden sisäisti paremmin, haluaa tietoa jakaa myös muille. Käytännön työssä on huomannut arvioivansa muiden kirjaamista huomaamattaan. Prosessin aikana myös omaa kirjaamistapaa on pohdittu ja arvioitu.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön aihe oli monien vastaajien mielestä ajankohtainen ja kirjaamista tulee kehittää tulevaisuudessa. Tutkimus suunnattiin perusterveydenhuoltoon, joten jatkossa samanlainen tutkimus voitaisiin toteuttaa erikoissairanhoidossa. Opinnäytetyön tuloksista saatiin selville, että kirjaaminen on aikaa vievää. Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia, mitkä konkreettiset asiat tekevät siitä hidasta.

Useissa artikkeleissa korostettiin perheen merkitystä hoitotyössä. Niistä ilmeni, että läheisten kanssa käytyjä keskusteluja ei kirjata potilasasiakirjoihin. Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia, onko läheisillä vaikutusta kirjaamiseen. Etenkin sen kannalta, koska tiedot näkyvät kansallisessa potilastietojärjestelmässä. Tätä tutkimalla voidaan huomioida läheisten näkökulma paremmin osana hoitotyötä.

Systemaattiseen kirjaamiseen liittyen voisi perehtyä JIK:n kirjaamistyyliin. Niitä tutkimalla saa selville, miten systemaattista kirjaamista toteutetaan käytännössä. Opinnäytetyön tutkimukseen vastanneet sairaanhoitajat kaipaavat yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä. Niihin päästään käyttämällä yhtenäisiä fraasipohjia. Jatkossa voitaisiin selvittää, millaiset fraasipohjat vastaavat JIK:n tarpeita. Koulutuksen tarjoaminen sairaanhoitajille nousi yhdeksi kehittämissuositukseksi JIK:ssä. Tulevaisuudessa voisi tutkia, onko henkilöstön kouluttamisella ollut vaikutusta ja onko systemaattinen kirjaaminen parantunut sen avulla.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

JIK:n sairaanhoitajien antamien vastausten perusteella päädyttiin seuraaviin johtopäätöksiin tässä opinnäytetyössä:

1. Hoitotyön kirjaamiskäytännöt eivät ole yhtenäisiä.
2. Hoitotyön kirjaaminen on aikaa vievää, eniten aikaa kului vastaavan sairaanhoitajan työvuorossa.
3. Kirjaamisen suhteen halutaan lisää koulutusta, etenkin systemaattiseen kirjaamiseen liittyen.
4. Sairaanhoitajat ymmärtävät hoitotyön kirjaamisen vaikutukset potilasturvallisuuteen.
5. Kirjaaminen on tärkeä hoitotyön osatekijä tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden kannalta.

LÄHTEET

A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.

Ahlstedt, S., Graeffe, R., Hallila, L., Halonen, T., Hiltula, T., Hämäläinen, L., Jaatinen, A., Lestinen, P., Nissilä, A., Salo, R., Suhonen, R., Tolonen, A. & Turtiainen, T. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Asikainen, P., Suominen, T., Mäenpää, T. & Maass, M. 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä tiedon siirto ja yhteistoiminta aluetietojärjestelmän käyttöönottoaiheessa. *Hoitotiede*. 20 (2), 59–68.

Asikainen, P., Suominen, T., Mäenpää, T. & Maass, M. 2008b. Tietoteknologian käyttö hoitohenkilöstön työssä. *Sairaanhoitaja -Sjuksköterskan* 81 (2), 20–23.

Aura, M., Paavilainen E., Asikainen, E., Heikkilä, A., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (2), 14–21.

Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. 2002. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci* (16), 34–42.

Ensio, A. & Häyrinen, K. 2008. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa: K. Saranto, A. Ensio, K. Tanttu & A. Sonninen (toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 67–74.

Ensio, A. & Kinnunen U-M. 2011. Hoitotyön tiedonhallinta, Nursing Informatics, käsitteenä ja käytäntönä: FinCC suomalaisen hoitotyön yhtenäisen ammattikie- len kehittäjänä. *Pro terveys* (1), 14–15.

Erkko, P. & Johansson P. 2013. Lääkehoidon kirjaaminen. Teoksessa: I. Ranta (toim.) *Sairaanhoitaja & lääkehoito*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 144–160.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2005. Näytä lamppumme loista yöhön. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Haho A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. *Sairaanhoitaja -Sjuksköterskan* 82 (12), 38–39.

