

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2010

Elina Heinonen, Maria Hukkanen & Heidi Hussi

HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN TURUN SOSI- AALI- JA TERVEYSTOIMEN POLIKLINIKOILLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Elina Heinonen, Maria Hukkanen, Heidi Hussi

HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN TURUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN POLIKLINIKOILLA

Tämä opinnäytetyö on osa Turun sosiaali- ja terveystoimen hoitotyön sähköinen kirjaaminen -käytäntöön implementointi hanketta, joka syntyi valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen eli HoiDok-hankkeen tuloksena. Turun sosiaali- ja terveystoimen hankkeen tavoitteena oli kehittää kirjaamisen laatua ja yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä sekä parantaa hoitotyön laatua.

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida rakenteisen kirjaamisen nykytilaa Turun sosiaali- ja terveystoimen poliklinikoilla sekä verrata tutkimustuloksia aikaisempaan tutkimukseen (kevät 2009). Tutkimuksen tavoitteena on mahdollistaa kirjaamisen kehittymisen seuraaminen poliklinikoilla tarkastelemalla kirjaamisen nykytilaa jatkossakin.

Tutkimusaineisto koostui 40 hoitokertomuksesta, jotka oli kerätty Turun kaupunginsairaalan kaikilta poliklinikoilta. Hoitokertomukset valittiin systemaattista satunnaisotantaa käyttäen. Aineisto analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin avulla, jonka jälkeen tiedot käsiteltiin SPSS Statistics 17.0 –ohjelmalla.

Tämä tutkimus osoittaa, että Turun sosiaali- ja terveystoimen poliklinikoilla ei vielä ole siirrytty systemaattiseen ja rakenteiseen kirjaamismalliin. Tästä johtuen hoitoprosessin eri vaiheet eivät ole nähtävissä poliklinikkojen kirjauksissa. Tutkimustulosten mukaan kirjaaminen poliklinikoilla on puutteellista, eikä merkittävää muutosta ole tapahtunut keväästä 2009. Valtakunnalliseen rakenteiseen kirjaamismalliin siirtyminen ei tapahdu hetkessä ja muutosprosessi on jatkuvaa.

ASIASANAT:

dokumentointi, hoitotyö, kirjaaminen, poliklinikat

Elina Heinonen, Maria Hukkanen, Heidi Hussi

THE STRUCTURAL DOCUMENTATION OF NURSING IN THE OUTPATIENT DEPARTMENTS OF THE SOCIAL AND HEALTHCARE DEPARTMENT OF TURKU

This bachelor's thesis is a part of the implementation project of the electronic documentation in nursing in the Social and Healthcare Department of Turku which was created as a result of the national development project concerning the electronic documentation of nursing called HoiDok. The aim of the project in the Social and Healthcare Department was to develop the quality of documentation and to standardize documentation practices and improve the quality of nursing.

The purpose of this research is to estimate the current rate of structural documentation in the outpatient departments of the Social and Healthcare Department of Turku and to compare the results to an earlier research in spring 2009. The aim of this research is to make it possible to follow the development of documentation in the outpatient departments by analyzing the state of documentation in the future, too.

The research data consisted of forty nursing reports that had been collected from all outpatient departments of the City Hospital of Turku. The nursing reports were chosen by using systematic random samples. The data was analyzed by using deductive content analysis after which the information was processed by using a programme called SPSS Statistics 17.0.

This research shows that the systematic and structural documentation has not been introduced in the outpatient departments of the Social and Healthcare Department of Turku. This is why the different stages of the nursing process are not shown in the documentation of the outpatient departments. According to the results of this research the documentation in outpatient departments is defective and significant change has not happened since spring 2009. Entering into the national structural documentation model doesn't happen over night and the changing process is continual.

KEYWORDS:

documentation, nursing, outpatient clinics

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	7
2.1 Hoitotyön kirjaamisen edellytyksiä	7
2.2 Hoitotyön sähköinen kirjaaminen	10
2.3 Systemaattinen ja rakenteinen kirjaaminen	12
2.4 Valtakunnallinen, rakenteinen kirjaamismalli ja sen käyttöönotto	16
3 POLIKLIININEN HOITOTYÖ JA SEN KIRJAAMINEN	17
3.1 Polikliinisen hoitotyön luonne	17
3.2 Hoitotyön kirjaaminen poliklinikalla	20
3.2.1 Hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaaminen	21
3.2.2 Hoitotyön kirjaamisen sisältö	22
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	24
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	25
5.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmä	25
5.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	26
6 TULOKSET	30
6.1 Taustatiedot ja tulotilanne	30
6.2 Hoitotyön tarpeiden kirjaaminen	32
6.3 Hoitotyön toteutus ja arviointi	34
6.4 Opetus ja ohjaus sekä omaisten hoitoon osallistuminen	36
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	37
LÄHTEET	43

LIITTEET

Liite 1. Sisällönanalyysirunko

TAULUKOT

Taulukko 1. Luokitusten komponentit	13
Taulukko 2. Tulotilanteessa kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila	31
Taulukko 3. Tarpeet/ongelmat eriteltyinä	33
Taulukko 4. Opetuksen/ohjauksen kirjaaminen toteutuksessa	37

KUVIOT

Kuvio 1. Kirjaukset potilaan aikaisemmasta terveydentilasta	32
Kuvio 2. Tarpeiden sisällöt tulovaiheessa	33
Kuvio 3. Hoitotyön toiminnot ja keinot toteutuksessa	35
Kuvio 4. Arvioiva kirjaaminen toteutuksessa	36

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa Turun sosiaali- ja terveystoimen hoitotyön sähköinen kirjaaminen -käytäntöön implementointi hanketta, jonka tavoitteena oli ottaa käyttöön ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamismalli Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Hanke syntyi valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen tuloksena. Turun sosiaali- ja terveystoimi laati yhteisen hoitonäkemyksen sekä yhteiset laatuvaatimukset ja -kriteerit hoitotyön kirjaamiselle. (Salmela 20.5.2009.) Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden on siirryttävä sähköiseen kirjaamisjärjestelmään vuoden 2011 loppuun mennessä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää rakenteisen kirjaamisen nykytila Turun sosiaali- ja terveystoimen kaupunginsairaalan poliklinikoilla ja verrata tuloksia keväällä 2009 tehdyn tutkimuksen tuloksiin. Tutkimuksen tavoitteena on mahdollistaa kirjaamisen kehittymisen seuraaminen poliklinikoilla tarkastelemalla kirjaamisen nykytilaa jatkossakin. Jatkuvan koulutuksen ja kirjaamisen esillä pitämisen avulla voidaan sekä määrällisesti että laadullisesti kehittää hoitotyön kirjaamista (Lehti 2004, 4). Tutkimusaineisto eli hoitokertomukset analysoitiin valmista sisällönanalyysirunkoa apuna käyttäen.

Polikliinisessä hoitotyössä ammattihenkilöiltä edellytetään hyvää hoidon suunnittelua ja koordinoitua, kokonaisvaltaista potilaan ja perheen tarpeiden tunnistamista sekä priorisointi- ja päätöksentekokykyä nopeastikin vaihtuvissa tilanteissa (Koskela ym. 2002, 5). Aikaisempien tutkimusten mukaan kirjaaminen poliklinikoilla ei ole tarpeeksi kokonaisvaltaista ja potilaslähtöistä (Ylöstalo-Laine 2006, 35–36). Polikliinisestä hoitotyöstä ja sen kirjaamisesta on tehty Suomessa vain vähän tutkimuksia, joten polikliinisen hoitotyön kirjaamisen tutkiminen on tarpeellista.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

2.1 Hoitotyön kirjaamisen edellytyksiä

Hoitotyön kirjaaminen edellyttää potilasasiakirjajärjestelmää ohjaavien periaatteiden, lakien ja ohjeiden noudattamista (Hallila & Graeffe 2005, 16–18). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen hallinnassa ja käsittelyssä on otettava huomioon seuraavat lait ja asetukset; sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/1994), henkilötietolaki (523/1999) ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettu laki (159/2007) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Potilasasiakirja on keskeisin tiedon lähde terveydenhoitohenkilökunnalle (Helleso & Ruland 2001, 799). Potilasasiakirjoissa tulee olla potilaan perustiedot, kuten potilaan nimi, syntymäaika ja yhteystiedot sekä merkinnät potilaan avohoito-, kotihoitokäynnistä sekä osastohoitojaksosta. Hoitokäynneistä ja hoitojaksoista tulee ilmetä tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seurannat, sairauden kulku ja loppulausunto. Potilastiedot tulee aina kirjata selkeästi, tarkasti ja laaja-alaisesti resurssien määrästä riippumatta niin, että lain asettamat vaatimukset hoidon kirjaamiselle täyttyvät. Potilasasiakirjoista tulee voida jälkeenpäin selvittää hoidon laatua. Lisäksi potilasasiakirjoilla on tärkeä merkitys sekä potilaan että ammattihenkilön oikeusturvan kannalta. (Owen 2005, 48–49; STM 2006; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2010.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) sisältää säännökset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista, joiden tarkoituksena on turvata asiakkaan tietojen käytettävyys, eheys, säilyminen ja yksityisyyden suoja. Laki edellyttää jokaista terveydenhuoltoyksikköä pitämään potilaista jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien tulee siirtyä lähivuosina yhtenäiseen sähköiseen potilas-

kertomukseen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) velvoittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat siirtyvät sähköiseen järjestelmään vuoden 2011 loppuun mennessä.

Hoitotyön kirjaaminen edellyttää myös päätöksentekoa hoitotyössä. Päätöksenteolla tarkoitetaan valinnan tekemistä tilanteessa, jossa päätöksentekijällä on vastuu ja vapaus tehdä päätös erilaisten vaihtoehtojen puitteissa. Hoitotyötä koskevat päätöksentekotilanteet perustuvat hoitotyön tietoperustaan. Hoitotyössä tehtäviä päätöksiä voidaan tarkastella prosessimallin mukaisesti. Prosessi etenee potilaan hoidon tarpeista toimintojen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Päätöksenteko hoitotyössä on taito ja se heijastuu myös kirjaamiseen. Hoitotyössä tehtävien valintojen ja prosessin eri vaiheiden tulee näkyä kirjaamisessa. (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 26.)

Kuusion (2008, 55) pro gradu -tutkielmassa analysoitiin kotisairaanhoidon, lääkärin vastaanoton ja työterveyshuollon potilaiden sairaanhoitovastaanotto-ikäntien kirjauksia satunnaiselta ajanjaksolta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että parhaiten sairaanhoitajat olivat päätöksenteon prosessimallin vaiheista kirjanneet tulotilanteen, hoidon toteutuksen ja arvioinnin. Arvioinnissa yleensä näkyi jatkosuunnitelma. Hoidon suunnittelua ja hoitotyön tulosta/yhteenvetoa oli kirjattu huonoiten. Yhdessäkään kirjauksessa ei näkynyt hoitotyön prosessimallin kaikkia vaiheita.

Hoitotyön päätöksenteko liittyy vahvasti ongelmanratkaisuprosessiin. Toiminta, joka syntyy päätöksenteon perusteella, riippuu päätöksentekijän yksilöllisistä ominaisuuksista. Päätöksentekijöillä on eri tilanteissa erilaiset resurssit hankkia ja valikoida tietoa, jonka pohjalta syntyvät keinot ongelmanratkaisulle. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 44.) Sairaanhoitajat tekevät suuren osan päätöksistä käytännön hoitotyössä. Hoitosuunnitelma, joka laaditaan potilaan tarpeiden pohjalta, ja siihen perustuva hoitotyön toteutuksen kirjaus päätöksentekoiheen toimivat käsi kädessä. Hoitosuunnitelman ja kirjausten avulla saadaan päätöksenteko näkyväksi. (Mäkilä 2007, 39.)

Hoitotyössä päätöksentekoon ja prosessin mukaiseen hoitotyön kirjaamiseen liittyy aina myös epävarmuustekijöitä, ja prosessin vaiheisiin vaikuttavat eri tekijät voi olla vaikeaa saada näkyviin. Myös kiire hoitotyössä ja epävarmuus ratkaisujen tekemisessä vaikeuttavat päätöksentekoa. Tieto saattaa olla hajanaista ja näin ollen loppuarvion ja yhteenvedon laatiminen kirjoitettuun muotoon voi olla ongelmallista. (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 26.)

Mäkilän (2007, 39–40) artikkelissa käy ilmi, että hoitotyön kirjaamista toteuttavat ammattihenkilöt eivät ole tietoisia siitä, mitä päätöksenteko on ja miten sen tulisi näkyä. Teoriatieto päätöksenteosta ja sen merkityksestä hoitotyön kirjauksissa ja potilaan hoidossa vaikuttaa siis olevan puutteellista ammattihenkilöiden keskuudessa. Valtakunnalliseen luokituksiin perustuvaan hoitotyön kirjaamistyyliin siirtyminen on hoitajille näytön paikka. Samalla se on myös mahdollisuus hoitajille kehittyä kirjaamisessa ja päätöksenteon esiin tuomisessa. Hoitotyön päätöksenteon ja arvioinnin laatua tulisi enemmän mitata, vaikka se onkin monimutkaista (Dowding & Thompson 2003, 55).

