



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# HOIDON TARPEEN ARVIOINTI JA SEN KIRJAAMINEN

Kyselytutkimus Raahen terveysasemien lääkärinvastaanotoilla ja päivystyksessä työskenteleville hoitajille

TEKIJÄT: Liisa Mustanoja  
Piia Raetsaari

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Liisa Mustanoja ja Piia Raetsaari	
Työn nimi Hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen. Kyselytutkimus Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän lääkärinvastaanotoilla ja päivystyksessä työskenteleville hoitajille	
Päiväys	4.5.2017
Sivumäärä/Liitteet	35/7
Ohjaaja(t) Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia hoidon tarpeen arviointia ja kirjaamista ajankohtaisen kirjallisuuden avulla, minkä jälkeen toteutettiin kyselytutkimus Raahen alueen lääkärinvastaanotoilla sekä päivystyksessä työskenteleville hoitajille. Tavoitteena oli antaa työn tilaajalle tietoa siitä, minkälaisiksi päivystyksessä tai lääkärin vastaanotoilla työskentelevät hoitajat kokevat oman osaamisensa hoidon tarpeen arvioinnissa ja sen kirjaamisessa.</p> <p>Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviointia potilaan terveydentilasta tämän ottaessa yhteyttä terveydenhuollon yksikköön. Hoitaja haastattelee ja havainnoi potilasta, jotta selviäisi, miksi potilaan terveydentila edellyttää terveydenhoitoa. Hoitaja selvittää potilaan oireet. Hän määrittelee myös, ovatko potilaan oireet vakavia tai kiireellistä hoitoa vaativia. Hoidon tarpeen arviointia tehdessään hoitajat käyttävät apuna useita eri tietolähteitä, niin sähköisiä kuin kirjallisiakin ohjeistuksia. Myös hoitajien oma ammattitaito sekä työyhteisön tuki ovat avainasemassa onnistuneessa hoidon tarpeen arvioinnissa.</p> <p>Kansallinen kirjaamismalli pohjautuu sähköiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen. Perustana on FinCC-luokituskokonaisuus (<i>Finnish Care Classification</i>). Jokaisesta potilaasta tulisi kirjata tarpeelliset ja riittävät tiedot hänen terveydentilastaan ja sairautensa hoidosta. Kirjaamisessa tulisi hyödyntää valtakunnallisesti sovittuja rakenteita, joilla pyritään yhtenäistämään hoitajien kirjaamista.</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä. Kyselytutkimus suoritettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä kyselynä sähköpostin välityksellä. Kyselyn kokonaisotanta oli 48 hoitajaa, joista kyselyyn vastasi 32. Kyselytutkimuksen aineistoa analysoitiin suhteessa tutkimusongelmiin ja esitettyihin kyselytutkimuksen kysymyksiin. Analysoinnissa käytettiin havaintomatriisia, jossa oli havaintoja ja muuttujia. Havaintomatriisin avulla tutkittiin muuttujien jakautumista, jolloin saatiin kysymyksiin erilaisia luokitteluja sekä prosenttiarvoja.</p> <p>Tutkimuksen mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa enemmistö (98 %) hoitajista luotti omaan kokemukseensa. Päivystyksessä työskentelevistä hoitajista 72 % tukeutui hoidon tarpeen arvioinnissa hyvinvointikuntayhtymän omaan ohjeistukseen ja triageen 82 % vastanneista. Terveysasemalla niihin tukeuduttiin vähemmän; hyvinvointikuntayhtymän ohjeistusta käytti 29 % ja triagea 38 %. Kirjaamiskäytännöt olivat hoitajilla vaihtelevia. Rakenteiseen kirjaamiseen sekä yhdenmukaiseen hoidon tarpeen arviointiin toivottiin lisää ohjausta tai koulutusta. Jatko-tutkimusaiheena suositellaan rakenteisten kirjaamismallien eli fraasien luomista työyksiköihin. Myös hoidon tarpeen arvioinnissa käytettävät, selkeät ja yksikkökohtaiset ohjeet olisivat hyödyksi hoidon tarpeen arviointikäytäntöjen yhtenäistämässä ja selkeyttämässä.</p>	
Avainsanat triage, kirjaaminen, hoidon tarpeen arviointi	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Liisa Mustanoja ja Piia Raetsaari			
Title of Thes The assessment for the need of treatment and its patient data documentation- a survey held for the nurses working at outpatient clinics and at accident and emergency unit in Raahe area.			
Date	4.5.2017	Pages/Appendices	35/7
Supervisor(s) Annikki Jauhiainen			
Client Organisation /Partners Raahe area welfare Federation of Municipalities			
<p><b>Abstract</b></p> <p>The purpose of the study was to investigate the assessment for the need of treatment and patient data documentation in relation to modern literature. After this, a survey was made for the nurses working at outpatient clinics and at accident and emergency unit in Raahe area. The aim was to give the nurses of the client organisation information about the assessment for the need of treatment and how they record the patient data. It was intended to investigate these issues in the nurse´s own point of view.</p> <p>The assessment for the need of treatment is an assessment made by a health care professional on patients´s health when the patient contacts a healthcare unit. The health care professional (a nurse) interviews and makes observations on the patient, in order to find out, why the patient needs medical care. Nurses use several sources of information while assessing the patient´s need for treatment, both written- and electronic sources. It is also important that the working environment supports the nurse in the assessment process and that the nurse´s professional qualifications are up to date.</p> <p>National patient data documentation is based on electronic- and structured documentation and it drives from the Finnish Care Classification. It is important that sufficient information is documented on each patient in accordance to his health and the given treatments. One should use the given classifications for patient data documentation in order to unify the documentation methods.</p> <p>The client organisation in this thesis was Raahe area welfare Federation of Municipalities. A questionnaire was sent as quantitative research through e-mail. The questionnaire was sent out to 48 nurses and 32 responses were received. The data received from the questionnaire was analyzed in accordance to the research problems and questions given in the survey. An observation matrix with perceptions and variables was used while analyzing the material. With the help of the observation matrix, division of the variables was investigated. The investigation gave different kinds of classifications and percentages to the given questions in the survey.</p> <p>According to our study the majority of the nurses doing the assessment for the need of treatment rely on their professional knowledge the most. 72 percent of nurses working at the Accident and Emergency unit relied on Federation of Municipalities´s own instructions, 82 percent relied on triage. The nurses working at outpatient clinics used these sources of information less; 29 percent used Federation of Municipalities´s own instructions and 38 percent used triage. Patient data was documented in various ways amongst the nurses. According to our study, the nurses wished for additional education or guidance in the assessment for the need of treatment and patient data documentation. For further research structured models for patient data documentation and phrases are recommended. Instructions for the assessment for the need of treatment for each unit could also be beneficiary in unifying and simplifying patient data documentation.</p>			
<p><b>Keywords</b> Triage, patient data documentation, assessment for the need of treatment</p>			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	6
2	HOIDON TARPEEN ARVIOINTI .....	7
2.1	Mitä on hoidon tarpeen arviointi? .....	7
2.2	Hoidon tarpeen arviointia ohjaavat lait ja säädökset .....	8
2.3	Mikä on triage? .....	9
2.4	NEWS-pisteytys .....	10
2.5	Muita hoidon tarpeen luokituksia .....	11
2.6	Hoidon tarpeen arviointi Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella .....	12
2.7	Hoidon tarpeen arviointi puhelimessa ja sähköiset terveyspalvelut .....	12
2.8	Tutkimustietoa hoidon tarpeen arvioinnista .....	13
3	KIRJAAMINEN .....	15
3.1	Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset .....	15
3.2	Rakenteinen kirjaaminen .....	16
3.3	Onnistunut kirjaaminen .....	17
3.4	Tutkimustietoa kirjaamisesta .....	18
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	19
5	KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	20
5.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	20
5.2	Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston kerääminen .....	20
5.3	Aineiston käsittely, analysointi ja tulosten kuvaaminen .....	22
6	TULOKSET .....	24
6.1	Vastaajien taustatiedot .....	24
6.2	Onnistunut hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen .....	24
6.3	Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisen toteutuminen hoitajan näkökulmasta Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella .....	26
6.4	Kehittämisehdotuksia hoidon tarpeen arviointiin sekä kirjaamiseen .....	27
6.5	Eroavaisuudet terveysasemalla työskentelevien ja päivystyksen hoitajien vastauksien välillä .....	28
7	POHDINTA .....	29
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu .....	29
7.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	30