Hallila, L. 2005a. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: L. Hallila (toim.) *Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen*. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 23–29.

- Hallila, L. 2005b. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa: L. Hallila (toim.) Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 13–15.
- Hallila, L. 1998. Potilaan hoidon kirjaamisen alkuvaiheita. Teoksessa: L. Hallila (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Kustannus Oy Tamara Press, 16–17.
- Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa: L. Hallila (toim.) Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 16–22.
- Heikkilä, A. 2005. Ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden tutkitun tiedon käyttö. Turku: Turun yliopisto. Annales Universitatis Turkuensis 237. Väitösk.
- Hoffrén, P. & Tanttu, K. 2008. Kokemuksia hoitotyön systemaattisesta kirjaamisesta. Kätilölehti (7), 40–43.
- Hopia, H., Rantanen, A., Mattila, E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. Tutkiva Hoitotyö 2 (4), 24–29.
- Häyrinen, K. 2011. Sähköisen potilaskertomuksen yhtenäisten tietorakenteiden ja ydintietojen käyttöönotto: hyödyt terveydenhuollon ammattihenkilöille. Pro terveys (1), 7.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. 2015. Vuodeosastot. [Verkkosivu]. [Viitattu 7.2.2015]. Saatavana: http://www.jikky.fi/potilaat_asiakkaat_ja_laheiset/terveyskeskus/vuodeosastot
- Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. Tutkiva Hoitotyö 12 (1), 12–21.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kehus, E. & Törmänen, O. 2014. Näyttöön perustuva hoitotyö osastonhoitajien näkökulmasta. Tutkiva Hoitotyö 12 (3), 36–44.
- Korhonen, T., Holopainen, A., Kejonen, P., Meretoja, R., Eriksson, E. & Korhonen, A. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. Tutkiva Hoitotyö 13 (1), 44–51.

- Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto, K. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede* 26 (4), 310–321.
- Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet?: Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (4), 12–20.
- Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa: H. Hoppia & L. Koponen (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 89–96.
- Kääriäinen, M. & Kaakinen, P. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. *Sairaanhoitaja -Sjuksköterskan* 81 (1), 13–15.
- L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki.
- L 17.8.1992/758. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
- L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki.
- Lappalainen, J., Niemi-Murola, L. & Sarjakoski-Peltola, S. 2014. Tietotekniikka ja potilaan kotilääkityksen arvoitus. *Duodecim* 130 (17), 1749–1753.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2009. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy, 21–43.
- Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö* 2 (2), 4–9.
- Leino-Kilpi, H., & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa: S. Lauri (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Juva: WSOY, 7–20.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. *Etiikka hoitotyössä*. 8. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas: SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 25.10.2014]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1

- Mykkänen, M. & Huovinen, H. 2011. Hoitotyön yhteenveto: osana potilaan turvallista jatkohoitoa. *Tehohoito* 29 (1), 34–36.
- Mykkänen, M., Huovinen, H., Miettinen, M. & Saranto, K. 2011a. Dokumentointi parantaa turvallisuutta ja laatua. *Sairaanhoitaja -Sjuksköterskan* 84 (6-7), 62–65.
- Mykkänen, M., Huovinen, H., Miettinen, M. & Saranto, K. 2011b. Hoitotyön toiminnan tulosten tarkastelua: rakenteistetun tiedon käyttömahdollisuuksia johtamisessa. *Pro terveys* (1), 16–18.
- Niemi, A., Kaila, A., Bjerregård Madsen, J. & Turunen, A. 2013. Hoitotyön rakenteista kirjaamista kehitettävä yhteistyössä. *Suomen Lääkärilehti* 68 (47), 3062–3063.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M.B. & van der Schans C. P. 2010. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of advanced nursing* 66 (11), 2481–2489.
- Pekkala E. 2008. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa: K. Saranto, A. Ensio, K. Tantt & A. Sonninen (toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 48–55.
- Perämäki, M. & Vänskä, E. 2011. Koulutuksella sähköisen kirjaamisen työkalut käyttöön. *Pro terveys* (5), 8–10.
- Salonen, A., Virta-Helenius, M., Renholm, M., Stenroos, M-L. & Vuorinen, R. 2012. Sähköisen kirjaamisen käyttöön oton haasteet. *Sairaanhoitaja -Sjuksköterskan* 85 (8), 55–57.
- Sandell, K., Marttinen, P., Pekkanen, H., Raatikainen, A. & Saranto, K. 2011. Puhetta riittää: Mistä kiikastaa sähköinen kirjaaminen? *Pro terveys* (1), 20–22.
- Sarajärvi, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö –kuvaus toimintamallin kehittämisestä. [Verkkolehtiartikkeli]. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. [Viitattu 24.10.2014]. Saatavana: <http://www.kommunerna.net/fi/tietopankit/hyvakas/hyvakas-tietopankki/nayttoon-perustuvan-hoitotyon-vahvistaminen-terveydenhuollossa-helsinki/Documents/N%C3%A4ytt%C3%B6n%20perustuva%20hoitoty%C3%B6.pdf>
- Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa: H. Hopia & L. Koponen (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 123–138.