Voutilaisen, Isolan & Muurisen (2004, 72–78) mukaan sairaanhoitajien kirjauksikäytäntöjen tutkiminen on tarpeellista. Erityisesti hoidon arvioinnin kehittäminen olisi Suomessa aiheellista. Vaikka sairaanhoitajille on annettu koulutusta dokumentaatiokäytäntöjen kehittämiseen, kirjaamisessa on yhä puutteita samoilla alueilla kuin kaksikymmentä vuotta sitten. Hoitotyön kirjaamista koskevis- sa koulutuksissa olisi hyvä kokeilla joukkoluentoja sijaan sairaanhoitajien henkilökohtaista ohjausta. Hoitotyön kirjaaminen on kirjallinen todiste hoitokäytännöistä ja heijastaa sairaanhoitajan vastuuta potilasta kohtaan. Tarkka dokumentointi on tärkeä edellytys yksilölliselle ja turvalliselle hoitotyölle. Tietoon, jota ei ole dokumentoitu, ei voida luottaa. Jokaista potilasta tulee pitää ainutlaatuisena ja siksi on tärkeää, että hänen hoitonsa tulee kaikilta osin kirjatuksi. Dokumentaatiokäytännöt myös osaltaan heijastavat sairaanhoitohenkilökunnan arvoja.

2.2 Hoitotyön sähköinen kirjaaminen

Dokumentoinnilla hoitotyössä tarkoitetaan potilaan hoidon kirjaamista potilasasiakirjoihin ja potilaan hoidon seurantalomakkeeseen. Dokumentointi antaa edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle. Dokumentointi myös varmistaa hoidon toteutuksen ja seurannan sekä turvaa hoitoa koskevan tiedon saannin. (Lauri, Moisander, Hämäläinen & Lehti 1991, 6; Helleso & Ruland 2001, 799.) Hoitotyön kirjaaminen voi olla joko manuaalista tai elektronista. Käsite manuaalinen kirjaaminen on otettu käyttöön elektronisen kirjaamistavan yleistyessä, jotta nämä voitaisiin erottaa toisistaan. (Ensio & Saranto 2004, 30–32.)

Elektronisella eli sähköisellä potilastietojärjestelmällä tarkoitetaan tietojen kokonaisvaltaista hallintaa tietotekniikan avulla sisältäen tietojen tallentamisen, säilyttämisen, välittämisen ja käyttämisen (Häyrinen & Ensio 2007, 97). Elektroninen potilastietojärjestelmä muodostuu hoitotiedoista. Järjestelmän tarkoituksena on tukea potilaslähtöistä hoitoa sekä moniammatillista yhteistyötä ja turvata hoidon jatkuvuus. (Ensio & Saranto 2004, 13.) Sähköinen potilastietojärjestelmä tukee myös koulutusta ja tutkimusta huomioon ottaen tietoturvaan liittyvät vaatimukset (Häyrinen & Ensio 2007, 97).

Elektronisen kirjaamisen toteuttaminen on helppoa ja nopeaa, ja sen etuna on kirjaamisen onnistuminen välittömästi. Tiedoissa päästään heti ajan tasalle, kun raportointia voidaan seurata suoraan tietokoneelta. Elektronisen kirjaamisen ansiosta poliklinikat ja palveluntuottajat voivat seurata tarkasti työn edistymistä ja suunnitella toimintaperiaatteita parantamaan hoitoprosessia. Tietokoneraportoinnin avulla voidaan esimerkiksi tutkia yleisimpiä poliklinikkakäyntien peruuttusyytiä ja kehittää toiminnan parannuskeinoja. Elektronisesta kirjaamisesta on hyötyä myös taustatietojen selvittämisessä, sillä aikaa säästyy huomattavasti kun paperilla olevien potilastietojen selauksen sijasta taustatiedot löytyvät koneelta. Lisäksi tiedonkulku on huomattavasti helpottunut sähköisen asiatietojär-

jestelmän tulon myötä. (Helleso & Ruland 2001, 799; O'Meara 2007, 972–975; Robles 2009, 31–33.)

Tiedon käyttö, välittäminen, tallettaminen ja uudelleenkäyttö on päivittäistä terveydenhuollossa. Tarpeellisen tiedon tulee olla ammattihenkilöstön käytettävissä tarpeen mukaan, koska hoitotyö perustuu tietoon. (Saranto 2007, 25.) Hoitotyön tiedonhallinta on tiedon yhdistämistä tietojenkäsittelyä ja viestintäteknikkaa apuna käyttäen (IMIA-SIGNI 1998). Tiedon avulla voidaan laatia hoitosuunnitelma, jonka pohjalta hoitotyön kirjaamista voidaan toteuttaa. Hoitosuunnitelma on hoitoprosessin toteuttamista varten laadittu yksilöllinen suunnitelma (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 1999). Hoitosuunnitelma koostuu esitietojen hankinnasta, varsinaisen hoitosuunnitelman laatimisesta, hoitotyön yhteenvedosta, jatkohoidosta ja kotiutuksen suunnittelusta. Hoitosuunnitelman laatiminen sovitulla tavalla helpottaa yksilöllisen ja olennaisen tiedon kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisessa tulee näkyä, miten potilasta on hoidettu sekä hoidon lopputulos. Potilaan hoitajakson kaikissa vaiheissa tulee kirjaamisessa näkyä jatkuvaa arviointia. Kirjaamiselle on asetettu laatukriteereitä, joita ovat selkeys, virheettömyys, taloudellisuus (vain tarpeellisten tietojen kirjaaminen) ja arvioiva kirjaamistyyli. (Nissilä 2005, 56–57.)

Leen (2005, 1378–1380) tutkimuksen mukaan hoitajat pitivät elektronista hoitosuunnitelmaa potilaan hoidon sisäistämisen oppimisvälineenä, muistin apuna sekä arvioinnin apuna määriteltäessä hoitosuunnitelman sisältöä. Monet hoitajat hyödynsivät elektronista hoitosuunnitelmaa vahvistaakseen käsityksensä potilaan ongelmista ja tehdessään hoitotyön diagnooseja sekä priorisoidessaan potilaan ongelmia. Jotkut hoitajat kertoivat hyötynensä hoitosuunnitelmista löydettyään sieltä potilaan terveydentilaan liittyviä ongelmia, joita ei ollut ilmennyt hoidettaessa. Hoitajat löysivät hoitosuunnitelmista myös tutkimuksia ja jo käytettyjä hoitomuotoja, joita eivät olleet tulleet ajatelleeksi potilaan kohdalla. Tutkimuksessa ilmeni, että monet kokeneet hoitajat eivät noudattaneet hoitosuunnitelman laatimiskäytäntöä ja käyttivät jopa väärää tai vanhentunutta sisältöä.

2.3 Hoitotyön systemaattinen ja rakenteinen kirjaaminen

Systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilasasiakirjoissa hoitotyön päätöksenteon prosessin vaiheiden mukaisesti (Saranto & Sonninen 2007, 14). Hoitotyön päätöksenteon vaiheita ovat tarpeet, toimintojen suunnittelu, toteutus ja arviointi (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 26). Systemaattisesti kirjattu tieto sekä määrätyt tyylit tiedon tallentamiseen ja säilyttämiseen helpottavat tiedon käsittelyä, kliinistä päätöksentekoa, potilaan hoidon sujuvuutta ja jatkuvuutta sekä laajentaa uudelleen käytön mahdollisuuksia. Systemaattisesti kirjattua tietoa voidaan myös hyödyntää johtamisessa ja tutkimuksissa. (Ensio 2007, 96; Sonninen 2007, 66; HoiDok-hanke 2008.)

Hoidollisen kirjaamisen systemaattisuutta voidaan lisätä rakenteistamalla. Kirjaaminen hoitotyössä koostuu ydintiedoista, luokituksista ja niitä täydentävästä vapaasta tekstistä. Rakenteisessa kirjaamisessa päätöksenteon eri vaiheita merkitään potilasasiakirjoihin luokitusten avulla. (Saranto & Sonninen 2007, 14.)

Kirjaaminen rakenteistetaan käyttämällä kansallisesti yhtenäisiä tarve- ja toimintoluokituksia (SHTal, SHTol) eli Finnish Care Classification (FinCC) luokituksia. Komponentit, jotka voidaan jakaa ala- ja pääluokkiin, toimivat otsakkeena kirjattavalle tiedolle. (Tanttu & Ikonen 2008, 115.) Luokitukset on kehitetty tukemaan hoitotyön prosessimallin mukaista käyttöä (Saranto & Ensio 2007, 133). Luokitusten myötä kirjattavaa asiaa voidaan täsmentää ja asiakokonaisuuden hahmottaminen helpottuu. Myös potilaslähtöinen kirjaaminen tehostuu käyttämällä luokituksia. Ottamalla käyttöön luokitukset ydintietojen rakenteistamisessa, hoidon kirjaamisesta saadaan monipuolisempaa ja laaja-alaisempaa. (Tanttu & Ikonen 2007, 115–116.)

Taulukko 1. Luokitusten komponentit. (Tanttu & Ikonen 2007, 115.)

	<i>Luokituksilla on yhteiset komponentit eli pääotsakkeet:</i>
A	Aktiviteetti
B	Erittäminen
C	Selviytyminen
D	Nesteytys
E	Terveyskäyttäytyminen
F	Terveyspalveluiden käyttö
G	Lääkehoito
H	Ravitseminen
I	Fyysinen tasapaino
J	Hengitys
K	Kanssakäyminen
L	Turvallisuus
M	Itsehoito
N	Psyykinen tasapaino
O	Aistitoiminta
P	Kudoseheys
Q	Jatkohoito
•	Elämänkaari (sisältöä kehitetään ja testataan)

Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa käytettävien ydintietojen tarkoituksena on antaa kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Ydintiedot muodostuvat hoidon tarpeesta, toiminnoista, tuloksista, hoitoisuudesta ja hoitotyön yhteenvedosta. (Saranto & Sonninen 2007, 13.) Hoitotyön ydintiedot on määritelty kansallisesti (Tanttu & Rusi 2007, 114). Rakenteisesta kirjaamisesta on paljon hyötyä hoitotyössä, ja sen merkityksen korostamisesta tulisi antaa lisää koulutusta sairaanhoitajille. Dokumentoinnin korostaminen ei kuitenkaan saa tapahtua hoidon laadun kus-

tannuksella, ja sitä tulisikin kehittää yhteistyössä koko sairaanhoitohallinnon kanssa. (Törnvall, Wilhelmsson & Wahren 2004, 310–317.)

Rakenteiseen kirjaamiseen kuuluu hoitosuunnitelman laatiminen. Hoitosuunnitelman tekeminen alkaa jo vastaanottotilanteessa. Hoidon suunnittelussa määritellään tarpeet, tavoitteet ja mahdolliset keinot hoidon toteuttamiselle. Hoitaja määrittelee hoidon tarpeen potilaan terveydentilaan liittyvien asioiden pohjalta ja tavoitteet määritellään suhteessa hoidon tarpeisiin. Tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä, realistisia sekä arvioitavia suhteessa hoitoaikaan ja käytettäviin resursseihin. (Tanttu & Ikonen 2007, 113.)

Hoitotyön toimintojen tulee olla näyttöön perustuvia ja niiden tulee kuvata hoidon suunnittelu sekä toteutus. Hoitotyön tulokset kertovat potilaan tilassa tapahtuneet muutokset. (Tanttu & Ikonen 2007, 114.) Suomalaisten tutkimusten mukaan sairaanhoitajat osaavat määrittää hyvin hoitotyön ongelmat, mutta eivät osaa priorisoida ongelmia potilaan tilanteen kannalta, ja toiminnan täsmällisten tavoitteiden asettaminen on vaikeaa (Lehti 2004, 5).

Yhteenvetoon kootaan hoitojakson keskeiset tiedot ja sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi potilaan jatkohoitopaikassa. Yhteenvedon laatimisessa on tärkeää, että kirjaaminen on rakenteellista ja jatkuvaa. Yhteenvetoon kirjataan hoitojakson ajalta tarpeet, toiminnot, auttamiskeinot, tulokset ja lopuksi arviointi. Lisäksi kirjataan potilaan tilanne tämän kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitoon muualle. Jatkohoitoon siirtyessä kirjataan myös jatkohoidon tavoitteet ja suunnitelmat. (Tanttu & Ikonen 2007, 114.)

Hoitoisuus on yksi osa ydintiedoista ja sen arviointi kuuluu hoitoprosessiin. Hoitoisuudella tarkoitetaan potilaan tarvitseman hoidon määrää ja laatua. Se arvioidaan hoitoisuusluokituksella ja siitä saatavaa tietoa voidaan hyödyntää laadun arvioimisessa, henkilöstön mitoittamisessa sekä hoitotyön kustannusten selvittämisessä. (Tanttu & Ikonen 2007, 123.)

Laineen (2008, 23, 30, 36, 44) pro gradu -tutkielman mukaan rakenteisen kirjaamisen tulon myötä hoidolliseen päätöksentekoon osallistuminen mahdollistui paremmin. Hoidollinen päätöksenteko tässä tilanteessa piti sisällään hoitokäytäntöjen perustelemisen, itsenäisten ratkaisujen ja ajattelukyvyyn lisääntymisen kirjaamistilanteissa. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan hoitotyön prosessimalli selkeytti kirjaamista. Eri osa-alueet huomioitiin entiseen kirjaamistyylin verrattuna paremmin. Parhaiten oli kirjattu hoidon toteutuminen. Moniammatillista yhteistyötä käsiteltiin myös liittyen rakenteiseen kirjaamiseen. Esille tuotuja asioita olivat lääkäreiden perehtymättömyys, kielteiset asenteet kirjaamista kohtaan sekä asioiden löytymisen vaikeus. Fysioterapeuttien kerrottiin osanneen kirjata hyvin ohjelmaan. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien antamissa kehittämisehdotuksissa tuotiin esille muun muassa tukihenkilöiden riittävyys alkuaikana, rauhallisen työympäristön korostaminen ja sijaisten lisäkouluttaminen.