7.3	Ammatillinen kasvu .....	31
7.4	Johtopäätökset ja tutkimus- ja kehittämissuositukset .....	32
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....	33
	LIITE 1: SAATEKIRJE JA KYSELYLOMAKE .....	36
	LIITE 2: TUTKIMUSLUPA.....	40

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuoltojärjestelmän ydin on toimiva perusterveydenhuolto. Yksi perusterveydenhuollon ongelmista on ruuhkautuminen. Potilaita ohjataan soittamaan terveydenhuollon yksikköön ennen hakeutumista paikan päälle, ellei kyse ole hätätilanteesta. Mikäli henkilökunnalla ei ole antaa riittävästi vastaanottoaikoja, päivystys ruuhkautuu. Terveydenhuollon henkilökunnan tulee olla kohtuullisen ajan sisällä tavoitettavissa puhelimitse, koska sillä vältetään potilaiden hakeutumista päivystykseen ilman päivystyksellistä hoidon tarvetta. Hoitohenkilökunnan tulee olla ammattitaitoisia niin puhelin-työssä kuin myös potilaskohtamisissa kasvokkain. Heiltä vaaditaan kokemusta, tilannetajua, myötä-elämiskykyä sekä mahdollisuutta konsultoida muuta henkilökuntaa. (Vuola 2016, 2406.)

Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviointia potilaan terveydentilasta tämän ottaessa yhteyttä terveydenhuollon yksikköön (Syväoja ja Äijälä 2009, 9). Hoitajat tekevät hoidon tarpeen arviointia puhelimitse ja kasvotusten. Heillä on käytössään muun muassa triagemenetelmä, jossa potilaat seulotaan eri ryhmiin lääketieteellisin perustein ja hoidon kiireellisyys huomioon ottaen. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä on myös laatinut omat ohjeet hoidon tarpeen arviointiin ja hoitotakuun toteuttamiseen vastaanotoilla sekä päivystyksessä. Hoidon tarpeen arvioinnissa Raahen päivystyksessä käytetään apuna myös NEWS-pisteytystä (*National Early Warning Score*). NEWS-pisteytyksen tarkoitus on löytää akuutisti sairas potilas tai tunnistaa milloin potilaan tila vaatii välitöntä tai tehostettua hoitoa. (Tirkkonen 2015, 456.)

Oikeanlaisella hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan vaikuttaa merkittävästi perusterveydenhuollon toimivuuteen. Ongelmakohtia hoidon tarpeen arvioinnissa ovat esimerkiksi yhtenäisten käytäntöjen puuttuminen ja hoitajien kokemattomuus. Kirjaamisessa haasteelliseksi koettiin erilaiset kirjaamistavat. (Karppinen 2016-05-04.) Opinnäytetyömme tarkoitus on tutkia hoidon tarpeen arviointia ja sen kirjaamista ajankohtaiseen kirjallisuuteen sekä muihin luotettaviin tietolähteisiin perustuen. Tämän jälkeen toteutamme kyselytutkimuksen Raahen alueen lääkärinvastaanotoilla sekä päivystyksessä työskenteleville hoitajille. Kyselytutkimuksen avulla pyrimme selvittämään, miten hoidon tarpeen arviointi ja kirjaaminen hoitajien kokemana toteutuu. Tavoitteena on antaa teoretiedon ja kyselytutkimuksen pohjalta palautetta opinnäytetyön tilaajalle hoitajien kirjaamisesta, hoidon tarpeen arvioinnista ja miten niitä voidaan tulevaisuudessa hyvinvointikuntayhtymän alueella kehittää. Kyselytutkimuksen tulosten pohjalta työn tilaaja voi kehittää päivystyksessä sekä vastaanotoilla työskentelevien hoitajien hoidon tarpeen arviointi- sekä kirjaamistaitoja, minkä myötä myös potilasturvallisuus lisääntyy.

Opinnäytetyön aihe valikoitui oman mielenkiintomme sekä aiheen jatkuvan ajankohtaisuuden vuoksi. Hoidon tarpeen arviointi on olennainen osa jokaisen sairaanhoitajan työtä, jossa yhdistyvät hoitajan ammattitaito, intuitio, vuorovaikutustaidot, moniammatillinen yhteistyö sekä onnistunut ja turvallinen kirjaaminen. Nämä taidot harjaantuvat myös opinnäytetyötä tehdessä, jolloin olemme askeleen lähempänä turvallista potilastyötä sairaanhoitajina.

## 2 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Luvussa keskitytään hoidon tarpeen arviointiin Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymässä käytetään pääasiassa triage-luokitusta, mutta kerromme lyhyesti myös muista luokituksista. Luvussa käsitellään hoidon tarpeen arviointia puhelimesta ja sähköisessä asiointipalvelussa. Selvitämme myös mitä on onnistunut hoidon tarpeen arviointi.

### 2.1 Mitä on hoidon tarpeen arviointi?

Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviointia potilaan terveydentilasta tämän ottaessaan yhteyttä terveydenhuollon yksikköön. Hoitaja haastattelee ja havainnoi potilasta, jotta selviäisi, miksi potilaan terveydentila edellyttää terveydenhoitoa ja mitkä tämän oireet ovat sekä ovatko potilaan oireet vakavia tai kiireellistä hoitoa vaativia. Päivystyksessä sekä vastaanottotyössä sairaanhoitaja arvioi potilaan terveydentilaa joko kasvatusten tai puhelimen välityksellä. Hän pyrkii selvittämään mahdollisimman tarkasti potilaan terveydentilan. Hoidon tarpeen arviointia tehdessään hoitaja pyrkii erottamaan kriittisesti sairaat ja välitöntä hoitoa tarvitsevat potilaat niistä, joiden oireet eivät vaadi päivystyksellistä hoitoa. Hoidon tarpeen arviointia tehdessään hoitaja käyttää apuna omia aistejaan sekä ammattitaitoaan. Lisäksi hoitajan apuna voi olla esimerkiksi triagehoitoisuusluokitukset sekä muut paperiset sekä sähköiset tietolähteet, kollegat ja lääkärit sekä mahdolliset sairaalakohtaiset omat ohjeistukset hoidon tarpeen arviointiin. (Pellikka 2013a, 858.)

Tärkeitä tietoja hoitajalle hoidon tarpeen arviointia tehdessä ovat anamneesi, perussairaudet, lääkitys sekä mahdolliset muut potilaan antamat tiedot. Potilaan nykytilanne tulee selvittää mahdollisimman tarkasti. Tärkeää on selvittää, minkälaisia oireita potilaalla on. Milloin oireet ovat alkaneet? Missä tilanteessa ne ilmenevät? Onko samanlaisia oireita ollut ennen ja miten niitä on hoidettu? Perusteellinen ja huolellinen kommunikointi sekä tietojen dokumentointi mahdollistavat onnistuneen hoidon tarpeen arvioinnin lisäten potilasturvallisuutta sekä hoidon sujuvuutta, tarkoituksenmukaisuutta ja kustannustehokkuutta. (Syväoja ja Äijälä 2009, 93.)