- Tanttu K. 2011. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen: Kansallisen tietotuotannon edellytys. *Pro terveys* (1), 10–12.
- Tolvanen, S. 1980. Katsaus kirjallisen hoitosuunnitelman kehittämistyöhön Suomessa. Teoksessa: S. Sinkkonen & R. Lahtiharju (toim.) *Sairaanhoidon vuosikirja XVII*. Hämeenlinna: Arvi A. Karisto Oy:n kirjapaino, 136–150.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Valtakunnallinen terveydenhuolloneettinen neuvottelukunta (ETENE). 2001. *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. [Verkköjulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 25.2.2015]. Saatavana: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf
- Virta-Helenius, M., Mäenpää, I. & Eriksson, E. 2004. Hoitotyön päivittäinen kirjaaminen neurologian vuodeosastoilla. *Tutkiva Hoitotyö* 2 (2), 10–15.

LIITTEET

Liite 1. Seurantalomake kirjaamiseen käytetystä ajasta

Liite 2. Avoin kyselylomake sairaanhoitajille

Liite 3. Tiedote sairaanhoitajille opinnäytetyöstä

Liite 4. Esimerkki sisällönanalyysistä, jossa kuvattuna hoitotyön kirjaamisen merkitys potilaille ja sairaanhoitajille

Liite 1. Seurantalomake kirjaamiseen käytetystä ajasta

Lomakkeessa on kohdat kymmenelle työvuorolle. Merkitse aluksi päivämäärä, jolloin olet töissä ja missä työvuorossa. A= Aamuvuoro, I= Iltavuoro ja Y= Yövuoro. Seuraa työvuoron aikana kirjaamiseen kuluvaa aikaa haluamallasi tavalla, esimerkiksi pidä aina mukana paperia, johon merkitset käytetyn ajan minuutteina. Laske työvuoron lopuksi käyttämäsi aika yhteen ja kirjaa se ylös sille osoitettuun kohtaan. Palauta molemmin puolin täytetty lomake kansliassa olevaan kirjekuoreen viimeistään perjantaina 6.2.2015.

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Päivämäärä: _____

Vuoro: A I Y

Aika minuutteina: _____

Liite 3. Tiedote sairaanhoitajille opinnäytetyöstä

Hei,

Kirjaaminen sairaanhoitajan työssä on tärkeää ja se on muuttunut vuosien aikana. Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat heidän terveyteensä ja hoitoonsa liittyvää luotettavaa tietoa. Kirjaamisen on perustuttava potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Kirjaajalla on oltava selkeä käsitys hoitamisesta ja kirjaamisesta asettaakseen oikeat tavoitteet potilaan hoitamiseksi.

Olemme Seinäjoen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Opinnäytetyön aiheena on: Kirjaamisen kehittyminen sairaanhoitajan työssä. Ohjaajana toimii Helinä Mesiäislehto-Soukka TtT, lehtori.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää JIK:n osastojen sairaanhoitajien kirjaamiskäytäntöjä, kuinka he kokevat hoitotyön kirjaamisen ja kuinka paljon aikaa he käyttävät hoitotyön kirjaamiseen. Lisäksi tarkoituksena on saada selville hoitotyön kirjaamisen merkitys potilaille ja sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa saadun tiedon avulla kehittämisehdotuksia kohteena olevien yksiköiden kirjaamiskäytäntöihin. Tutkimukseen osallistuu yhteensä kolmekymmentä sairaanhoitajaa JIK:n alueelta. Sairanhoitajat täyttävät seurantalomaketta kymmenen työvuoron ajalta ja täyttävät lyhyen kyselylomakkeen. Seurantalomakkeista saadaan selville, miten paljon aikaa sairaanhoitajat käyttävät työajastaan keskimäärin hoitotyön kirjaamiseen aamu-, ilta- ja yövuorojen aikana. Tutkimukseen osallistuneille terveyskeskusten osastoille tehdään kirjallinen yhteenveto tutkimuksen tuloksista. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte lopettaa sen milloin tahansa. Tietonne käsitellään anonymisti sekä luottamuksellisesti.