Rosendal Darmerin ym. (2004, 328–331) tutkimuksesta ilmeni hoitajien olevan vahvasti sitä mieltä, että hoitotyön rakenteinen kirjaaminen on suotuisaa jokapäiväisessä työskentelyssä ja että hoitotyön rakenteinen kirjaaminen vaikuttaa ehdottomasti potilasturvallisuuteen. Lisäksi rakenteinen kirjaamismalli lisäsi hoitajien ymmärrystä hoitotyön prosessista. Hieman alle puolet tutkituista sairaanhoitajista ei tunnistanut rakenteisen kirjaamismallin komponentteja hoitotyön diagnooseissa. Hoitajien oli vaikea erottaa ongelmat, etiologia, sekä merkit ja oireet toisistaan. Ainoastaan 5 % hoitajista ei kokenut löytävänsä aikaa hoitotyön kirjaamiselle. Lisäksi hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että hoitosuunnitelmat ja potilaan hoidon systemaattinen arviointi olivat tärkeitä hoitotyössä. Sen sijaan hoitajilla oli neutraali suhtautuminen siihen, että heillä olisi riittävästi aikaa hoitotyön kirjaamiseen. Tutkimukseen vastanneet hoitajat olivat kohtalaisesti eri mieltä siitä, että he rutiininomaisesti tekisivät hoitosuunnitelmia. Hoitajat olivat vahvasti sitä mieltä, että rakenteinen hoitotyön kirjaamismalli lisäsi kokonaisymmärrystä potilaan hoidosta. Tutkimuksesta ilmeni myös, että hoitajat, jotka olivat nuorempia ja vähemmän kokeneita, selviytyivät paremmin rakenteista kirjaamismallia koskevista kysymyksistä kuin kokeneemmat hoitajat.

2.4 Valtakunnallinen, rakenteinen kirjaamismalli ja sen käyttöönotto

Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen eli HoiDok-hankkeen tuloksena syntyi kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaamismalli, joka perustuu hoitotyön ydintietoihin ja FinCC-luokituskokonaisuuteen (HoiDok-hanke 2008). Sosiaali- ja terveysministeriö edellytti, että 2007 vuoden loppuun mennessä kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä on otettava käyttöön hoitotyön prosessin mukaisesti FinCC:n (Finnish Care Classification) tarve- ja toimintaluokitukset (SHTaL 2.01, SHToL 2.01) sekä hoidon tuloksen tilan luokitus (SHTuL 1.0). (HoiDok-hanke 2008.)

Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen pohjalta syntyi Turun sosiaali- ja terveystoimessa hanke nimeltä hoitotyön sähköinen kirjaaminen –käytäntöön implementointi. Hankkeen tavoitteena oli jalkauttaa hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamismalli Turun sosiaali- ja terveystoimeen. Tarkoituksena oli kehittää kirjaamisen laatua ja yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä sekä parantaa laatua hoitotyössä. Tarkoituksena oli myös saada laadukas hoitotyö näkyväksi kirjaamisessa ja saada laadukasta tietoa johtamisen perustiedostoon. (Salmela 20.5.2009.)

Turun sosiaali- ja terveystoimen hankkeeseen otettiin mukaan vuoden 2008 alussa asiantuntijasairaanhoitajat, joiden tuli hallita rakenteinen kirjaaminen ja perehdyttää myös muu henkilökunta siihen. Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteinen hoitonäkemyks ja yhteiset kirjaamisen laatuvaatimukset ja -kriteerit laadittiin keväällä 2008. Kirjaamiskoulutusta kirjaamisvastaaville toteutettiin keväällä 2009. (Salmela 20.5.2009.)

3 POLIKLIININEN HOITOTYÖ JA SEN KIRJAAMINEN

3.1 Polikliinisen hoitotyön luonne

Poliklinikka on sairaalan yhteydessä oleva vastaanotto-, tutkimus- ja hoitopaikka. Suomessa sairaanhoito on jaettu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Poliklinikat ovat usein erikoisalakohtaisia, jolloin niillä hoidetaan tiettyyn erikoisalaan kuuluvia sairauksia sairastavia potilaita, joiden tutkimus ja hoito eivät edellytä osastohoitoa. (Hiidenhovi 2001, 14.)

Sairaanhoitajan työ poliklinikalla sisältää vaihdellen lääkäri-sairaanhoitaja-, puhelin- ja sairaanhoitajavastaanottotoimintaa (Kantelinen 2008, 32, 41). Polikliiniselle hoitotyölle on luonteenomaista moniammatillinen tiimityöskentely sekä useat yhteistyötahot. Lyhyen hoitoajan takia polikliinisessä hoitotyössä edellytetään hyvää hoidon suunnittelua ja koordinoitua, kokonaisvaltaista potilaan ja perheen tarpeiden tunnistamista sekä priorisointi- ja päätöksentekokykyä nopeastikin vaihtuvissa tilanteissa. Myös potilaan hoitoon liittyvä ohjaus ja opetus ovat olennainen osa polikliinista hoitotyötä. (Koskela 2002, 5.) Kantelisen (2008, 32) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvioivat käyttäneensä sisätautien poliklinikalla keskimäärin 33 % työajastaan potilaan ohjaukseen, neuvontaan ja tiedon välittämiseen. Keskeistä hoitoketjun toimivuuden kannalta on hyvä jatkohoidon ohjaus poliklinikalla (Koskela 2002, 5).

Makkonen (2008, 7) viittaa pro gradussaan Lääkärilehden artikkeliin (Gylling & Laitinen 1998) polikliinisestä hoitotyöstä: poliklinikkahoidossa pyritään tehokkuuteen ja tavoitteena on saada nopeasti diagnoosit oikean hoidon aloittamiseksi. Moniammatillisen tiimin muodostaa tavallisesti kaksi tai useampi eri ammattiryhmän edustajaa. Tiimiparina ajanvarauspoliklinikalla yleensä toimii lääkäri ja hoitaja. Kantelisen (2008, 26) tutkimuksen mukaan lääkäri-sairaanhoitajavastaanottotoimintaa sisältyi sisätautien poliklinikalla 85 % sairaanhoitajan työhön. Hoitotyötä poliklinikoilla onkin hyvä tarkastella ammatillisen laaja-

alaisuuden näkökulmasta, jossa kiinnitetään huomiota monialaiseen osaamiseen (Hietanen, Pitkänen & Vilmi 1995, 11).

Poliklinikkakäynnin keskeinen vaihe on lääkärin tapaaminen, joka voi muodostua useista eri vaiheista. Vastaanotolle tullessa käytetään ajanvarausaikoja, ja potilaaseen otetaan yhteyttä yleensä kirjeitse. Ajanvarauksen jälkeen potilas voi käydä ensin tutkimuksissa joko laboratoriossa tai röntgenissä. Kun potilas saapuu poliklinikalle, hän ilmoittautuu, henkilötiedot tarkistetaan ja hänet ohjataan odottamaan lääkärin vastaanottoa. Vastaanottokäynnin jälkeen hoitaja voi vielä selvittää ja antaa ohjeita, sekä tarvittaessa varata uudet vastaanotto- ja tutkimusajat. (Hiidenhovi 2001, 20.)

Poliklinikoilla on tavallisesti myös hoitajavastaanottotoimintaa. Vastaanotot voivat olla toimenpide-, hoito- tai tutkimuspainotteisia, kuin myös neuvonta- ja ohjauspainotteisia. Vastaanotoilla pyritään huolehtimaan myös potilaan psyykkisestä tilasta ja tuetaan ja motivoidaan potilasta sekä ollaan vuorovaikutuksessa myös omaisten kanssa. (Säilä 2005, 25.)

Puhelinvastaanottotoiminnan sisältyminen sairaanhoitajan työhön poliklinikalla on potilaan hoidon kannalta tärkeää, koska potilaille tulee usein poliklinikkakäynnin jälkeen kysyttävää. Tällöin on tärkeää, että sairaanhoitaja on puhelimitse tavoitettavissa. Polikliinisessä hoitotyössä potilas voi usein soittaa poliklinikalle ja kysellä tutkimusvastauksista tai muista, esimerkiksi terveydentilaan, oireisiin, lääkkeiden vaikutuksiin tai kotihoitoon liittyvistä asioista. Potilas saattaa soittaa myös tarvitessaan ammattilaiselta henkistä tukea. Hoitajat antavat puhelimitse neuvoja, opastusta ja ohjausta. Myös ajanvarausten hoitaminen on helppoa puhelimitse. Tutkimuksen mukaan hoitajilla on taitoa ja he ovat valmiita tukemaan itsehoitoa, antamaan emotionaalista tukea, opastamaan terveydenhuoltojärjestelmän käyttöä sekä ohjaamaan lääkkeiden käyttöä. (Huber & Blanchfield 1999, 43; Säilä 2005, 35–36; Makkonen 2008, 41.)

Päivystyspoliklinikatyölle tyypillistä on ennakoimattomuus, vaihtelevuus, lyhyet hoitokontaktit sekä perusteellinen ja tiivis paneutuminen potilaan hoitotyöhön. Valmiustason täytyy jatkuvasti olla korkea ja yhteistyökyvyn hyvä, sillä potilaiden hoitaminen päivystyspoliklinikalla vaatii eri ammattiryhmien välistä kiinteää ja saumatonta yhteistyötä. Hoitotyöntekijän tärkein tehtävä päivystyspoliklinikalla on ohjata, opettaa, tarkkailla ja auttaa potilasta sopeutumaan äkilliseen tilanteeseen, sekä tukea omaisia ja auttaa heitä löytämään voimavaroja läheisensä tukemiseen. (Hietanen ym. 1995, 5, 11.)

Makkosen (2008, 54) mukaan perusterveydenhuollon ajanvarauspoliklinikoiden potilaista terveydentilansa hyväksi kokeneet arvioivat saaneensa heikompaa hoitoa kuin huonommaksi terveydentilansa kokeneet. Tämä voi johtua siitä, että terveydentilaansa hyvänä pitävä, poliklinikasta itsensä riippumattomaksi tunteva potilas saattaa arvioida kriittisemmin saamaansa hoitoa, koska hän ei sairauden takia ole sidottu niin tiukasti poliklinikkaan. Syynä voi myös olla se, että hoitohenkilökunta keskittyy tehokkaammin sairaampien potilaiden hoitoon kuin heidän, jotka ovat terveempiä.

Sairaanhoitajan työhön poliklinikalla kuuluu erilaisia tehtäviä potilaan kliinisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin sekä lääkehoidon toteutukseen liittyen (Kantelinen 2008, 42). Potilaan kliinisen tilanteen huomioiminen toteutuu melko hyvin ajanvarauspoliklinikoilla. Parhaiten oli koettu sairauteen liittyvien tuntemuksien, hoitoa vaativien tarpeiden ja voinnissa tapahtuvien muutosten huomioimisen toteutuneen hoidossa. Myös vastuun antamiseen potilaan omien voimavarojen mukaan oltiin tyytyväisiä. Heikoimmin toteutuneeksi taas koettiin keskustelu sairauden merkityksestä potilaalle. Yksi tutkimuksessa ollut vastaaja ehdotti mahdollisuutta päästä hoitajan vastaanotolle diagnoosin saamisen jälkeen, jotta olisi mahdollisuus keskustella sairauden aiheuttamista peloista ja tuntemuksista. Poliklinikan henkilökunnan tulisikin kiinnittää enemmän huomiota erityisesti potilaan henkiseen tilanteeseen, etteivät potilaat jäisi yksin diagnoosinsa kanssa ilman kenenkään tukea. Olisi hyvä huomioida myös potilaan ohjaus mahdollisen vertaistuen piiriin. (Makkonen 2008, 55–56, 60.)

Ajanvarauspoliklinikoilla yksilöllisen hoidon osa-alueella on selkeästi puutteita. On tosin otettava huomioon, että hoidon toteutumisen kokeminen vaihtelee potilaan kokeman terveydentilan, iän ja koulutuksen mukaan. Parhaiten toteutuneeksi koettiin potilaan mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Heikoimmin toteutuneeksi taas koettiin potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen. Erityisesti toivottiin mahdollisuutta, että perhe voisi osallistua läheisensä hoitoon. Vaikka perheen osallistuminen tietyissä tapauksissa olisikin suotavaa, osa potilaista kuitenkin haluaa pitää sairautensa yksityisasiana eikä halua läheisiään mukaan hoitoon. (Makkonen 2008, 56–57, 60.)

Potilaan huomioiminen ajanvarauksia tehtäessä oli toteutunut parhaiten, kun tarkasteltiin potilaan osallistumista omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaat olisivat halunneet lääkärin tai sairaanhoitajan tiedustelevan enemmän siitä, mitä potilas haluaisi tietää sairaudestaan. Vastanneista 80–90 % kuitenkin kokivat saaneensa riittävästi tietoa sairaudestaan. (Makkonen 2008, 58.)

3.2 Hoitotyön kirjaaminen poliklinikalla

Kirjaaminen polikliinisessä hoitotyössä on yleensä osittain puutteellista ja niukkaa. Vähäisen kirjaamisen taustalla voidaan nähdä yhtenäisten kirjaamistyylien puuttuminen. Polikliinisessä hoidossa hoitaja on usein ainoa hoitotyön edustaja potilaan hoidossa. Lisäksi suurimmalla osalla poliklinikoista on ainakin osittain omahoitajajärjestelmä käytössä. Monet potilaat saattavat käydä polikliinisessä hoidossa vain kerran, joten hoitajien ei tarvitse välttämättä tiedottaa hoitotyöstä muille hoitajille. Tämän vuoksi hoitajat eivät aina pidä tärkeänä ja tarpeellisena kirjaamista poliklinikoilla. Hoitajat saavat kuitenkin potilaskertomuksista muilta potilaan hoitoon osallistuvilta tietoa ja näin ollen välittävät omalla kirjaamisellaan tietoa eteenpäin. Siksi polikliinisen kirjaamisen tulisikin olla täsmällistä ja ymmärrettävää. (Nenonen & Lauri 1996, 47; Read 1999, 41; Ylöstalo-Laine 2006, 47.)