Hoidon tarpeen arviointia tulee tehdä potilaan kanssa yhteistyössä ja hoitajan tulee ottaa myös potilaan mielipide huomioon (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/192). Hoidon tarpeen arviointia suorittavan hoitajan tulee olla kokenut ja tehtävään koulutettu ja hänellä on oltava mahdollisuus tutustua potilaan asiakirjoihin, jotka koskevat tämän terveyttä (Harjola ym. 2014, 3141). Hoidon tarpeen arvioinnissa kyseessä voi olla esimerkiksi välittömästi hoitoa vaativa eli päivystyksellinen tilanne. Potilaan terveydentila voi olla myös sellainen, että se ei vaadi päivystyksellistä hoitoa, vaan potilaalle voidaan varata aika lääkärille ajanvarauksen kautta. (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen ja Westergård 2009, 64.)

Hyvä hoidon tarpeen arviointi perustuu hoitajan ammattitaitoiseen päätöksentekokykyyn. Arviointia tehdessään hoitaja huomioi potilaan kokonaistilanteen, oireiden kiireellisyyden sekä käytettävissä olevat resurssit. Hoitaja käyttäytyy ammattimaisesti ja empaattisesti potilasta kohtaan ja dokumen-

toi palvelutapahtuman potilaan hoitokertomukseen. Hyvä hoidon tarpeen arviointi ei vaaranna potilasturvallisuutta, eikä turhaan kuormita esimerkiksi päivystystä potilailla, joiden terveydentila ei vastaanottokäyntiä edellytä. Ammattitaitoinen hoitaja osaa ja uskaltaa esittää tarkentavia kysymyksiä potilaan terveydentilasta, eikä epäröi konsultoida lääkäriä epävarmoissa tilanteissa. (Syväoja ja Äijälä 2009, 62; Pellikka 2013a, 859.)

Harlen (2011, 48) opinnäytetyössä tulivat esiin hoitajien kokemat haasteet hoidon tarpeen arviointia tehdessä. Hoitajien kokemia työn haasteita olivat esimerkiksi potilaan ohjautuminen väärään hoitoyksikköön, haastavat tai hankalat potilaat, toimimaton yhteistyö lääkäreiden kanssa, hoitajan epävarmuuden tunne sekä yhteisten pelisääntöjen puuttuminen. Hoidon tarpeen arvioinnin tuoma vastuu koettiin myös joidenkin hoitajien mukaan raskaana.

## 2.2 Hoidon tarpeen arviointia ohjaavat lait ja säädökset

Hoidon tarpeen arviointia ohjaa terveydenhuoltolaki. Päivystysasetuksessa määritellään kiireellisen hoidon perusteet ja erikoisalakohtaiset edellytykset hoidolle. Terveydenhuoltolaissa on määritelty myös hoitotakuu. Lain mukaan potilaalla on oikeus hoidon tarpeen arviointiin kolmen päivän sisällä yhteydenotosta terveydenhuollon yksikköön. (Syväoja ja Äijälä 2009, 10.) Terveydenhuoltolain pykälässä 51 on säädös hoitoon pääsystä, jonka mukaan ”terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena päivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Terveydenhuoltolakiin (2010) sisältyy sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Asetuksessa määritellään kiireellinen hoito. Terveydenhuoltolaki (2010) sisältää myös päivystysasetuksen, jossa määritellään kiireellinen hoidon perusteet ja päivystyksen edellytykset. Potilaan hoitoon ohjauksessa otetaan huomioon yksikössä käytettävät kiireellisyysluokat. Päivystysyksikköön otetaan potilaat, jotka eivät voi tilansa vuoksi odottaa seuraavaan arkipäivään tai hoidon saanti muualla on epävarmaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014.)

Erikoissairaanhoitoa koskeva hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut yksikköön. Kiireellisissä tapauksissa tulee potilaan kuitenkin päästä erikoissairaanhoitoon välittömästi. Tarpeelliseksi koettu hoito sekä lääketieteen että hammaslääketieteen osalta tulee järjestää kohtuullisessa ajassa, kuitenkin enintään kolmen kuukauden kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Mikäli potilaan terveydentilaa ei vaaranneta, voidaan erikoissairaanhoidon ja hammaslääketieteen osalta hoito aloittaa kuuden kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoito on aloitettava kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Terveydenhuoltolaki pitää sisällään myös muun muassa asetukset potilasasiakirjamerkinnöistä, hoidon toteuttamisesta, odotusaikojen sekä seurantatietojen julkaisusta, hoidon perusteista sekä palveluiden järjestämissuunnitelmasta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)



Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Potilaalle on myös laadittava hoitosuunnitelma yhteistyössä potilaan tai hänen lähiomaisensa kanssa. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, eikä potilaalle voi tehdä hänen tahtonsa vastaisia hoitotoimenpiteitä. Kiireellinen ja henkeä uhkaava hoito on kuitenkin toteutettava, vaikkei potilaan suostumusta saataisikaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista määrittelee perus- ja erikoissairaanhoidon potilasmaksut. Muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta ovat terveydenhuollon palvelut asiakkaalle maksullisia. Jotta maksurasitus ei olisi potilaalle kohtuuton, terveydenhuollon asiakasmaksuille on asetettu maksukatto. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992.)

### 2.3 Mikä on triage?

Triage-luokittelu on potilaan terveydentilan kiireellisyyden arviointia ja potilaiden luokittelua sen mukaan, miten nopeasti heidän on päästävä hoitoon. Triage-hoitoisuusluokituksen etuna on se, että hoitokäytännöt sekä potilasohjaus ovat yhtenäisiä, mikä on tärkeää erityisesti kiireellisissä tilanteissa. Luokittelun ohella on huomioitava kuitenkin se, että kaikki hoitotyötä tekevät arvioivat potilaan hoidon tarvetta joko tiedostaen tai tiedostamattaan. (Syväoja ja Äijälä 2009, 96.)

Keskitymme opinnäytetyön teoriaosuudessa hoidon tarpeen arvioinnissa triage-luokitukseen. Triage-sana on ranskaa ja tarkoittaa lajittelua tai järjestämistä. Triage-luokittelun perusta on se, että hoitoon pyrkivät potilaat seulotaan eri ryhmiin lääketieteellisin perustein ja hoidon kiireellisyys huomioon ottaen. (Syväoja ja Äijälä 2009, 94.)

Suomessa on yleisesti käytössä triagen ABCDE-malli:

A-luokitellut potilaat ovat kriittisesti sairaita tai muusta syystä erikoissairaanhoidon kuuluvia. Hoitoon pääsyyn tarve on välitön, sillä potilaalla on henkeä uhkaava vamma tai häiriö elintoiminnoissa. B-ryhmän potilaat siirtyvät yleensä suoraan erikoissairaanhoidon. B-ryhmän potilaat pyritään saamaan lääkärin arvioon 10 minuutin sisällä.

C-ryhmään luokitellut potilaat hoidetaan terveyskeskuspäivystyksessä. C-ryhmään kuuluvien tavoite on päästä lääkärin arvioon tunnin sisällä. Tämän ryhmän potilaalla on vaiva tai vamma, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviota.

D-tasolle luokiteltu potilas kuuluu terveyskeskuspäivystykseen ja hänen tulisi päästä lääkärin arvioon 2 tunnin sisällä. Tämän luokan potilaan terveydentilan ei oleteta huononevan, vaikka hän odottaisi 2 tuntia.