Olemme kiitollisia yhteistyöstä ja toivomme, että vastaatte mahdollisimman tarkasti kysymyksiin ja täytätte seurantalomaketta aktiivisesti. Tällä tavoin saadaan tarkkoja tutkimustuloksia opinnäytetyöhön. Jos teillä ilmenee kysyttävää, olkaa rohkeasti yhteydessä, niin vastaamme mielellämme esittämiinne kysymyksiin.

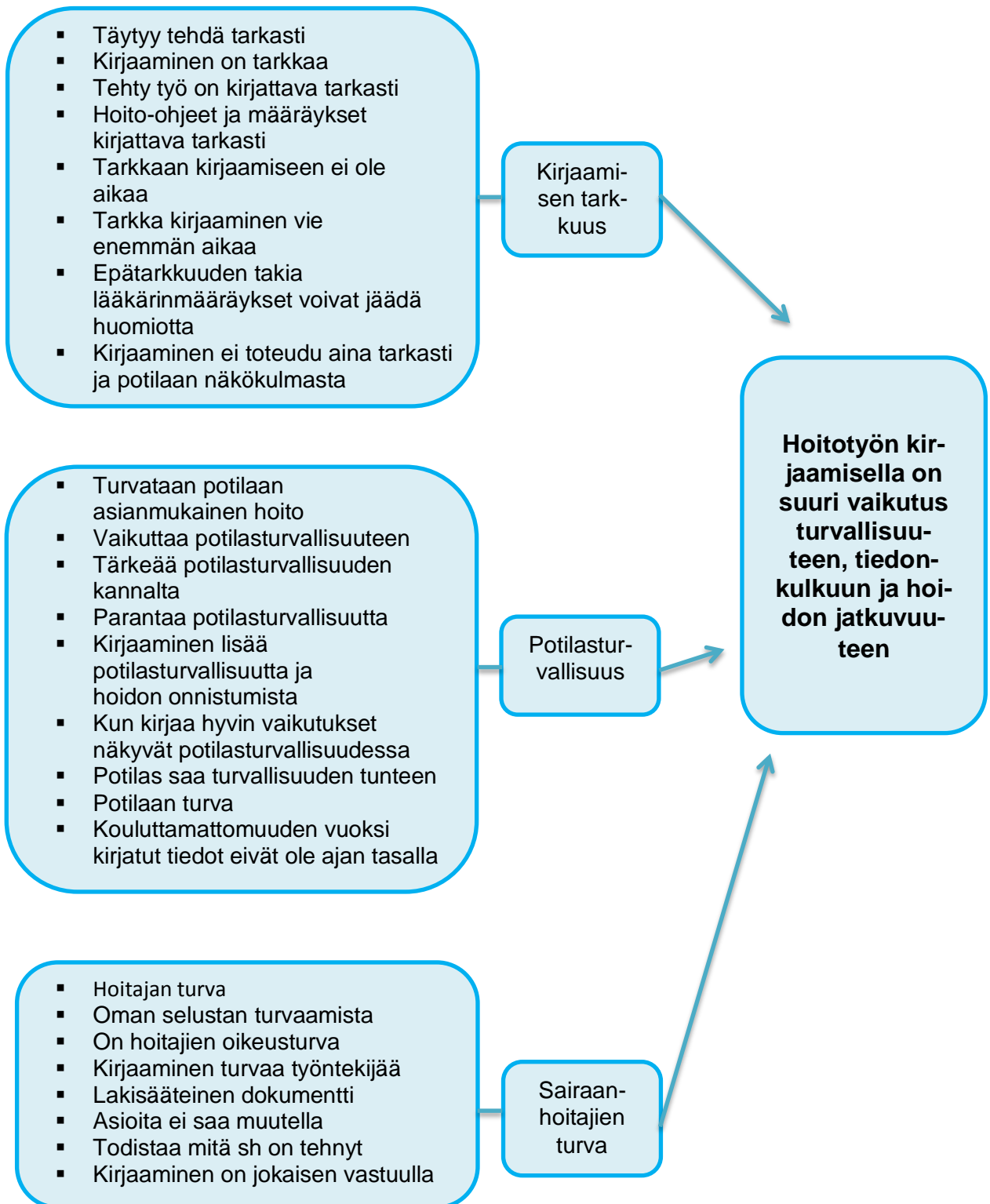
Ystävällisin terveisin, Johanna Hyry & Minna Haapamäki