Polikliinisesta hoitotyöstä ja sen kirjaamisesta on tehty Suomessa vähän tutkimuksia. Myös Ylöstalo-Laine (2006, 47) toteaa -pro gradu työssään, että tutkimuksia polikliinisesta hoitotyöstä on vähän sekä Suomessa että kansainvälisesti. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa tutkimusta polikliiniseen kirjaamiseen liittyen on tehty vuosina 1996 ja 1997.

3.2.1 Hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaaminen

Polikliinisessä kirjaamisessa on tärkeää, että kirjaamisesta käy ilmi miksi potilas on tullut hoitoon, millainen hänen tilansa ja vointinsa on ollut, mitä hänelle on tehty, mitä ohjausta hän on saanut ja minne jatkohoitopaikkaan hän on lähtenyt. Kirjaamislomakkeiden tulisi olla mahdollisimman yhtenäisiä, koska potilasta voidaan hoitaa useissa eri yksiköissä. (Lehti, Lauri & Salovaara 2000, 4.) Erityisesti potilaan nykytilanne sekä hoidon suunnittelu ja toteutus ovat korostuneet polikliinisessä hoitotyön kirjaamisessa. Yleisimmät polikliinisessä hoitotyössä esiintyvät osa-alueet ovat suunnittelu ja organisointi, opettaminen ja ohjaaminen sekä potilaan henkinen tukeminen. Harvinaisimpia osa-alueita taas ovat hoidon vaikutusten arviointi ja laadunvarmistus sekä potilaan hoidon tarpeen arviointi. (Nenonen & Lauri 1996, 28.)

Ylöstalo-Laineen (2006, 35–36) tutkimuksessa hoitoprosessin eri osista oli potilaan nykytilanne sekä hoitotyön suunnitelma ja toteutus kirjattu yli puolessa kaikista kirjauksista. Hoitotyön lähtötilanne ilmeni viidenneksessä kirjauksista ja hoitotyön tavoite löytyi noin joka kahdeksannesta kirjauksesta. Potilaan hoidon arviointi ja hoitotyön historia, sisältäen potilaan käsitykset ja odotukset hoidostaan, oli kirjattu hieman alle kolmasosassa hoitosuunnitelmista.

Hoidon suunnitelmissa voidaan arvioida toteutunutta hoitotyötä ja hoidon suunnitelmista voidaan suorittaa hoitotyön laadun arviointia. Hoitotyön arviointi perustuu auttamismenetelmien tuloksellisuuden arviointiin eli auttoiko potilaan hoitaminen. Potilaan voinnin seuranta on lakisääteistä ja sen tulisi olla arvioivaa eli onko vointi parempi, huonompi vai samanlainen niin potilaan itsensä kuin hoito-

henkilökunnankin näkökulmasta katsottuna. Tämä arviointi tulisi myös näkyä potilaan hoidon kirjaamisessa. (Hallila 2005, 108.)

Nenosen ja Laurin (1996, 40–41, 47) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat hoitosuunnitelman erittäin tärkeänä tiedonvälittäjänä polikliinisessa hoidossa. Hoitosuunnitelmista 15 % kuvasi hoitoa hyvin eli niissä ilmeni miksi potilas oli tullut hoitoon, mitä hänelle oli tehty, miten hoito oli vaikuttanut ja mitä oli suunniteltu jatkohoidoksi.

3.2.2 Hoitotyön kirjaamisen sisältö

Ylöstalo-Laineen (2006, 27, 47–48) tutkimuksen mukaan poliklinikoilla kirjaaminen ei ollut tarpeeksi kokonaisvaltaista tai potilaslähtöistä. Kirjaaminen painottui fyysisiin tekijöihin, eikä potilaan kokonaisvaltaiseen tilaan. Potilaan sosiaalinen tilanne oli vain harvoin kirjattu. Potilaan yksilöllisyyteen kiinnitettiin kirjaamisessa liian vähän huomiota, joten potilaan jatkohoidosta ja hänen kotiutumistilanteestaan ei saatu selkeää kuvaa. Myös Grannin (2003, 16) toteuttamassa tutkimuksessa hoidon kokonaiskuva jäi puutteelliseksi. Kriteereinä kokonaiskuvan luomiseksi olivat potilaslähtöisyys sekä riittävä lääketieteellinen ja hoitotyön kirjaaminen. Nenosen ja Laurin (1996, 47) tutkimuksessa kirjaaminen hoitotyön näkökulmasta todettiin vähäiseksi poliklinikalla. Hoitosuunnitelmista vain vajaasta kolmanneksesta näkyi selvästi hoitoon tulon syy, annettu hoito, hoidon vaikutukset ja jatkohoito hoitotyön näkökulmasta.

Grannin (2003, 16) tutkimuksessa vuonna 2001 kokonaiskirjaamisesta sai selkeän kuvan 26 %:ssa hoitosuunnitelmista, seuraavana vuonna (2002) luku kasvoi 30 %:iin. Suurin yksittäinen tekijä heikkoon kokonaiskuvaan oli potilaan oimien kokemusten puuttuminen. Tietoa puuttui potilaan kokemuksista, kuten esimerkiksi terveydentilasta, kokemuksista vastaanotolla sekä odotuksista ja toiveista. Ylöstalo-Laineen (2006, 30) tutkimustulosten mukaan potilaan hoidon aikana ja jatkohoidossa tarvittavat lisävoimavarat oli kirjattu hyvin. Potilaan yksi-

öllisiä reaktioita, suhtautumista tilaansa ja vointiinsa ei ollut huomioitu eikä potilas ollut saanut niissä tarpeeksi tukea hoitajalta.

Potilaan yksilöllisen hoidon sisällön esille saamiseksi on tärkeää olla olemassa sellaiset kirjaamisen rakenteet, jotka ohjaavat kirjaamaan myös potilaan ja hänen omaisensa näkemykset. Potilaslähtöisen kirjaamisen tarkoituksena on tuoda hoitamisen ja hoitotyön sisältö esille ja näkyväksi nimenomaan potilaan ja hänen läheisensä näkökulmasta. (Kärkkäinen 2007, 94–95.) Grannin (2003, 16) tutkimuksen yhtenä hoitotyön kirjaamisen tavoitetaso kriteerinä oli potilaan hoidolle asettamien toiveiden ja odotusten kirjaaminen. Vuonna 2001 ainoastaan 9 %:ssa hoitosuunnitelmista potilaan odotukset tulivat esille. Vuonna 2002 potilaan odotukset olivat kirjattuna 23 %:ssa hoitosuunnitelmista.

Polikliinisessä kirjaamisessa tulisi näkyä myös perheen tai omaisen mukanaolo sekä heidän toiveensa ja odotuksensa hoidolle. (Grann 2003, 15). Sairaanhoitajat tekevät monin eri tavoin yhteistyötä potilaan perheenjäsenten kanssa. Sairaanhoitajat neuvottelevat ja suunnittelevat yhteistyössä perheenjäsenten ja potilaan kanssa hoidosta, toiveista, odotuksista, päätöksistä jne. Tästä huolimatta sairaanhoitajat kirjaavat potilaan perheenjäsenistä hyvin vähän. (Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 100.) Korvatautien poliklinikan kehittämissuunnitelman tutkimusaineistossa vuonna 2001 oli 26 lapsipotilasta, joista 22 potilaan hoitokertomukseen oli kirjattu saattajan läsnäolo. Vuonna 2002 lapsipotilaita tutkimusaineistossa oli 18 ja tällöin kirjaus saattajan läsnäolosta löytyi 15 potilaan kirjauksista. (Grann 2003, 16.) Lehden, Laurin & Salovaaran (2000, 33) ensiapupoliklinikan kirjauksista tehdyssä tutkimuksessa omaisen oli huomioitu 25 %:ssa hoitokertomuksista. Useimmiten hoitokertomukseen oli merkitty saattaja, mutta lisäksi oli kirjattu yhteydenotot omaisiin ja omaisten tiedusteluja potilaasta. Potilaan ja mahdollisesti myös hänen omaisensa kanssa keskustelusta sekä potilaan ymmärryksestä hoidostaan tulisi kirjata hoitotyössä enemmän (Read 1999, 41). Kirjaamisessa tulisi aina näkyä selkeästi ero potilaan tai hänen omaisensa mielipiteenä esitetystä asiasta tai hoitotyöntekijän käsitys, tulkinta tai arviointi potilaan hoidosta kirjatusta asiasta (Hallila 1998, 18).

Potilaan ja hänen läheistensä opettaminen ja ohjaaminen ovat keskeisiä asioita hoitotyössä. Potilasopetus lisääntyy jatkuvasti kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla. Grannin (2003, 16) kehittämisprojektin tuloksista selvisi, että vuonna 2001 potilaan tai perheen ohjauksesta oli kirjallinen merkintä 10 %:ssa hoitosuunnitelmista ja vuonna 2002 kirjatun ohjauksen määrä kasvoi 48 %:iin. Tutkimuksen mukaan hoitajan antama ohjaus ja ohjauksen sisältö kirjataan usein puutteellisesti ja arviointi jätetään kokonaan tekemättä. Myös Lehden ym. (2000, 32-33) tutkimuksessa, jossa arvioitavana oli ensiapupoliklinikan hoitotyön kirjaukset, oli ohjausta ja opetusta kirjausten mukaan annettu vain joka kymmenennelle (10%) potilaalle. Arvioitsijoiden mukaan ohjausta olisi voinut antaa 35%:lle kaikista potilastapauksista. Ohjauksen ja neuvonnan kirjaamisen kehittämistarpeen vahvistaa myös Nenosen ja Laurin (1996, 39) tutkimus, jossa potilaan ohjauksen ja neuvonnan kirjaaminen oli ollut puutteellista tai sitä ei ollut lainkaan.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämä tutkimus on jatkoa Turun terveystoimessa aloitetulle Hoitotyön sähköinen kirjaaminen -käytäntöön implementointi (2008–2009) hankkeelle. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää rakenteisen kirjaamisen nykytila Turun sosiaali- ja terveystoimen poliklinikoilla ja verrata tuloksia 2009 keväällä tehdyn tutkimuksen tuloksiin. Tutkimuksen tavoitteena on mahdollistaa kirjaamisen kehittymisen seuraaminen poliklinikoilla tarkastelemalla kirjaamisen nykytilaa jatkossakin. Tämä tutkimus tuo esiin enemmän tietoa rakenteisesta kirjaamisesta poliklinikoiden hoitohenkilökunnalle.

Tutkimusongelmat:

1. Millaista rakenteinen kirjaaminen on Turun sosiaali- ja terveystoimen poliklinikoilla?

2. Mitä muutosta kirjaamisessa on tapahtunut aikaisempaan tutkimukseen (kevät 2009) verrattuna?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusaineisto ja –menetelmä

Tutkimusaineistona käytettiin valmista aineistoa, joka koostui Turun sosiaali- ja terveystoimen kaupunginsairaalan kaikkien poliklinikoiden hoitokertomuksista. Hoitokertomuksia oli jokaiselta poliklinikalta. Hoitokertomukset olivat sairaanhoitajien kirjoittamia ja koostuivat 40 potilaan hoitokertomuksista 1.10 - 31.10.2009 väliseltä ajalta. Otantamenetelmänä oli systemaattinen satunnaisotanta.

Tässä tutkimuksessa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Burns & Grove 1997, Downe-Wamboldt 1992, Pietilä 1973 ja Weber 1985, Kyngäksen & Vanhasen 1999, 4 mukaan). Sisällönanalyysin tarkoitus on saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105).

Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysin luokittelu perustuu teoriaan tai teoreettisiin käsitteisiin, joita tarkastellaan konkreettisesti (Janhonen & Nikkonen 2001, 24). Deduktiivisessa sisällönanalyysissä tehdään aikaisempien tietojen perusteella analyysirunko, johon etsitään aineistosta sopivia asioita. Strukturoidussa analyysirungossa analyysistä poimitaan runkoon sopivia asioita. Valmista analyysirunkoa käytettäessä analyysi voidaan toteuttaa aineistosta poimimalla ne asiat, jotka sopivat luokitusrunkoon tai myös ne asiat, jotka eivät ole luokitusrungon mukaisia. Tutkimuksen tarkoitus määrää kumpaa menettelytapaa käytetään. (Patton 1990, Sandelowski 1995, Kyngäksen & Vanhasen 1999, 7–8, mukaan.)

Tässä tutkimuksessa on analysoitu polikliinisia hoitotyön kirjauksia valmiin sisällönanalyysirungon (LIITE 1) avulla. Sisällönanalyysirunko koostuu 61 kysymyksestä. Kysymykset on laadittu päätöksenteon prosessimallin vaiheiden pohjalta. Prosessimallin vaiheita ovat hoidon tarpeet, toimintojen suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Lisäksi sisällönanalyysirungossa on kysymyksiä omaisten hoitoon osallistumisesta, potilaan ja omaisten ohjauksesta sekä potilaan omista näkemyksistä. Samaa sisällönanalyysirunkoa on käytetty myös kevään 2009 tutkimuksessa. Hoitokertomukset on analysoitu jokaisen yksittäisen kysymyksen kohdalla käyden läpi kaikki potilaskertomukset. Analyysirungon mukaisia merkityksiä etsittiin lause lauseelta, eli analyysiyksikkönä oli lause. Analysointivaiheen jälkeen tiedot syötettiin SPSS Statistics 17.0 -ohjelmaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. SPSS -ohjelmaan syötettyjä tietoja verrattiin kevään 2009 tuloksiin ristiintaulukoimalla. Vuonna 2008 toteutettiin ensimmäinen vastaavanlainen analyysi ja joissain kohdissa tietoja verrattiin myös vuoden 2008 tuloksiin. Tuloksia havainnollistettiin pylväskuvioin ja yksinkertaistetuin taulukoin. Tämän tutkimuksen ja kevään 2009 tutkimustuloksista tehtiin myös testauksia osoittamaan erojen merkitsevyyttä. Testausten tekemiseen käytettiin Fisherin tarkan todennäköisyyden testiä ja Mann-Whitneyn U-testiä.