E-ryhmään luokitellut potilaat eivät vaivansa vuoksi vaadi lääkärin päivystyksellistä hoitoa. (Finohta 2011, 2; Syväoja ja Äijälä 2009, 95.)

A-luokkaan kuuluvalla potilaalla voi olla esimerkiksi runsas ja henkeä uhkaava verenvuoto, sepsis tai meningiitti tai jokin muu hengenvaarallinen infektio, jolloin potilas tarvitsee välitöntä hoitoa. B-luokiteltu potilas voi olla esimerkiksi akuutista kovasta rintakivusta kärsivä potilas, jonka sydänfilmissä ei

kuitenkaan ole muutoksia. Potilaan kuuluu kuitenkin päästä lääkärin vastaanotolle 10 minuutin sisällä, koska kaikki sydäntapahtumat eivät heti näy sydänfilmissä. C-luokassa potilas voi olla esimerkiksi akuutisti vatsakipuinen potilas, jonka vaiva vaatii pääsyä lääkärin vastaanotolle tunnin sisällä. D-luokkaan kuuluvat esimerkiksi epäselvät infektiot, joissa oireina voivat olla esimerkiksi kurkkukipu ja kuumeilu. (Syväoja ja Äijälä 2009, 103.)

Viimeisimmän tiedon mukaan Suomessa on kolme päivystysyksikköä, jotka käyttävät hoidon tarpeen arvioinnissa ESI-luokittelua (*Emergency Severity Index*). ESI:ssä on neljä eri päätöksenteon vaihetta, jotka perustuvat sairauden vakavuuteen ja resurssitarpeen arvioon. Arvion jälkeen potilaat jaetaan viiteen eri luokkaan, jossa kolmelle vähiten kiireisimmälle luokituksille ei aseteta aikarajoitetta hoitoon pääsyn suhteen. (Malmström, Kiura, Malmström, Mäkelä ja Torkki 2012, 699.)

## 2.4 NEWS-pisteytys

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymässä on syksyn 2016 aikana otettu käyttöön NEWS-pisteytys eli aikaisen varoituksen hälytysjärjestelmä. NEWS-pisteytys tulee englannin kielen *sanoista National Early Warning Score*. NEWS-pisteytys on käytössä ainakin Raahen sairaalan päivystyksessä sekä tietyillä sairaalan osastoilla. NEWS-pisteytys on osa hoidon tarpeen arviointia ja potilaan tilan seuranta. Potilaan pisteytys tulisi tehdä mahdollisimman pian hänen tullessa päivystykseen tai siirtyessä osastolle. (Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä 2010.)

NEWS-pisteytystä käyttämällä pyritään tunnistamaan akuutisti sairaat potilaat mahdollisimman pian. Pisteytys myös kertoo potilaan tilan heikentymisestä sekä lisääntyneen hoidon tai valvonnan tarpeesta. NEWS-pisteytys koostuu seitsemästä eri osatekijästä, jotka pisteytetään potilaan elintoimintojen ja voinnin mukaan. NEWS-pisteytyksessä mitataan hengitystaajuutta, veren happisaturaatiota, tarvetta lisähappeen, kehon lämpötilaa, systolista verenpainetta, syketaajuutta sekä potilaan tajunnan tasoa. Tarkoituksena on ollut luoda mahdollisimman yksinkertainen ja selkeä malli potilaan hoidon tarpeen tai voinnin arviointiin. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa henkilökuntaa ohjeistetaan ottamaan yhteys osastolääkäriin, mikäli potilaan kokonaispisteet ylittävät 5 tai mikäli yksittäisen elintoiminnon pisteet ovat 3. Mikäli potilaan NEWS-pisteet ylittävät 7, tulee ensihoitoryhmä hälyttää paikalle välittömästi. (Tirkkonen 2015, 454–456.)

National Early Warning Score (NEWS)\*

PHYSIOLOGICAL PARAMETERS	3	2	1	0	1	2	3
Respiration Rate	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Oxygen Saturations	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Temperature	≤35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥39.1	
Systolic BP	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Heart Rate	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Level of Consciousness				A			V, P, or U

\*The NEWS initiative flowed from the Royal College of Physicians' NEWS Development and Implementation Group (NEWSDIG) report, and was jointly developed and funded in collaboration with the Royal College of Physicians, Royal College of Nursing, National Outreach Forum and NHS Training for Innovation

Please see next page for explanatory text about this chart.



© Royal College of Physicians 2012

KUVA 1. Taulukko NEWS-pisteytykseen käyttöön hoitajille (University of York 2012.)

Yorkin yliopisto Englannissa on antanut hoitajilleen selkeät ohjeet NEWS-pisteiden käyttöön hoitotyössä (kuva 1). 0 pistettä saaneen potilaan terveydentilaa on tarkkailtava vähintään 12 tunnin välein. 1–4 pistettä saaneen potilaan tarkkailu tulee tapahtua vähintään neljän tai kuuden tunnin välein. Yli 5 NEWS-pistettä saanut potilas edellyttää tarkkailua ja seurantaa vähintään tunnin välein. Mitä suurempi NEWS-pistemäärä on, sitä suurempi on potilaan hoidon ja tarkkailun tarve. (University of York 2012.)

## 2.5 Muita hoidon tarpeen luokituksia

Suomessa käytetyt hoidon tarpeen arvioinnin luokitukset perustuvat yleisimmin triagen ABCDE-luokitteluun, mutta esimerkiksi Ruotsissa hoidon tarvetta arvioidaan yleisesti käyttäen METTS- ja ADAPT-luokituksia. METTS on lyhenne sanoista *Medical Emergency Triage and Treatment System*. METTS:n näkemys on, että hoidossa pelkästään kiireellisyyden arviointi ei riitä, vaan toiminnan tehostamisen edellytyksiä ovat myös uudenlaiset työskentelytavat sekä toimintaprosessit.

METTS:ssä määritellään hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi myös se, kuka ja missä potilasta päivystyksikössä hoidetaan. METTS -hoidon tarpeen arviointi perustuu eri hoitopolkuihin, joille vastaanotettava sairaanhoitaja ohjaa potilaat ilmoittautumisen yhteydessä. Vähemmän kiireiset potilaat ohjataan erityiselle "Tutki ja hoida" -polulle, ja kiireelliset tapaukset jatkavat triage-tiimin arvioon (kokenut lääkäri ja sairaanhoitaja -työpari) ja siitä edelleen eri hoitopoluille oireiden ja kiireellisyyden mukaan. (Finohta 2011, 2.)

ADAPT (*Adaptivt processtriage*) on kehitetty METTS:n pohjalta. ADAPT-arviointi perustuu peruselintoimintojen mittauksien tuloksiin, vitaalianamneesiin ja hoidon prosessiin. ADAPT-hoidon tarpeen

arvioinnissa käytetään valmiiksi luetteloituja hoitoon hakeutumisen syitä, jotka selviävät kysymyksillä, joihin vastaamalla potilaan hoidon tarve ja kiireellisyys selvitetään. Myös ADAPT-järjestelmä sisältää erilaisia valmiita hoitopolkuja, mutta METTS:n verrattuna lisänä on ”violetti polku”, jolloin potilas voidaan siirtää suoraan erikoissairaanhoidon yksikköön. Näin menetellään esimerkiksi aivo-  
halvauspotilaiden kohdalla. (Finohta 2011, 3.)