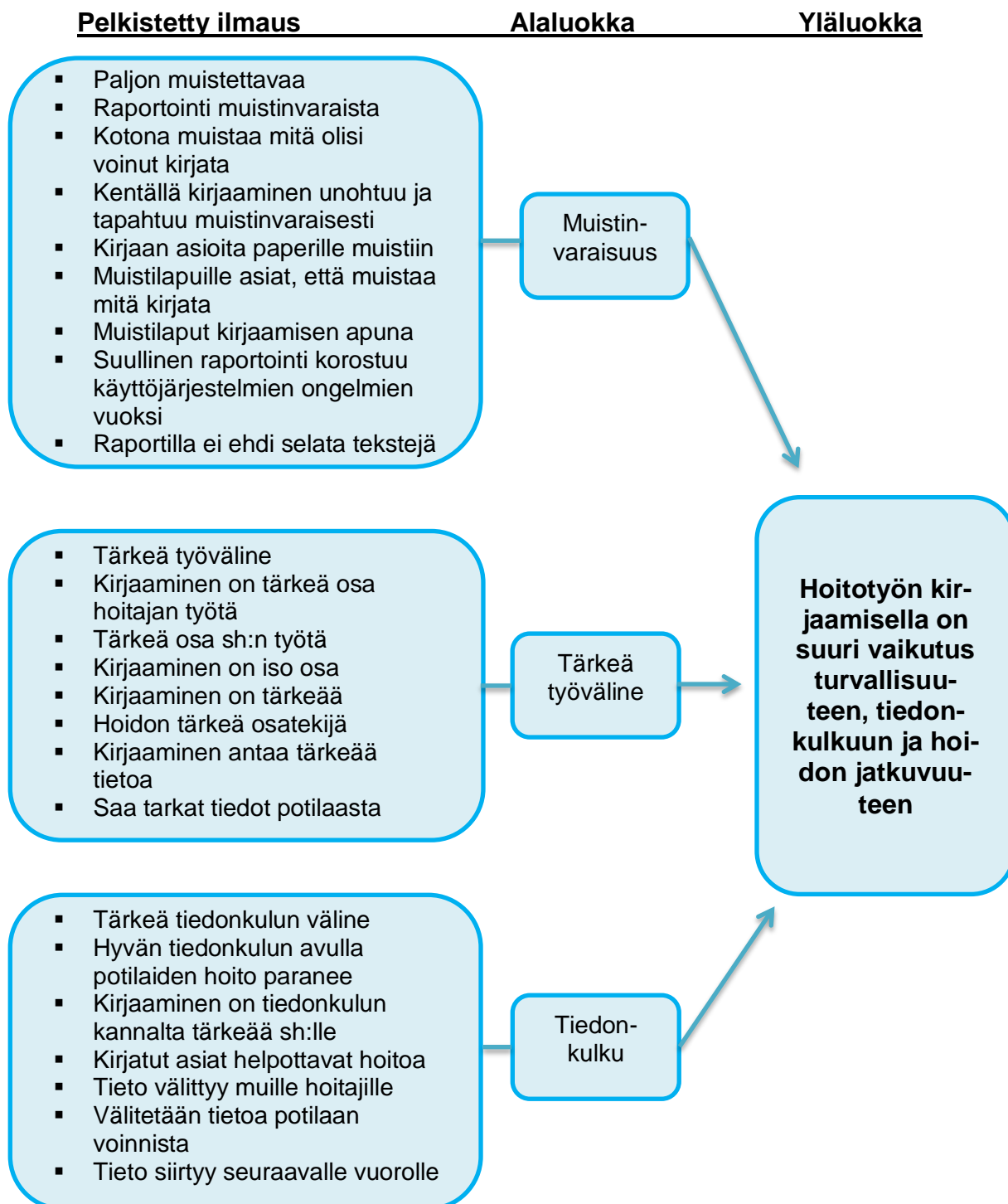
Liite 4. Esimerkki sisällönanalyysistä, jossa kuvattuna hoitotyön kirjaamisen merkitys potilaille ja sairaanhoitajille

Pelkistetty ilmaus

Alaluokka

Yläluokka





Pelkistetty ilmausAlaluokkaYläluokka