5.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan pitää kaiken tieteellisen toiminnan ytimenä. Tutkimuskysymykset ovat erityisen tärkeitä niissä tieteissä, joissa tutkitaan ihmillistä toimintaa kuten hoitotiede ja lääketiede. Tutkimusetiikka ja sen kehittäminen ovat olleet jo kauan keskeisiä aiheita niin hoitotieteellisessä kuin muidenkin tieteenalojen tutkimuksessa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Tutkimusongelmat on tässä tutkimuksessa rakennettu tutkimuksen tavoitteiden mukaan, ja käytetyn sisällönanalyysirungon avulla voitiin analysoida aineistoa tutkimusongelmien pohjalta.

Tutkimusaiheen valinta ja tutkimuksen hyödyllisyys ovat tärkeitä tutkijan eettisiä ratkaisuja. Tutkijan on pyrittävä tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien riskien minimointiin, ja tutkijan on arvioitava mitä tietoja on tarpeellista kysyä tutkittavalta. Lähtökohtana hoitotieteellisessä tutkimuksessa tulee olla potilaan itsemääräämisoikeus sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Tässä tutkimuksessa on käytetty Turun kaupunginsairaalan poliklinikoiden potilaiden hoitokertomuksia, jotka on valittu systemaattisella satunnaisotannalla. Potilaan anonymiteetti varmistettiin sillä, että identifiointitiedot oli peitetty syntymävuotta lukuun ottamatta. Hoitokertomukset lähetettiin hävitettäväksi sen jälkeen kun niitä oli käytetty.

Tutkijan työn perustana on tieteenteon ideaali – pyrkimys objektiivisuuteen ja rehellisyyteen. Tyypillistä eettisille kysymyksille on, että niihin ei ole selkeitä ja yksiselitteisiä vastauksia. Toisinaan myös eettisen kysymyksen havaitseminen on vaikeaa, ja se saattaa muuttua ja tarkentua pohdinnan aikana. Kaikilla tieteenaloilla on myös yleisesti hyväksyttäviä eettisiä periaatteita, joita ovat: tieteellinen rehellisyys, huolellisuus, avoimuus, tieteellinen tunnustus, eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät, älyllinen vapaus sekä julkinen vastuu. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 9, 22, 43–44.) Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan kaikkia tieteelliselle tutkimukselle ominaisia eettisiä periaatteita. Tutkimusaineistoa eli hoitokertomuksia on käsitelty mitään sieltä muuttamatta ja myös tutkimustulokset on esitetty rehellisesti.

Tutkimustuloksien käyttökelpoisuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon niiden luotettavuus, yleistettävyyden laajuus ja merkitys ihmisten todellisuudessa. Tutkimuksen tieteelliset johtopäätökset perustetaan tutkimustuloksille ja tulkitaan teorian puitteissa. Luotettavuudessa on huomioitava kaksi asiaa: miten hyvin tulokset vastaavat todellisuutta ja saadaanko tutkimuksessa käytetyllä analyysimenetelmällä vastaukset tutkimusongelmiin. (Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1994, 98.) Käytetyllä analyysimenetelmällä on haettu vastauksia tutkimusongelmiin. Tämän tutkimuksen tuloksia on myös verrattu edelliseen tutkimukseen (kevät 2009) aina kun tulokset ovat olleet vertailukelpoisia. Johtopäätökset ja

pohdinta on esitetty teorian puitteissa. Mitä enemmän hoitokertomuksia on, sitä luotettavampaa tietoa tutkimuksesta voidaan saada. Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimusaineiston kaksinkertaistuminen kahdestakymmenestä poliklinikoiden hoitokertomuksesta neljäänkymmeneen kappaleeseen. On kuitenkin otettava huomioon että tutkimusaineisto on edelleen liian suppea tämän tyyllisessä tutkimuksessa.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen ja validiteetti puolestaan viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Näitä tarkastelemalla voidaan arvioida tutkimuksen luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Tässä tutkimuksessa on sisälönanalyysirungon avulla käyty läpi hoitokertomuksia, minkä ansiosta juuri niitä asioita on mitattu, mitä oli tarkoituskin tutkia. Tämä lisää tutkimuksen validiteettia. Reliabiliteettia lisää se, että käytetty mittari on pysynyt samana eri tutkimuskertoina.

Tutkimusten luotettavuuteen kuuluu tärkeänä osana tutkimustulosten yleistettävyys. Tämä on hoitotieteellisen tutkimuksen keskeisin kysymys, koska otokset ovat useimmiten harkinnanvaraisia eivätkä satunnaisesti valittuja. Oleellista on vastata kysymykseen, onko otos edustava ja edustaako se perusjoukkoa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 211.) Analysoidut hoitokertomukset on valittu satunnaisesti, mikä lisää tämän tutkimuksen luotettavuutta sekä tutkimustulosten yleistettävyttä. Tutkimusaineisto on kerätty Turun sosiaali- ja terveystoimen kaikilta poliklinikoilta, jolloin tutkimustulokset ovat luotettavampia ja laaja-alaisempia, ja näin ollen edustavat paremmin perusjoukkoa.

Tässä tutkimuksessa on käytetty mahdollisimman luotettavia ja ajantasaisia lähteitä. Kansainvälistä tutkimustietoa on haettu Ovid (Medline, Cinahl) - tietokannoista. Hakusanoja olivat esimerkiksi structured / electronic / ambulatory / outpatient / documentation / nursing. Kansainvälinen tutkimus antaa laaja-

alaisempaa tietoa teoreettiseen viitekehykseen. Kotimaisista tietokannoista on käytetty muun muassa Medic -tietokantaa.

Hoitotieteen kehittymisen kannalta on tärkeää, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa tehtävät tulokset ja ratkaisut ovat luotettavia. Tutkimuksen tulokset ovat yhtä luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen ja niin herkkä, että se erottelee käsitteistä eri tasoja. Mittarin täsmällisyys on myös erityisen tärkeää, että se kuvaa tutkittavaa käsitettä oikein. Mittarin validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä tarkastella sitä, mittaako mittari juuri sitä mitä sen tulisi mitata. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206–207.) Tässä tutkimuksessa on käytetty mittarina sisällönanalyysirunkoa, joka on tehty tutkittavien ongelmien pohjalta, ja sitä on hyödynnetty aikaisemmassakin tutkimuksessa (kevät 2009). Sisällönanalyysirunkoa on paranneltu toimivammaksi tähän tutkimukseen muuttamalla joitakin vastausvaihtoehtoja. Tämä ei ole kuitenkaan heikentänyt tutkimuksen luotettavuutta. Mittarin pysyvyyden ansiosta myös molempien tutkimuskertojen tulokset ovat keskenään vertailukelpoisia. Kirjausten analysointi oli haasteellista, koska se jäi usein lyhyiden kirjausten sekä erilaisten tekstisisältöjen vuoksi tulkinnan varaan. Tutkimustulosten tulkinnanvaraisuus on luotettavuutta vähentävä tekijä. Myös tutkijoiden määrä voi aiheuttaa tulkintaongelmia. Tutkijat ovat kuitenkin pyrkineet vähentämään tulkintaerojen syntyä avoimen ja kriittisen keskustelun avulla. Hoitokertomuksia analysoidessa on noudatettu yhteisiä tulkintasääntöjä ja sopimuksia tulkintaongelmien minimoimiseksi. Hoitokertomusten analysointivaihe on toteutettu yhdessä kaikkien tutkijoiden läsnä ollessa. Tutkimusohjaaja on pysynyt samana molempina tutkimuskertoina, mikä lisää sääntöjen ja sopimusten pysyvyyttä. Tutkijoiden kokemattomuus tutkimuksen toteuttamiseen voi osaltaan vähentää luotettavuutta.

6 TULOKSET

Hoitokertomuksella tarkoitetaan yhden potilaan hoitoon liittyviä kirjauksia. Tässä tutkimuksessa on analysoitu jokaisen potilaan kohdalla sairaanhoitajan tekemää yhden käyntikerran kirjausta. Tuloksista ilmeni, että ominaista polikliiniseen hoitotyön kirjaamiselle on päivittäisten kirjausten, hoitosuunnitelman ja loppuarvioinnin puuttuminen. Myöskään hoidon tavoitteita ei polikliinisistä kirjauksista yleensä ilmene. Kirjaukset poliklinikoilla ovat usein lyhyitä. Rakenteista kirjaamista ei ole vielä otettu käyttöön poliklinikoilla.

6.1 Taustatiedot ja tulotilanne

Analysoitavia hoitokertomuksia oli yhteensä 40. Tutkimusaineisto on kerätty syksyllä 2009 ja se koostuu Turun sosiaali- ja terveystoimen kaupunginsairaalan kaikkien poliklinikoiden hoitokertomuksista. Kaupunginsairaalan poliklinikoita ovat silmätautien-, sisätautien-, korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka sekä lasten ja nuorten poliklinikka. Potilaiden keski-ikä oli 49 vuotta ja ikä vaihteli 9 ja 92 vuoden välillä. Potilaista 21 (52,5 %) oli naisia ja 19 (47,5 %) miehiä.

Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa analysoitavia hoitokertomuksia oli yhteensä 20, jotka koostuivat Turun kaupunginsairaalan kolmelta poliklinikalta (silmätautien-, sisätautien-, sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikat). Tutkimuksessa keski-ikä oli 70 vuotta ja iän vaihteluväli 49–87. Potilaista 10 (50 %) oli naisia ja vastaavasti 10 (50 %) miehiä.

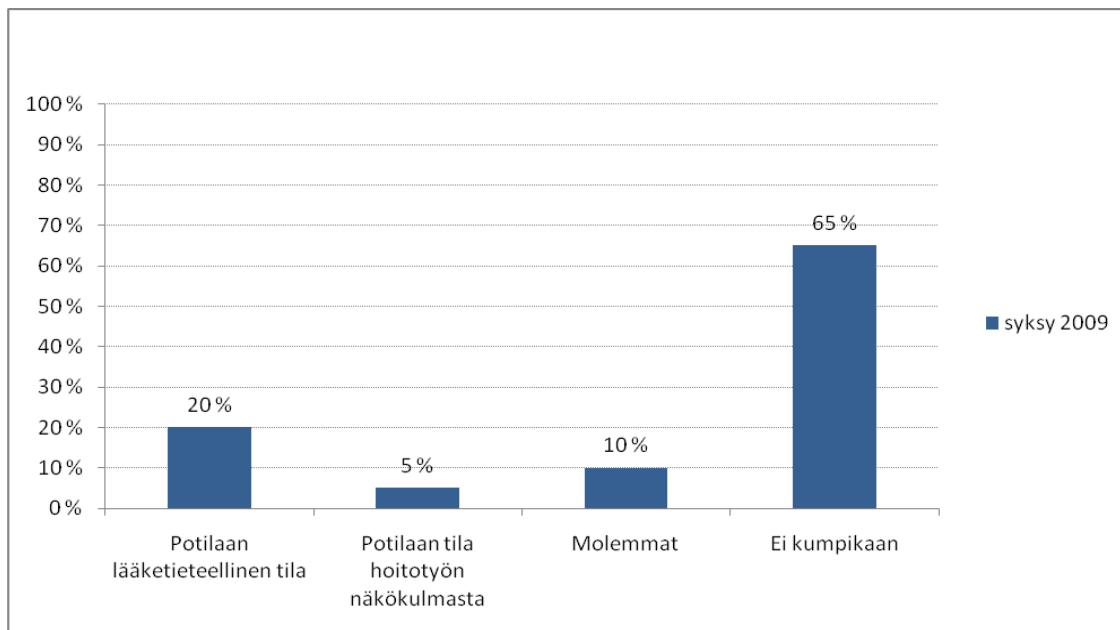
Tässä tutkimuksessa vain 17,5 %:ssa kirjauksista aikaisempi terveydentila oli kirjattu (Taulukko 2). Kevään 2009 tutkimuksessa vastaava luku oli 15 %. Potilaan aikaisempia kokemuksia hoidosta ei tulotilanteessa ollut kirjattu lainkaan kummassakaan tutkimuksessa. Fisherin tarkan todennäköisyyden testi osoitti, ettei merkitseviä eroja ollut tutkimuskertojen välillä.

Taulukko 2. Tulotilanteessa kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila.

	Kyllä	Ei
kevät 2009 n=20	15,0%	85,0%
syksy 2009 n=40	17,5%	82,5%

Potilaan aikaisemmasta terveydentilasta potilaan lääketieteellinen tila oli kirjattu viidesosassa (20 %) hoitokertomuksista (Kuvio 1). Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta ilmeni vain kahdessa (5 %) hoitokertomuksessa. Sekä lääketieteellinen tila että hoitotyön näkökulma näkyi neljässä (10 %) kirjauksessa. Suurimassa osassa (65 %) hoitokertomuksista ei ollut aikaisemmasta terveydentilasta kirjattu kumpaakaan näkökulmaa. Lääketieteelliseksi tilaksi on tulkittu muun muassa anamneesit ja diagnoosit, kun taas taudin vaikutukset ja potilaan psykososiaalinen tilanne on tulkittu potilaan tilan kuvaamiseksi hoitotyön näkökulmasta.

Tutkimustulosta on vaikea verrata edelliseen tutkimukseen (kevät 2009), koska edellisessä tutkimuksessa ei ole lainkaan käytetty ”ei kumpikaan” vaihtoehtoa. Täten saadut tuloksetkin ovat huomattavasti poikkeavia ja niitä ei voi verrata tämän tutkimuksen tuloksiin.