## 2.6 Hoidon tarpeen arviointi Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella

Raahessa toimii ympärivuorokautinen päivystys sekä perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotto. Hyvinvointikuntayhtymä tarjoaa myös tietyillä aloilla erikoissairaanhoidoa, jonne potilaat ohjautuvat lääkärin läheteiden kautta. Hoidon tarpeen arviointi Raahen terveysasemalla jakaantuu vastaanoton ajanvaraukseen, sairaanhoitajan vastaanottoon ja päivystyksen toimintaan. (Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä 2017.)

Raahen alueen terveysasemilla hoidon tarpeen arviointi päivystyksessä perustuu pääosin hoitajan tekemään triage-luokitukseen. Lisäksi hyvinvointikuntayhtymän alueen hoitajilla on käytössään yksikön omat kirjalliset ohjeet hoidon tarpeen arviointiin. Ohjeistuksessa on eritelty tarkemmin muun muassa, mitkä ovat erikoissairaanhoidon lähettämisen indikaatioita potilaassa (triage) ja minkä kunnat hoidetaan Raahessa. Hyvinvointikuntayhtymän ohjeistuksessa on eritelty myös minkä ajan kuluessa potilas tulee ottaa vastaan, jotta hoitotakuu ja hoitosuositukset täyttyvät. Hoitajilta saadun tiedon mukaan hoidon tarpeen arviointi perustuu suurimmalta osin hoitajan kokemukseen ja ammattitaitoon. (Karppinen 2016-05-04.)

## 2.7 Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta ja sähköiset terveystalvet

Puhelinneuvonta on nykypäivänä merkittävä hoidon tarpeen arvioinnin väline. Puhelinneuvonnassa annetaan yleisimmin ohjeita potilaan hoitoon kotona, välitetään laboratoriotutkimusten tuloksia sekä muun muassa arvioidaan hoidon tarpeen kiireellisyttä. Puhelinneuvonta parantaa terveystalvet saatuutta ja nopeuttaa asiakkaan saamaa hoidon tarpeen arviointia. Puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi myös vähentää turhia vastaanottokäyntejä, jolloin vältytään päivystyksen tai vastaanoton ruuhkautumiselta. (Pellikka 2013b, 857.)

Puhelinneuvonnassa korostuvat hoitajan ammattitaito, täsmällisyys ja intuitio. Hoitajan tehtävä on ohjata asiakasta oikeaan terveydenhuollon yksikköön, mikäli potilaan terveydentila näin vaatii. Mikäli potilaan oireet eivät edellytä käyntiä terveydenhuollon yksikössä, hoitaja antaa potilaalle ohjauksen kotiin ja kertoo, minkälaiset oireet edellyttävät yhteydenottoa päivystykseen. Puhelinneuvonta voi olla haastavaa ja vaatii vahvaa ammattitaitoa hoitajalta. (Pellikka 2013b, 857.)

Hoitajan on varmistettava potilaan henkilöllisyys ja selvitettävä potilaan oireita ja terveydentilaa näkemättä potilasta. Potilas voi puhelun aikana myös liioitella tai vääristää oireitaan, jotta pääsisi hoitoon nopeammin. Tällaisissa tilanteissa on täsmällinen ja perusteellinen kirjaaminen avainasemassa,

jottei päivystys ruuhkautuisi liikaa tai potilasturvallisuus vaarantuisi. On huomioitava, että palvelutapahtumasta tulee aina näkyä merkintä potilaskertomuksessa. (Castren ym. 2009, 65.)

Sähköisten palveluiden käyttö terveydenhuollossa on lisääntynyt huomattavasti. Sähköisillä palveluilla haetaan tehokkuutta ja tuottavuutta terveydenhuollossa. Tavoitteena on myös edistää kansalaisten terveyttä. Sähköisten terveystietopalveluiden tarkoituksena on, että terveydenhuollon sähköiset palvelut olisivat samalla viivalla yhteiskunnan muiden sähköisten palvelujen kanssa. (Reponen 2015). Myös sähköisten palveluiden kautta potilaan hoidon tarvetta voidaan arvioida ja potilaalla on mahdollisuus muun muassa tarkastella omia terveystietojaan sekä esittää omaa terveyttään koskevia kysymyksiä terveydenhuollon ammattihenkilöille. Raahen alueen sähköiset terveystietopalvelut hoituvat Nettirassin kautta, joka on hyvinvointikuntayhtymän sähköinen palvelukanava. (Nettirassi 2016.)

## 2.8 Tutkimustietoa hoidon tarpeen arvioinnista

Tutkimustietoa hoidon tarpeen arvioinnista sekä kirjaamisesta löytyy runsaasti. Hilama sekä Lanttuinen (2013) ovat omassa opinnäytetyössään yhdistäneet määrällisen sekä laadullisen tutkimuksen. He tutkivat hoitajien ammattitaitovaatimuksia, joita tarvitaan puhelimesta tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa. Heidän tutkimuksessaan selvisi, että hoidon tarpeen arvioinnissa sairaanhoitajilta edellytetään kykyä itsenäiseen työskentelyyn sekä muun muassa muutoksenhallinta- ja päätöksentekokykyä. Hoidon tarpeen arviointia tekevilla sairaanhoitajalla tulee myös olla vahva oman erikoisalanan tiedon hallinta sekä kyky soveltaa tietoa. Hilaman ja Lanttusen tutkimuksessa selvisi myös, että hoidon tarpeen arviointia tekevilla hoitajilla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot, tekniset taidot sekä mahdollisimman laaja-alainen kokemuspohja terveydenhuollon eri aloilta. Kirjaamisen sujuvuus sekä järjestelmien tuntemus olivat hoitajien mukaan myös tärkeitä ammattitaitovaatimuksia hoidon tarvetta arvioidessa.

Kosken, Kukkosen ja Määtän (2014, 26) opinnäytetyön mukaan hoitajan työkokemus ja intuitio ohjaavat hoidon tarpeen arviointia puhelimesta. Koska hoitajan työ on yleensä kiireistä, heillä ei ole aikaa käyttää mahdollisesti puutteellisia tai työtehtävään toimimattomia ohjeistuksia. Kosken, Kukkosen ja Määtän tutkimuksessa selvisi kuitenkin, että ohjeistukset koettiin toimiviksi, kun ne ovat yksikkökohtaisia, sähköisiä ja tarpeeksi lyhyitä.

Kansainvälisistä tutkimuksista mielestämme erittäin mielenkiintoinen on Hollannissa (2008) tehty tutkimus, jossa arvioitiin puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arviointia; sen laatua, hoitajien kommunikointia sekä raportointia. Tämän tutkimuksen tekijät halusivat myös selvittää, mikäli puhelun kestolla ja hoitajan kommunikointitaidoilla on jokin yhteys. Tutkimuksessa käytettiin tutkimusta varten koulutettuja potilaita eli TIPS (*Telephone Incognito Standardised Patientis*). Nämä koulutetut koepotilaat soittivat Hollannissa oleviin keskuksiin, joissa hoidon tarpeen arviointia tehtiin. Tutkimuksessa todettiin näiden koepotilaiden olevan hyödyllisiä, kun halutaan mitata hoidon tarpeen arvioinnin laatua sekä tunnistaa siinä ilmenevät mahdolliset riskitekijät. (Derx 2008.)