Kuvio 1. Kirjaukset potilaan aikaisemmasta terveydentilasta (n = 40).

6.2 Hoitotyön tarpeiden kirjaaminen

Hoitotyön tarpeiden kokonaismäärä kirjauksissa oli 45. Tarpeiden määrä potilasta kohden vaihteli 0 ja 5 välillä. Keskimäärin tarpeita oli 1,13. Suurimmassa osassa (80 %) hoitokertomuksista oli mainittu yksi tarve. Neljässä (10 %) hoitokertomuksessa ei ollut kirjattu yhtään tarvetta. Aikaisemmassa tutkimuksessa (keväät 2009) tarpeita oli kirjattu keskimäärin 1,5 potilasta kohden. Vuonna 2008 tehdyssä vastaavanlaisessa tutkimuksessa oli kirjattu keskimäärin 1,0 tarvetta potilasta kohden.

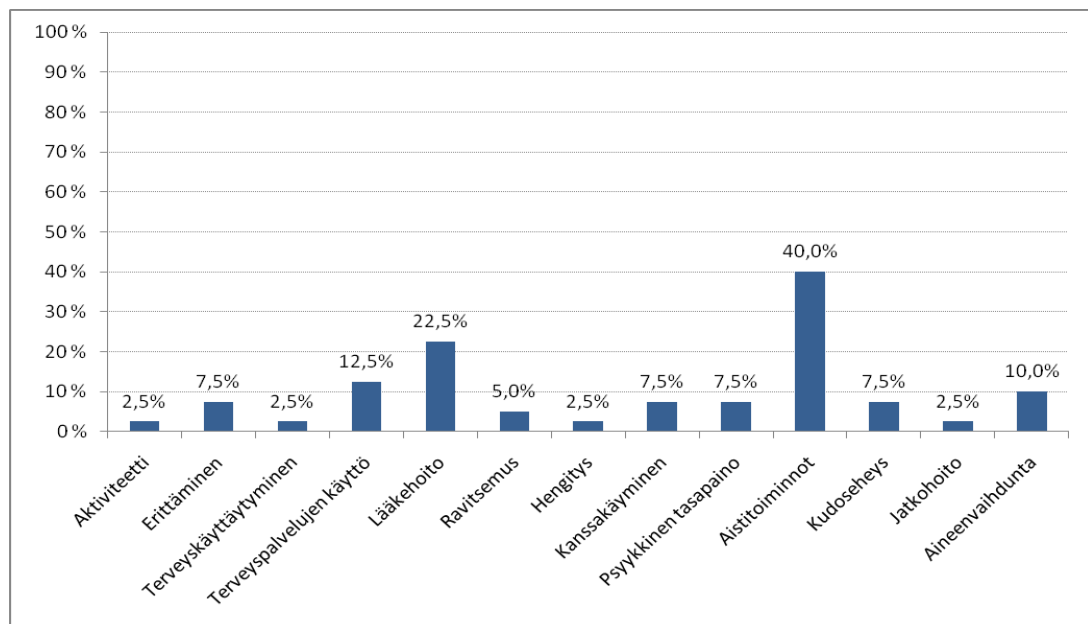
Tarpeet on jaoteltu fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin kokonaisuuksiin. Tässä tutkimuksessa kaikkia kokonaisuuksia löytyi hoitokertomuksista, mutta fyysisiä tarpeita oli kirjattu selkeästi eniten (85 %) (Taulukko 3). Tällaisia olivat esimerkiksi *”potilaan suoli oireilee”*, *”sovittu käynti hoitajalla lääkemuutosten vuoksi”* ja *”tulee gynekologin tarkistukseen --- on epäily hiivatulehduksesta”*. Psyykkisiä tarpeita oli kirjattu 12,5 %. Esimerkkejä ongelmista: *”kertoo olevansa ahdistunut”*, *”mieliala vaihtelee”*. Sosiaalisia tarpeita oli kirjattu 10 %. Kevään 2009 tutkimuksen kirjauksista kaikki (100 %) tarpeet olivat fyysisiä. Tässä tutkimukses-

sa joillakin potilailla oli fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita samassa kirjauksessa, jolloin tarpeiden yhteen laskettu prosenttilukema on yli 100.

Taulukko 3. Tarpeet/ ongelmat eriteltyinä (%).

		Fyysisiä (%)	Psyykkisiä (%)	Sosiaalisia (%)
kevät	2009, n=20	100,0	0,0	0,0
syksy	2009, n=40	85,0	12,5	10,0

Tarpeet jaoteltiin mittarin mukaan 19 osa-alueeseen (komponenttiin) sisältönsä perusteella, joista 13 osa-aluetta ilmeni tässä tutkimuksessa käytetyissä kirjauksissa. Huomattavasti eniten kirjauksia oli aistitoimintoihin (40 %) ja lääkehoitoon (22,5 %) liittyen (Kuvio 2). Kevään 2009 tutkimustulokset olivat samansuuntaisia. Aistitoimintoihin laskettiin muun muassa kuulon huonontuminen ja näköön liittyvät ongelmat. Tässäkin taulukossa yhteenlaskettu prosenttilukema ylitti 100, koska joillakin potilailla oli kirjattuna useampi tarve.



Kuvio 2. Tarpeiden sisällöt tulovaiheessa (n = 40).

Hoidon tarpeiden määrittelyn apuna oli ollut käytössä mittareita yhteensä 7 (17,5 %) hoitokertomuksessa. Käytettyjä mittareita olivat spirometri, PEF ja MMSE. Kevään 2009 tuloksissa ilmeni, että 4 (20,0 %) hoitokertomuksessa oli käytetty mittareita tarpeiden määrittelyssä.

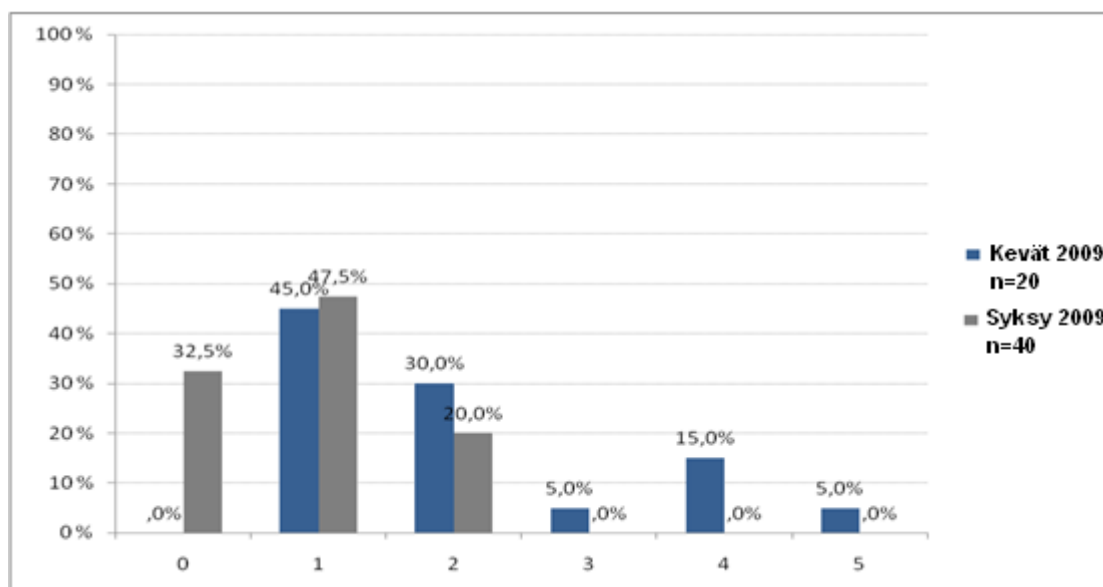
Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta oli kirjattu 6 hoitokertomuksessa ja voimavaroja oli mainittu 4 potilaan hoitokertomuksessa. Voimavaroja olivat puolison tuki, ruoanlaitto itsenäisesti, pelaaminen ja diabetesleiri. Kevään 2009 tutkimustuloksiin vertaaminen ei ollut mahdollista näiden kysymysten kohdalla.

6.3. Hoitotyön toteutus ja arviointi

Hoitotyön toimintojen kokonaismäärä kirjauksissa oli 35. Toimintoja oli kirjattu keskimäärin 0,87 jokaisessa hoitokertomuksessa. Enintään toimintoja yhden potilaan kohdalla oli 2 ja vähimmillään 0. Aikaisemmassa tutkimuksessa (kevät 2009) toimintoja oli keskimäärin 2,05. Vaihteluväli oli 1–5. Tässä tutkimuksessa oli vajaassa puolessa (47,5 %) hoitokertomuksista mainittu yksi hoitotyön toiminto, ja 32,5 %:ssa ei ollut yhtään toimintoa (Kuvio 3). Kevään 2009 tutkimuksessa yksi hoitotyön toiminto ilmeni 45 %:ssa hoitokertomuksista, ja kaikissa hoitokertomuksissa oli mainittu vähintään yksi toiminto. Tässä tutkimuksessa hoitotyön toiminnoksi laskettiin esimerkiksi verenpaineen mittaus, diabeetikon opetus ja ohjaus sekä muistitestin tekeminen. Hoitotyön toiminnoksi ei laskettu lääketieteellisiä toimintoja, kuten silmänpohjakuvausta tai tutkimusvastausten ilmoittamista puhelimitse. Edellisessä tutkimuksessa (kevät 2009) silmänpohjakuvaus laskettiin lääkärin avustamiseksi, eli hoitotyön toiminnoksi. Tämä selittää merkittävän eron tutkimuskertojen välillä, sillä suurin osa silmäpoliklinikan kirjatusta toiminnoista oli silmänpohjakuvaus.

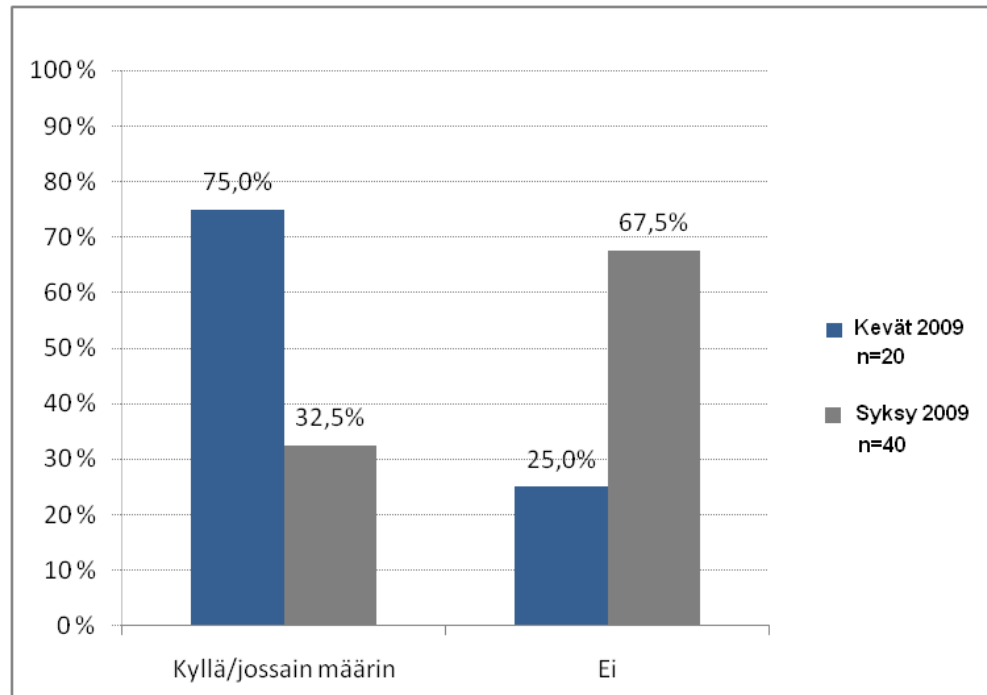
Potilaan oma käsitys hoitokeinoista oli kirjattu 5 (12,5 %) hoitokertomukseen. Kevään 2009 tutkimuksessa potilaan oma käsitys oli kirjattu 3 (15,0 %) hoitokertomukseen. Esimerkki tässä tutkimuksessa potilaan kirjatusta näkemyksestä: *”Potilaan mielestä Pratsiolista ei ole hyötyä verenpaineeseen”*. Potilaan oma

käsitys hoidon toteutuksesta oli kirjattu 2 (5 %) hoitokertomuksessa, kun vastaavasti keväällä 2009 potilaan oma käsitys oli kirjattu 3 (15 %) hoitokertomuksessa.



Kuvio 3. Hoitotyön toiminnot ja keinot toteutuksessa.

Hoitokertomuksissa arvioivaa kirjaamista näkyi 32,5 %:ssa (Kuvio 4). Arvioivaa kirjaamista oli esimerkiksi ”*tekee testin sujuvasti, hyvin yhteistyössä*”, ”*-- on reipas, puhelias 3-luokkalainen*”. Tulos kevään 2009 tutkimuksessa oli 75 %. Vuoden 2008 vastaavanlaisessa tutkimuksessa tulos oli 43,7 %. Mann-Whitneyn U-testin mukaan tutkimusten välillä on merkitsevä ero (p -arvo=0,002). Huomattava ero tutkimustuloksissa saattaa johtua tulkinnanvaraisuudesta. Arvioinnin apuna oli tässä tutkimuksessa ollut mittareita käytössä hoitokertomusten mukaan 15 %:ssa. Aikaisemmassa tutkimuksessa (kevät 2009) prosenttilukema oli täsmälleen sama. Potilaan oma käsitys hoidon arvioinnista oli kirjattu 3 (7,5 %) hoitokertomuksessa, mikä on parantunut verrattuna keväällä 2009 tehtyyn tutkimukseen, jossa hoidon arviointia ei ollut kirjattu lainkaan.