Kuitikan (2016) opinnäytetyön aihe oli National Early Warning Score eli NEWS osana triage-prosessia. Kuitikan opinnäytetyö on konstruktivinen tutkimus, jossa NEWS-pisteytys otettiin osaksi Triageprosessia Mikkelin yhteispäivystyksessä. Hänen tutkimuksestaan kävi ilmi, että NEWS koettiin hyödylliseksi työvälineeksi hoitajien arvioidessa potilaiden vointia sekä hoidon tarvetta. Kuitikka korostaa kuitenkin, että potilaan vointia tulee arvioida kokonaisuutena, eikä ainoastaan yhteen hoidon tarpeen arvioinnin mittariin tule luottaa liikaa. Kyseisessä tutkimuskohteessa NEWS-pisteytys lisättiin myös valvontamonitoreiden näyttöön, joihin osa NEWS-pisteistä päivittyi automaattisesti monitorimittausten perusteella. (Kuitikka 2016, 40–45.)

Tyyskä (2012) tutki omassa pro gradu- tutkielmassaan tiedonhallintaa terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Hän kartoitti laadullisessa tutkimuksessaan, mistä ja miten hoidon tarpeen arviota tekevät hoitajat hakevat työssään tarvitsemaansa tietoa. Tyyskän tutkimuksesta selvisi, että puhelinkontaktin aikana hoidon tarpeen arviota tehdessään hoitajat käyttivät eniten omaan kokemukseensa perustuvaa tietoa. Sähköisesti tietoa hankittiin potilasasiakirjoista sekä yleisimmin Terveysportista, esimerkiksi Duodecim-lääketietokannasta sekä SFINX-lääkeinteraktiot-osiosta. Sairaanhoidajan sekä lääkärin tietokantoja käytettiin myös usein hoidon tarvetta arvioidessa sekä tietoa haettaessa. Useat hoitajat myös konsultoivat kollegoitaan tai lääkäreitä. (Tyyskä 2012, 47–58.)

Aalto ja Leino (2008, 24) selvittivät omassa opinnäytetyössään hoitajien kokemuksia triage-luokittelusta. Pääosin triagen koettiin tuovan turvallisuutta ja luovan selkeät ohjeet sille, miten hoitaja toimii päivystyksessä potilaiden hoidon tarvetta arvioidessaan. Haasteita hoidon tarpeen arvioinnille hoitajien näkökulmasta olivat muun muassa päivystävien lääkärin suuri vaihtuvuus ja tietämättömyys hoitokäytännöistä sekä hidas vastaanottonopeus. Myös triage-luokitteluun sitoutumattomuus koettiin haasteeksi Aallon ja Leinin tutkimuksessa.

### 3 KIRJAAMINEN

Tässä luvussa käsitellään kirjaamista sääteleviä lakeja ja asetuksia. Pyrimme tuomaan esille keskeisimmät kirjaamiseen liittyvät asiat. Käsittelemme myös rakenteista kirjaamista ja onnistunutta kirjaamista.

#### 3.1 Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset

Kirjaamista säätelevät useat lait, joilla pyritään turvaamaan hoitohenkilökunnan ja potilaan turvallisuus. Pääasiassa kirjaamista ohjaavat seuraavat lait: laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, henkilötietolaki 523/1999, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999 ja sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. (Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen 2010, 18.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 oikeuttaa potilasta saamaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään ei saa loukata. Potilasasiakirjoja ei saa luovuttaa sivullisille ilman potilaan kirjallista suostumusta. Jos potilas ei pysty itse arvioimaan mahdollista suostumusta, sen voi tehdä laillinen edustaja. Salassapitovelvollisuus säilyy myös hoitosuhteen tai palvelusuhteen päättymisen jälkeen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaan tiedot, jotka koskevat hänen terveydentilaansa, sairauttaan, vammaisuuttaan tai häneen kohdistuvat hoitotoimenpiteet luokitellaan arkaluonteisiksi tiedoiksi, joita ei saa käsitellä. Momentissa 12 määritellään kuitenkin poikkeustilanteet, jolloin tietoja voidaan käsitellä. Terveydenhuollon toimintayksikkö tai ammattihenkilö voi käsitellä tietoja, jos ne ovat hoidon kannalta välttämättömiä tietoa. Tietoja tulee käsitellä huolellisesti ja noudattaa hyvää tietojenkäsittelytapaa. (Henkilötietolaki 523/1999.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittelee, keitä milläkin nimekkeellä tarkoitetaan ja turvaa heille riittävän koulutuksen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta määrittelee asiakirjojen salassapitoa ja julkiseksi julistamista (Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 erittelee tarkemmin potilasasiakirjoihin liittyvät säännökset. Asiakirjoihin tulee merkitä riittävät tiedot potilaan taudista, valitusta hoidosta ja tehtyjen hoitopäätösten perusteista. Eri tutkimus- ja hoitomenetelmien ratkaisut täytyy myös perustellen kirjata. Kirjauksista tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu ja onko hoidon aikana ilmennyt erityistä esimerkiksi komplikaatioita hoidossa. Kaikki henkilökunnan määräykset, lausunnot ja todistukset tulee merkitä potilasasiakirjoihin ajanmukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

### 3.2 Rakenteinen kirjaaminen

Tapaamisessamme työn tilaajan kanssa selvisi, että hyvinvointikuntayhtymän alueen hoitajat kirjaavat käyttäen Effica-potilastietojärjestelmää. Vastaanotoilla työskentelevät hoitajat kirjaavat pääasiassa HOI-lehdelle (hoitotyön välilehdelle). Päivystyksessä työskentelevät hoitajat kirjaavat HOI-lehdelle sekä EA-HOI-kaavakkeelle (Ensiavun hoitotyö-kaavake). Selkeitä ja yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä ei ole. (Karppinen 2016-05-04.)

Kansallinen kirjaamismalli pohjautuu sähköiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen. Perustana on FinCC-luokituskokonaisuus (*Finnish Care Classification*), joka on luotu Virginia Sabanin kehittämästä kirjaamismallista. FinCC-luokituskokonaisuus muodostuu SHTal-tarveluokituksesta (Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta), SHTol-toimintoluokituksesta (Suomalaisesta hoidon toimintoluokituksesta) ja SHTul-tulosluokituksesta (Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta). Tarve- ja toimintoluokituksessa on kolme tasoa, jotka ovat komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tulosluokassa ovat tasot ”Parantunut”, ”Ennallaan” tai ”Huonontunut”. Näiden luokitusten avulla syntyy rakenteista kirjaamista. (Iivanainen ja Syväoja 2012, 15.)

Jokaisesta potilaasta tulee kirjata tarpeelliset ja riittävät tiedot hänen terveydentilastaan ja sairauden hoidostaan. Kirjaamisessa hyödynnetään valtakunnallisesti sovittuja rakenteita, joilla pyritään yhtenäistämään kirjaaminen. Yhtenäisten rakenteiden avulla potilasasiakirjat voidaan siirtää Kantaan eli sähköiseen potilastietoarkistoon. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs ja Vuokko 2015, 13.)

Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan yhtenäisiä koodistoja, luokituksia, termejä ja samoja otsikoita ja näkymiä. Se helpottaa vapaamuotoiseen tekstiin verrattuna kirjaamista, hakua ja hoidon seuranta. Tietoa voidaan etsiä nopeammin esimerkiksi tietyllä otsikolla, kun vapaamuotoisesta tekstistä asiasanaa pitäisi etsiä kappaleista. Vapaamuotoista tekstiä käytetään täydentämään rakenteista kirjausta. Tekstejä voidaan myös rakenteiden avulla hyödyntää toisessa organisaatiossa riippumatta siitä, missä teksti on tuotettu. Tekstejä voidaan hyödyntää potilaan hoidossa sekä organisaatiossa tutkimalla hoidon laatua. (Virkkunen ym. 2015, 15, 25.)