Kuvio 4. Arvioiva kirjaaminen toteutuksessa.

6.4. Opetus ja ohjaus sekä omaisten hoitoon osallistuminen

Opetus/ohjaus (sisältää keskustelun) oli mainittu hoitokertomuksessa enintään 3 kertaa ja vähimmillään 0 kertaa. Yhteensä opetuksen/ohjauksen mainintoja oli 14. Vaihteluväli kevään 2009 tutkimuksessa oli myös 0–3. Opetus/ohjaus oli mainittu vähintään kerran 30 %:ssa hoitokertomuksista, mikä oli sama kuin kevään 2009 tutkimustuloksissa (Taulukko 4). Tilanne on siis pysynyt samana. Opetukseksi/ohjaukseksi on tulkittu muun muassa ”opetettu sekä aviomies että rouva itse pistämään...”, ”käytiin läpi säännöllistä ateriarytmiä”.

Opetuksen/ohjauksen aihe oli kirjattu molempina tutkimuskertoina kaikissa (100 %) niissä kohdissa, joissa näkyi kirjaus opetuksesta/ohjauksesta. Lisäksi analysoitiin, miten potilaan opetuksen/ohjauksen ymmärtämistä oli arvioitu. Kevään 2009 hoitokertomuksissa arviointia ei ollut kirjattu lainkaan, kun taas tässä tutkimuksessa arviointia oli kirjattu 14 %:ssa. Taulukossa 4 arvioinnin kirjaamisen prosenttilukemat on laskettu opetuksen/ohjauksen mainintojen määrästä, ei hoi-

tokertomusten kokonaismäärästä. Kuviossa 4 ”kyllä” ja ”jossain määrin” vastaukset on yhdistetty.

Taulukko 4. Opetuksen/ohjauksen kirjaaminen toteutuksessa

	Maininta (%)	Aihe kirjattu (%)	Arviointia kirjattu (%)*
kevät 2009, n=20	30	100	0
syksy 2009, n=40	30	100	14

*Kyllä ja jossain määrin vastaukset yhdistetty.

Kirjaus omaisen osallistumisesta potilaan hoitoon näkyi 4 (10 %) hoitokertomuksessa. Suurimmassa osassa (90 %) omaisen hoitoon osallistumista ei näkynyt kirjauksissa. Esimerkkejä kirjauksista: ”*Isä mukana vastaanotolla*”, ”*Tytär mukana opetuksessa*”. Omaisen antama potilasta koskeva tieto oli kirjattu vain yhteen hoitokertomukseen.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tulokset osoittivat, ettei Turun sosiaali- ja terveystoimen poliklinikoilla ole siirrytty vielä rakenteiseen kirjaamismalliin. Tässä tutkimuksessa hoitosuunnitelmaa ei ollut laadittu yhdellekään potilaalle, vaikka hoitajat Nenosen ja Laurin (1996, 40) tutkimuksen mukaan kokivat hoitosuunnitelman erittäin tärkeänä tiedonvälittäjänä poliklinikoilla. Hoitosuunnitelman puuttumisesta johtuen päätöksenteon prosessimallin vaiheiden esille saaminen osoittautui vaikeaksi. Tilanne on siis sama kuin keväällä 2009. Yhtenä selittävänä tekijänä rakenteisen kirjaamismallin puuttumiselle saattaa olla poliklinikoille tyypilliset lyhyet ja yksittäiset käyntikerrat. Tästä johtuen myös polikliiniset hoitotyön kirjaukset ovat lyhyitä ja yksinkertaisia. Kirjausten analysointi osoittautui haasteelliseksi, koska usein se jäi lyhyiden kirjausten vuoksi tulkinnan varaan.

Tulosten mukaan potilaan aikaisemman terveydentilan kirjaaminen tulotilanteessa oli puutteellista. Tulokset olivat parantuneet kevään 2009 tutkimustuloksista, mutta kirjauksia aikaisemmasta terveydentilasta löytyi edelleen vain alle viidesosassa hoitokertomuksista. Potilaan aikaisemman terveydentilan kirjaamisen puutteellisuus saattaa johtua aikaisempien käyntikertojen puuttumisesta. Hoitaja ei myöskään aina pidä tärkeänä aikaisemman terveydentilan kirjaamista, koska hoitosuhde ei välttämättä jatku. Lyhyestä hoitosuhteesta johtuen hoitajat eivät aina kirjaa tietoja potilaasta täsmällisesti, koska tiedotus toisille hoitajille ei ole yleensä tarpeellista poliklinikoilla. (Nenonen & Lauri 1996, 47; Read 1999, 41.)

Hoitotyön tarpeet ja ongelmat oli eritelty fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin kokonaisuuksiin sisältönsä perusteella. Verrattuna kevään 2009 tuloksiin tarpeiden kirjaaminen oli monipuolistunut. Aikaisemmassa tutkimuksessa (kevät 2009) kaikki kirjatut tarpeet olivat fyysisiä. Tässäkin tutkimuksessa painottui fyysisten tarpeiden kirjaaminen, mutta lisäksi oli myös kirjattu psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita. Ylöstalo-Laineen (2006, 47–48) tutkimus vahvistaa, ettei kirjaaminen poliklinikoilla ole tarpeeksi kokonaisvaltaista tai potilaslähtöistä. Potilaat tulevat usein poliklinikan vastaanotolle fyysisen tarpeen vuoksi ja saattaa olla, että vasta vastaanotolla ilmenee psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia. Säilän (2005, 25) tutkimuksen mukaan vastaanotoilla pitäisi pyrkiä huolehtimaan potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista ja tukea sekä motivoida häntä. Usein potilaat jäävät yksin diagnoosinsa kanssa, vaikka tarvitsisivat enemmän psyykkistä ja sosiaalista tukea (Makkonen 2008, 60). Tämänkin tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilaan psyykkistä ja sosiaalista tilaa harvoin huomioitiin. Suurin osa tarpeista oli lääketieteellistä tilaa koskevia. Nämä selittävät fyysisten tarpeiden painottumista kirjaamisessa. Tarpeet olivat sisällöltään useimmiten aistitoimintoihin ja lääkehoitoon liittyviä. Kevään 2009 tulokset osoittivat samaa. Tämä selittyy sillä, että puolet tutkitusta aineistosta oli silmäpoliklinikalta ja korva-, nenä- ja kurkkupoliklinikalta. Näillä poliklinikoilla potilaiden ongelmat yleensä liittyvät aistitoimintoihin. Lisäksi poliklinikoilla toteutetaan lääkehoidon seurantaa ja

mahdollisia lääkemutoksia. Tämän takia myös lääkehoito nousi esiin hoitokertomuksista.

Suurimmassa osassa hoitokertomuksista hoitotyön toimintoja ja keinoja oli mainittu vähintään yksi. Samaa tukee edellinen tutkimus (kevät 2009). Yleisimmin oli kirjattu yksi keino ja kolmasosassa kirjauksista ei tullut esille lainkaan hoitotyön keinoa. Keinoa ei ilmennyt esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas tuli silmänpohjakuvaukseen tai hänelle soitettiin tutkimusvastauksista. Ainoastaan yhden keinoon kirjaamisen näkyminen saattaa johtua siitä, että poliklinikalla keskitytään usein yhden ongelman hoitamiseen johtuen käynnin lyhyestä kestosta. Poliklinikat ovat usein erikoisalakohtaisia, jolloin niillä hoidetaan tiettyyn erikoisalaan kuuluvia sairauksia sairastavia potilaita, joiden tutkimus ja hoito eivät edellytä osastohoitoa. (Hiidenhovi 2001, 14.) Poliklinikoiden erikoisalakohtaisuus osaltaan selittää yhden hoitotyön toiminnon toteuttamiseen keskittymisen myös tässä tutkimuksessa.

Poliklinikkahoidossa pyritään tehokkuuteen ja tavoitteena on saada nopeasti diagnoosit oikean hoidon aloittamiseksi. Yleensä poliklinikoilla työskennellään moniammatillisessa tiimissä, jonka muodostaa useimmiten lääkäri ja sairaanhoitaja. (Gylling & Laitinen 1998, Makkosen 2008, 7 mukaan.) Analysoitaessa hoitokertomuksia ilmeni, että useissa kirjauksissa, etenkin silmäpoliklinikalla, oli mainittu vain potilaan diagnoosi tai tehty tutkimus. Hoitotyön toteutuksen kirjaamista ei näkynyt lainkaan. Ennen potilaan kotiutumista poliklinikalta hoitajan tulee vielä selvittää ja antaa ohjeita, sekä tarvittaessa varata uudet vastaanotto- ja tutkimusajat (Hiidenhovi 2001, 20). Polikliinisessä kirjaamisessa siis tulisi näkyä hoitotyön toteutuksen kirjaaminen, kuten lääkärin avustaminen, määräysten toteuttaminen, opetus ja ohjaus sekä jatkohoito-ohjeiden antaminen. Lisäksi puhelinneuvonta on olennainen osa polikliinista hoitotyötä. Usein potilas soittaa esimerkiksi tutkimusvastauksistaan tai muista terveydentilaan, oireisiin tai lääkkeiden vaikutuksiin liittyvistä asioista. (Säilä 2005, 35–36.) Puhelinneuvontaa ei juurikaan näkynyt tässä tutkimuksessa analysoiduissa kirjauksissa. Tähän saattoi kuitenkin vaikuttaa tutkimusaineiston suppea otanta ja satunnaisuus. Neno-

sen ja Laurin (1996, 47) tutkimus vahvistaa hoitotyön näkökulmasta kirjaamisen olevan vähäistä poliklinikoilla.

Poliklinikoilla harvinaisimpia kirjaamisen osa-alueita ovat hoidon vaikutusten arviointi, laadunvarmistus ja potilaan hoidon tarpeen arviointi (Nenonen & Lauri 1996, 28). Tässä tutkimuksessa korostui myös arvioivan kirjaamisen puute. Kevään 2009 tutkimuksessa arvioivaa kirjaamista näkyi huomattavasti enemmän. Nämä tulokset eivät ole verrattavissa keskenään johtuen hoitokertomusten analysoinnin tulkinnanvaraisuudesta. Arvioinnin apuna oli käytetty mittareita 15 %:ssa kirjauksista, joka ei ole muuttunut aikaisemmasta tutkimuskerrasta (kevät 2009). Mittareiden käyttö lisää arvioinnin luotettavuutta.

Potilaan ja hänen läheistensä opettaminen ja ohjaaminen ovat polikliinisessä hoitotyössä olennaisimpia osa-alueita (Nenonen & Lauri 1996, 28). Sekä Granin (2006, 16) että Nenosen ja Laurin (1996, 39) tutkimusten mukaan hoitajan antama ohjaus ja ohjauksen sisältö kirjataan usein puutteellisesti ja arviointi jätetään kokonaan tekemättä. Niin tämä kuin edellinenkin tutkimus (kevät 2009) osoittivat samaa. Kevään 2009 tutkimuksessa opetuksen ja ohjauksen arviointia ei ollut kirjattu lainkaan, kun taas tässä tutkimuksessa arviointia oli kirjattu noin joka seitsemännessä opetuksen ja ohjauksen maininnassa. Opetusta ja ohjausta toteutetaan paljon poliklinikoilla, joten sen myös tulisi näkyä kirjauksissa. Kirjauksissa tulisi myös näkyä, onko potilas saanut kirjalliset ohjeet mukaansa ja ymmärtänyt saamansa suullisen ohjauksen.

Hoitajan vuorovaikutus omaisten kanssa on tärkeää (Säilä 2005, 25). Hoitajat neuvottelevat ja suunnittelevat yhteistyössä omaisten ja potilaan kanssa hoidosta, toiveista, odotuksista ja päätöksistä. Tästä huolimatta hoitajat kirjaavat potilaan omaisista hyvin vähän. (Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 100.) Tässäkin tutkimuksessa omaisten osallistumisesta hoitoon oli kirjattu todella niukasti, vain joka kymmenennessä hoitokertomuksessa. Omaisen antama potilasta koskeva tieto oli kirjattu vain yhdessä hoitokertomuksessa. Suurin osa kaikista kirjauksista, joissa omainen jollain tavalla tuli esille, oli lasten ja nuorten poliklinikalta.

Tämä varmasti johtuu siitä, että etenkin lapsilla on lähes poikkeuksetta omainen mukana vastaanotolla. Muilla poliklinikoilla omaisen osallistuminen hoitoon on harvinaista, mikä selittää sen, etteivät omaiset tule kirjauksissa esille.

Potilaan yksilöllisen hoidon sisällön esille saamiseksi on tärkeää olla olemassa sellaiset kirjaamisen rakenteet, jotka ohjaavat kirjaamaan myös potilaan ja hänen omaisensa näkemykset. Potilaslähtöisen kirjaamisen tarkoituksena on tuoda hoitamisen ja hoitotyön sisältö esille ja näkyväksi nimenomaan potilaan ja hänen läheisensä näkökulmasta. (Kärkkäinen 2007, 94–95.) Tässä tutkimuksessa potilaan näkemyksiä hoitoprosessin eri vaiheista oli kirjattu jokaisella osalla alueella niukasti. Myös aikaisemmin tehdyt tutkimukset vahvistavat potilaan oman näkemyksen kirjaamisen olevan vähäistä. Selittävänä tekijänä saattaa olla lyhyet vastaanottoajat ja ajan puute, jolloin hoitaja saattaa kokea tärkeämmäksi konkreettisen hoitotyön toiminnan kirjaamisen kuin potilaan oman näkemyksen kirjaamisen.

Hoitoprosessin eri vaiheet eivät näy poliklinikkojen kirjauksissa, mikä selittyy osittain sillä, ettei poliklinikoilla ole vielä siirrytty rakenteiseen kirjaamismalliin. Otos oli kaksinkertainen verrattuna edelliseen tutkimukseen (kevät 2009), mutta tulokset eivät olleet silti merkittävästi muuttuneet. Tämä tutkimus vahvistaa kirjaamiskoulutusten ja perehdyttämisen tarpeen. Riittävän koulutuksen ja perehdytyksen avulla hoitajien olisi helpompi siirtyä rakenteiseen kirjaamismalliin. Myös Rosendal Darmerin ym. (2004, 328–331) tutkimuksesta käy ilmi, että hoitajat ovat myönteisiä käyttämään rakenteista kirjaamismallia jokapäiväisessä työssään. Hoitajien myönteinen asenne edesauttaa kirjaamistaitojen kehittämistä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää rakenteisen kirjaamisen nykytila Turun sosiaali- ja terveystoimen kaupunginsairaalan poliklinikoilla. Tutkimuksen tavoitteena oli mahdollistaa kirjaamisen kehittymisen seuraaminen poliklinikoilla tarkastelemalla kirjaamisen nykytilaa jatkossakin. Tämä tutkimus vahvistaa rakenteisen kirjaamismallin hyödyllisyyden myös poliklinikoilla. Rakenteinen kirjaamismalli mahdollistaa täsmällisen ja kokonaisvaltaisen kirjaamisen.

Valtakunnalliseen rakenteiseen kirjaamismalliin siirtyminen ei kuitenkaan tapahdu hetkessä ja muutosprosessi on jatkuvaa.

LÄHTEET

Ahopelto, P.; Ensio, A.; Hallila, L.; Hannikainen, T.; Ilveskivi, P.; Rönkkö, I.; Saranto, K.; Walle, P.; Virtanen, S-L.; Väisänen, S. & Toivanen, I. 1998. Hoitotyön kirjallisen suunnitelman lähtökohdat. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy, 11-26.

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

Dowding, D. & Thompson, C. 2003. Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 44 No. 1/2003, 49-57.

Ensio, A. 2007. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 96-143.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.

Erätuuli, M.; Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Grann, M. 2003. Potilaslähtöinen hoitotyön kirjaaminen poliklinikalla. *Sairaanhoitaja* vol. 76 No. 9/2003, 14-17.

Gylling, H. & Laitinen, L. 1998. Sisätautipoliklinikan uudelleen järjestelyt Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 53 No. 9/1998, 3129-3131.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamisesta sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi, 16-18.

Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi, 23-35.

Hallila, L. 2005. Potilaiden opettaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi. 108-109.

Helleso, R. & Ruland C.M. 2001. Developing a module for nursing documentation intergrated in the electronic patient record. *Journal of clinical nursing*. No. 10/2001, 799-805.

Hietanen, K.; Pitkänen, M-R. & Vilmi, S. 1995. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Helsinki: Kirjayhtymä.

HoiDok-hanke 2008. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH). Viitattu 1.10.2009 <http://www.vssh.fi/fi/.../HoiDok-Loppuraportti-osa-I-090908.pdf>.

Hopia, H.; Schildt, T. & Hovikoski, K. 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 97-110.

Huber, D. & Blanchfield, K. 1999. Telephone nursing interventions in ambulatory care. *The Journal of Nursing Administration* Vol. 29 No.3/1999, 38-44.

Häyrynen, K. & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 97-111.

IMIA-SIGNI 1998. International Medical Informatics Association- Specialist Interest Group for Nursing Informatics. Viitattu 10.3.2010 <http://www.imia.org/ni>.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

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

Kantelinen, M. 2008. Sairaanhoidajan työn sisältö sisätautien ja kirurgian poliklinikalla. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Karjalainen, S.; Launis, V.; Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino.

Koskela, T. 2002. Opi hoitamaan: laatua lasten ja nuorten hoitotyöhön. Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Viitattu 10.3.2010 http://www.oamk.fi/docs/opiskelijoille/harjoittelu/sote/opi_hoitamaan/laatukasikirja.pdf

Kuusio, K. 2008. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen ja päätöksenteko –Retrospektiivinen asiakirja-analyysi perusterveydenhuollon näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1998. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11 No. 1/1998, 3-12.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoidajaliitto. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 89-96.

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

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159

Lauri, S.; Moisander, M-L.; Hämäläinen, T. & Lehti, T. 1991. Hoitotyön toiminta-ajatuksen ja dokumentoinnin kehittäminen Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja. B:1. Turun yliopistollinen keskussairaala.

Lauri, S.; Murto, S. & Lehti, T. 1997. Polikliinisen hoidon elektroninen kirjaaminen. Hoitotyön julkaisusarja. C:16. Turun yliopistollinen keskussairaala.

Lee, T. 2005. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. Journal of Clinical Nursing Vol. 15 No. 11/2005, 1376-1382.

Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tutkiva hoitotyö Vol. 2 No. 2/2004, 4-9.

Lehti, T.; Lauri, S. & Salovaara, H. 2000. Hoitotyön kirjaaminen seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja A:31. Turku.

Lundgrén-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko -muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoidajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia, H & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoidajaliitto. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 25-31.

Makkonen, A. 2008. Yksilöllisen hoidon toteutuminen ajanvarauspoliklinikalla potilaan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko -näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoidajaliitto 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 35-40.

Nenonen, S. & Lauri, S. 1996. Polikliininen hoitotyö ja sen kirjaaminen. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A:21. Turku

Nissilä, A. 2005. Esimerkkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 56-60.

O'Meara, E. 2007. The effects of electronic documentation in the ambulatory surgery setting. AORN Journal Vol. 86 No.6/2007, 970-979.

Owen, K. 2005. Documentation in nursing practice. Nursing Standard Vol. 19 No. 32/2005, 48-49.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Read, H. 1999. Documentation in the outpatient setting. Nursing Standard Vol. 34 No. 13/1999, 41-43.

Robles, J. 2009. The effect of the electronic medical record on nurses' work. Creative nursing. Vol.15 No. 1/2009, 31-35.

Rosendal Darmer, M.; Ankersen, L.; Geissler Nielsen, B.; Landberger, G.; Lippert, E. & Egerod, I. 2004. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. Scandinavian Journal of Caring Sciences Vol.18 No. 3/2004, 325-332.

Sainola-Rodriguez, K. & Ikonen, H. 2007. Luokitusten luovuus –kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 41-56.

Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoidajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 13-24.

Saranto, K. 2007. Tiedon muodostuminen hoitoprosessissa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoidajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 19-32.

Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja: Sairaanhoidajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 123-138.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki : WSOY Oppimateriaalit Oy, 12-16.

Sonninen, A-L. 2007. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 66.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskeva laki 1.8.2009/159.

Stakes 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot II. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Ohjeita ja luokituksia 1999:5. Helsinki: Stakes.

STM 2006. Opas: ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 1.2. 28.2.2006. Viitattu 6.4.2010
<http://www.terveyshanke.fi/fi/file.asp?obj=3879>.

STM 2009. Lainsäädäntö ohjaa asiakas- ja potilastietojen hallintaa. Viitattu 14.3.2010
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/tietohallinto/lainsaadanto.

Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit –tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Tanttu, K. & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksissa. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 112-126.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 113-122.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Törnvall, E.; Wilhelmsson, S. & Wahren, L. 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 18 No. 3/2004, 310-317.

Valvira 2010. Potilasasiakirjat. Viitattu 14.3.2010
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat.

Voutilainen, P.; Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes –state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 18 No. 1/2004, 72-81.

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

SISÄLLÖNANALYYSIRUNKO

Hoitotyön kirjaaminen

TAUSTATIEDOT

1. Toimialue

1. Perusterveydenhuolto

a) Sairaanhoidajan vastaanotto

b) Hoidon tarpeen arviointi

2. Kaupunginsairaala

a) Vuodeosasto

b) Poliklinikka

3. Pitkäaikaissairaanhoito

4. Kotisairaanhoito

5. Kotisairaanhoitoa tukevat vuodeosastot

6. Psykiatria

a) Aikuispsykiatria

a1) Vuodeosasto

a2) Poliklinikka

b) Geropsykiatria

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

2. Yksikön luonne

1. *Vuodeosasto*
2. *Vastaanotto toiminta (esim. terveysasema, poliklinikka, neuvola, hoidon tarpeen arviointi)*
3. *Avoterveydenhuolto*
4. *Toimenpideoosasto*
5. *Muu, mikä?*

4. Asiakkaan ikä**5. Asiakkaan sukupuoli**

1. *Nainen*
2. *Mies*

6. Tulotilanteessa on kirjattu, kenelle potilasta koskevia tietoja saa antaa

1. *Kyllä*
2. *Ei*

7. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila

1. *Kyllä*
2. *Ei*

8. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisemmat kokemukset hoidosta

1. *Kyllä*
2. *Ei*

9. Hoitosuunnitelma

1. *On*
2. *Ei ole*

10. Asiakkaan/potilaan tarpeet/ongelmat on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*
5. *Päivittäistä kirjausta ei voi olla*

11. Tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?**12. Ongelmiin voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoin**

1. *Kyllä*
2. *Ei*

13. Mitä voimavaroja on kirjattu?**16. Onko hoidon tarpeen määrittelyssä ollut käytössä mittareita?**

1. *Kyllä*
2. *Ei*

17. Mitä mittareita?**18. Tarpeiden/ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa + tulovaiheessa, kpl**

0 1 2 3 4 5

Aktiviteetti

Erittäminen

Selviytyminen

Nesteytys

Terveyskäyttäytyminen

Terveyspalveluiden

käyttö

Lääkehoito

Ravitsemus

Hengitys

Kanssakäyminen

Turvallisuus

Päivittäiset toiminnot

Psyykinen tasapaino

Aistitoiminnot

Kudoseheys

Jatkohoito

Elämänkaari

Verenkierto

Aineenvaihdunta

19. Mitä tarpeita/ongelmia? Minkä otsikkojen alle ne on kirjoitettu hoitosuunnitelmassa ja/tai toteutuksessa?

(Psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien ero on siinä, että edellinen liittyy ihmisen tunteisiin tai kognitioon, esim. pelko tai tiedon/taidon puute, ja jälkimmäinen ihmissuhteisiin, esim. läheisyyden tarve.)

Fyysiset kpl

Psyykkiset kpl

Sosiaaliset kpl

20. Montako kertaa omaisten antama potilasta koskeva tieto on kirjattu?

21. Mitä omaisten antamia tietoja on kirjattu?

22. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*
5. *Päivittäistä kirjausta ei voi olla*

23. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa?

26. Kuinka monta tavoitetta on kirjattu muodollisesti oikein/kpl?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Konkreettisena

asiakkaan/potilaan

voinnin tai

käyttäytymisen

muutoksena

Täsmällisesti

Aikaraja

määritelty

Tavoite vastaa

hoidon tarvetta

27. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa tai toteutuksessa, kpl

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Suunniteltujen

hoitotyön

toimintojen/keinojen

määrä

Kuinka moneen

tavoitteeseen on

kirjattu ainakin yksi

hoitotyön keino?

Kuinka moneen

tavoitteeseen ei ole

kirjattu hoitotyön

keinoa?

29. Vastaako toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja?

1. *Kyllä*

2. *Jossain määrin*

3. *Ei*

4. *Hoitokeinoja ei ole kirjattu hoitosuunnitelmaan*

5. *Hoidosuunnitelmaa ei ole*

32. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (sis. keskustelun) on mainittu hoitotyön keinot -kohdassa ja/tai toteutuksessa?

33. Opetus/ohjaus on yksi hoitotyön keino. Jos se on mainittu, niin onko mainittu opetuksen/ohjauksen aihe

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Opetusta/ohjausta ei ole mainittu*

34. Jos opetus/ohjaus on mainittu, niin onko arvioitu, miten potilas ymmärsi opetuksen/ohjauksen tai reagoi niihin?

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Opetusta/ohjausta ei ole mainittu*

35. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemykset hoidon tarpeesta kirjattu (potilaan pyynnöstä, potilas kertoo...)

1. *Kyllä*
2. *Ei*

36. Kuinka monen asian kohdalla?

37. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon tavoitteesta kirjattu

1. *Kyllä*

2. *Ei*

38. Kuinka monen asian kohdalla?**39. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoitokeinoista kirjattu**

1. *Kyllä*

2. *Ei*

40. Kuinka monen asian kohdalla?**41. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon toteutuksesta kirjattu**

1. *Kyllä*

2. *Ei*

42. Kuinka monen asian kohdalla?**43. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon arvioinnista kirjattu**

1. *Kyllä*

2. *Ei*

44. Kuinka monen asian kohdalla?**45. Montako kertaa omainen on osallistunut kirjausten mukaan potilaan hoitoon?**

46. Miten omainen on kirjausten mukaan osallistunut?

50. Loppuarviointi

1. *Kyllä*
2. *Ei*

51. Arvoivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa/muussa toteutuksen kirjaamisessa

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*

52. Arviointi on tehty tavoitteeseen määriteltynä ajankohtana/kpl

56. Arvioinnin apuna käytetty mittareita

1. *Kyllä*
2. *Ei*

57. Mitä mittareita?

59. Mitä terveydentilasta on kirjattu? (Liittyy kysymykseen 7.)

1. *Potilaan lääketieteellinen tila*
2. *Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta*
3. *Molemmat*

60. Onko asiakas / potilas saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta

1. *Kyllä*
2. *Ei*

61. Onko jatkohoito merkitty hoitosuunnitelmaan tarpeeksi / toiminnoksi?

1. *Kyllä*
2. *Ei*
3. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*