Rakenteinen kirjaaminen parantaa potilasturvallisuutta. Rakenteita noudattamalla noudatetaan myös hoitomallia ja hoitoprosessia. Kirjaamisen avulla potilaan aikaisemmat tiedot ovat käytettävissä selkeästi ja henkilökunta tietää, mistä mikäkin kirjaus löytyy. Sähköisten potilastietojärjestelmien oikeusturva on myös parempi kuin paperisten, koska niiden käyttöä valvotaan. (Virkkunen ym. 2015, 15–16.)

Keskeisimmät hoidolliset tiedot on koottu omiksi asiakokonaisuuksiksi. Tämä selkeyttää järjestelmän käyttöä ja tietoa on helppo hyödyntää. Esimerkiksi potilaan lääkitys on helppo tarkistaa joka asiointikerralla. Muita omia asiakokonaisuuksia ovat diagnoosit, riskitiedot, toimenpiteet, tutkimukset ja terveys- ja hoitosuunnitelma. Asiakokonaisuudet näkyvät järjestelmissä omina näkyminä. Organisaati-



tiossa voi olla käytössä myös omia näkymiä, jotka tulee kuitenkin linkittää valtakunnallisesti sovit-  
tuun näkymään. Vasta tämän jälkeen tieto pystyy siirtymään valtakunnalliseen potilastietoarkistoon.  
(Virkkunen ym. 2015, 16, 28.)

### 3.3 Onnistunut kirjaaminen

Potilaan hoitosuhde alkaa usein hoidon tarpeen arvioinnilla ja etenee suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hoitajan velvollisuus on kirjata potilaskertomukseen hoidon tarve ja voimavarat. Tarpeeksi voidaan määritellä esimerkiksi diagnoosi, joka määrittää potilaan tarpeen. Tämän tiedon perusteella edetään muihin hoitotyön toimintoihin. Kirjaamisen on oltava kattavaa ja yksilöllistä, jotta voidaan toteuttaa potilaan tarpeiden mukaista hoitoa. Potilasta voi hoitaa moniammatillinen tiimi ja kirjauksista täytyy löytyä oleellimmat tiedot hoidon tarpeesta. (Ahonen, Ikonen ja Koivukoski 2014.)

Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportissa suositellaan käytettäväksi rakenteista kirjaamista. Luokituksia käytetään niin pitkälle kuin voidaan. Ne antavat tarkan terminologian ja käsitteen kirjattavalle asialle. Vapaata tekstiä suositellaan käytettäväksi, mutta vain siihen varatulle kohdalle. Mallipohjat yhdenmukaistavat ja yksinkertaistavat kirjaamista. Ne tukevat potilaan kokonaisuhoitoa. Mallipohjaan on laadittu valmiiksi hoitosuunnitelma, mitä hyödynnetään potilaan hoidossa ja arvioinnin kirjaamisessa. Näin kirjauksista tulee yhtenäisempiä ja niiden käytettävyys paranee. Mallipohjat on laadittu eri ympäristöihin ja käyttötilanteisiin; esimerkiksi kipupotilaalle tai syöpäpotilaalle löytyvät omat mallit. Pohjan avulla voidaan keskittyä kirjaamaan oleellisia asioita. Mallipohjan soveltuvuutta on kuitenkin arvioitava jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. (Nykänen ja Junttila 2012, 23, 26.)

Henkilökuntaa tulee kouluttaa riittävästi muuttuneiden kirjaamiskäytäntöjen mukaan. Kirjaamiskäytännöt tulevat käyttöön opetuksen ja käytännön kirjaamisen kautta. On tärkeää, että opetetaan kansallisesti yhtenäisiä käytäntöjä ja terminologiaa. Kirjaamiskäytäntöjä kehittäessä myös verkko-oppimisympäristö voi olla toimiva opiskelun tukena, koska se tukee henkilökuntaa itseopiskeluun. Potilastietojen kirjaaminen rakenteisesti parantaa tiedon yhtenäisyyttä, minkä merkitys korostuu valtakunnallisissa tietojärjestelmissä. Yhteisesti sovittujen kirjaamiskäytäntöjen noudattaminen edistää hoidon jatkuvuutta ja koko hoitoprosessin kulkua. Tällä on suora yhteys potilaan hyvään hoitoon. (Nykänen ja Junttila 2012, 29; THL 2015.)

Onnistuneessa kirjauksessa on selkeästi esitetty potilaan tulosy ja esitiedot. Arvioinnissa korostuu potilaan ja hoitajan onnistunut vuorovaikutus ja yhteisymmärrys. Kirjauksessa on tärkeää tuoda esille myös havainnot ja todetut ongelmat. Jos potilaan tilaa ei jostain syystä voida arvioida, sekin täytyy kirjata potilastietoihin. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen kuuluu myös kirjata hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta, hoidon kulku ja loppulausunto. (Pellikka 2013a, 854.)

### 3.4 Tutkimustietoa kirjaamisesta

North ym. (2016, 14–20) selvittivät tutkimuksessaan, miten triage-hoitajille suunnattu sähköinen sovellus auttaa hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisessa. ExpertRN-nimiseen sähköiseen triage-sovellukseen on ladattuna erilaisia algoritmeja, jotka avautuvat potilaan erilaisten oireiden mukaan ja ohjaavat hoitajaa muun muassa kysymään potilaalta eriteltyjä, oireidenmukaisia kysymyksiä. Ohjelma auttaa hoitajaa arvioimaan potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyttä. Kyseinen sovellus pisteyttää hoitajan kirjaamien tietojen mukaan potilaan hoidon kiireellisyyttä ja näin helpottaa ja selkeyttää hoitajan tekemää triagea. Tämän tutkimuksen mukaan kirjaamiskäytännöt paranivat ja selkiytyivät, kun sovellusta käytettiin kirjaamisen tukena. Myös potilasturvallisuuden todettiin kohonneen sovellusta käytettäessä. Tutkimuksessa huomioitiin myös, kuinka tärkeää hoitohenkilökunnan on huomioida oikeaoppinen kirjaaminen, kun potilaasta kirjatut tiedot ovat yhä useammin myös itse potilaalle nähtävissä. (North ym. 2016, 14–20.)

Laitio (2016) tutki opinnäytetyössään hoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta. Vaikkakin hänen tutkimuksessaan selvisi, että rakenteinen kirjaaminen vaatii hoitajilta hieman enemmän aikaa, ei kirjaamisen laatu ole hänen tutkimuksensa mukaan kuitenkaan huonontunut. Laition työssä nousi esille myös koulutuksen tarpeellisuus, kun rakenteista kirjaamismallia otetaan käyttöön. Laito suositeli opinnäytetyössään säännöllistä henkilökunnan koulutusta sekä yhteisten kirjaamiskäytäntöjen luomista.

Hakanen ja Välikallio (2013, 39) olivat opinnäytetyössään tutkineet rakenteista kirjaamista. He selvensivät rakenteisen kirjaamisen mallia antamalla käytännön esimerkkejä kirjaamisesta käyttäen rakenteista kirjaamistapaa. Heidän tavoitteena oli antaa hoitajille mahdollisimman käytännönläheisiä esimerkkejä, jotta uuden kirjaamistavan omaksuminen ja käyttöönotto olisi mahdollisimman yksinkertaista.

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia hoidon tarpeen arviointia ja sen kirjaamista ajankohtaisen kirjallisuuden avulla, minkä jälkeen teimme kyselytutkimuksen Raahen alueen lääkärinvastaanoitoilla sekä päivystyksessä työskenteleville hoitajille.

Tavoitteena oli antaa teoretiedon ja kyselytutkimuksen pohjalta palautetta opinnäytetyön tilaajalle hoitajien kirjaamisesta ja hoidon tarpeen arvioinnista. Tavoitteena oli myös antaa työn tilaajalle tietoa siitä, miten hoidon tarpeen arviointia ja sen kirjaamista voidaan tulevaisuudessa hyvinvointikuntayhtymän alueella kehittää. Hoidon tarpeen arviointi on olennainen osa vastaanoton ja päivystyksen hoitajien työtä. Heidän ammattitaitoaan kartoittamalla voitiin tunnistaa mahdolliset puutteet tai riskitekijät hoidon tarpeen arvioinnissa. Yhtenäiset käytännöt triage-luokittelussa sekä hoidon tarpeen arvioinnissa helpottavat hoitajien päätöksentekoa sekä mahdollisesti myös nopeuttavat potilaiden hoitoon pääsyä. Oikein toteutettu hoidon tarpeen arviointi myös vapauttaa resursseja kiireellisten potilaiden hoitoon, kun kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat ohjataan yhtenäisesti oikeille hoitopuolueille.

Kirjaamiskäytäntöjä kartoittamalla opinnäytetyön tilaaja voi yhdenmukaistaa sekä selkeyttää hoitajien kirjaamista, jolloin myös potilasturvallisuus lisääntyy. Oma tavoitteemme oli sisäistää opinnäytetyöprosessin edetessä, mitä on hyvä hoidon tarpeen arviointi ja miten sitä toteutetaan.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Mitä on hyvä hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen?
2. Miten hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen hoitajan näkökulmasta toteutuvat Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella?
3. Millä tavalla hoidon tarpeen arviointia ja sen kirjaamista voidaan alueella kehittää?

## 5 KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aihe tuli työn tilaajalta eli Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymältä. Henkilökunnan kanssa käymämme keskustelun ja tutkimustyömme perusteella päätimme tutkia hoidon tarpeen arviointia sekä kirjaamista Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella. Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivisen lähestymistavan, koska tutkittavasta aiheesta on saatavilla riittävästi tutkittua tietoa, joka on yksi edellytys määrälliselle tutkimukselle. Mielestämme tutkimusotanta on riittävän suuri, jotta pystymme määrällisellä tutkimuksella selvittämään ja käsittelemään olemassa olevia tilanteita, eli tutkimusongelmia.

### 5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä perustuu mittaamiseen, jonka tuloksena syntyy havaintoaineisto, jossa on lukuarvoja. Tuloksena saatuja arvoja analysoidaan tilastollisin analyysimenetelmin. (Vilpas, 2015.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitellään muuttujia, jotka voivat olla joko riippumattomia (esimerkiksi vastaajien taustatiedot) tai riippuvia (esimerkiksi vastaajan tyytyväisyys saatuun palveluun). Väliin tulevat muuttujat ovat muuttujia, joissa tarkastelun kohteena on kaksi lähtöasetelmaa. Esimerkkinä sydänsairauteen sairastunut potilas, jonka perhetaustasta löytyy sepelvaltimotautiin sairastuneita sukulaisia. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 54.) Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus perustuu teorioihin sekä hypoteeseihin, eli selityksille ilmiöistä, joita voidaan mitata tieteellisesti (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2010, 140).

Teimme poikittaistutkimuksen päivystyksessä sekä vastaanotolla työskenteleville hoitajille. Kyselytutkimus tehtiin sähköisesti sähköpostin välityksellä. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä sopi opinnäytetyöhömme, koska tarkoituksemme oli saada tietoa hoitajien kokemuksista hoidon tarpeen arvioinnista sekä kirjaamisesta. Sen avulla voitiin ryhmitellä ja luokitella vastauksia monin eri tavoin. Tutkimuksessa kerättiin teoretietoa hoidon tarpeen arvioinnista ja kirjaamisesta, suoritettiin survey-kysely teoretiedon ja tilaajan antamien kehittämistarpeiden perusteella. Tutkimuksen pohjalta saama tieto analysoitiin, minkä jälkeen tehtiin yhteenveto teoretietoon viitaten mahdollista kehitystarpeista ja -mahdollisuuksista tilaajalle. Otanta oli laaja, joten laadullinen tutkimusmenetelmä ei tässä tapauksessa ollut mielestämme paras vaihtoehto. (Heikkilä 2014 15–16; katso Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 58, 72.)

### 5.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston kerääminen

Ennen kyselytutkimuksen lähettämistä selvitettiin teoretiedon avulla, mitä tarkoittaa hoidon tarpeen arviointi ja miten sitä kirjataan. Lähteinä käytettiin ajankohtaisia ja luotettavia tutkimuksia, oppaita ja oppikirjoja. Tiedonhakuja tehtiin myös sähköisesti käyttäen muun muassa PubMed-, Medic- sekä CINAHL-tietokantoja. Hakusanoja olivat esimerkiksi "triage", "hoidon tarpeen arviointi" ja "rakenteinen kirjaaminen". Perehdyimme myös hoidon tarpeen arviointia ja kirjausta sääteleviin lakeihin ja määräyksiin. Opinnäytetyössä tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä tutkimuskyselyllä, jonka laadimme tutkimusongelmien pohjalta.

Kyselylomakkeen voi tehdä suljetuilla tai avoimilla kysymyksillä. Suljetuissa kysymyksissä annetaan vaihtoehdot ja avoimiin kysymyksiin voi vastaaja vastata vapaavalintaisesti. Suljettuja kysymyksiä on helpompi käsitellä kuin avoimia. Toisinaan taas vastausvaihtoehtoja voi olla liikaa tai niitä on vaikeita määritellä. Tällöin on luontevaa käyttää avoimia kysymyksiä. Suljetut kysymykset voidaan jaotella kolmeen päätyyppiin. Luokittelussa vastaajalle annetaan vaihtoehdot, joista valitaan yksi tai sovitusti useampi vastausvaihtoehto. Järjestäminen tarkoittaa sitä, että vastaaja laittaa vastausvaihtoehdot haluamaansa järjestykseen. Mittaamisessa vastaaja antaa numeraalisen vastauksen kysymykseen, jonka muoto vaihtelee analysoitavan tiedon mukaan. Kyselylomakkeessa käytettiin pääasiassa suljettuja kysymyksiä. Suljettujen kysymysten avulla rajattiin vastaukset liittymään juuri hoidon tarpeen arviointiin ja kirjaukseen. Avoimia kysymyksiä kysyttiin muutamia, jotta vastaajat pääsivät vapaasti kertomaan kehittämisideoitaan. Kysymykset olivat luokittelevia tai mittaavia. (Katso Vehkalahti 2014, 24–25, 27–34.)

Kyselytutkimuksen mittarin (liite 1) laadimme itse kyselylomakkeen muodossa. Se pohjautuu tutki-  
maamme teorian tietoon, tutkimusongelmiin sekä tutkimusasetelmaan. Kyselylomakkeista saadun tie-  
don avulla pystyimme antamaan työn tilaajalle palautetta siitä, miten hoidon tarpeen arviointi ja sen  
kirjaaminen toteutuvat ja miten niitä voidaan Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella ke-  
hittää. Olemme muodostaneet kokonaisuuksia, jotta selviää, millä kysymyksellä haetaan vastausta  
mihinkin tutkimuskysymykseen (taulukko 1). Kysymykset ovat luettavissa kokonaisuudessaan liit-  
teestä 1.

TAULUKKO 1. Kyselylomakkeessa olleet kysymykset luokiteltuna sen mukaan, millä kysymyksillä  
haimme vastauksia tutkimusongelmiimme

Kyselylomakkeen kysymykset	
Taustatiedot	1, 2, 3
Mitä on hyvä hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen?	6, 7, 11, 12
Miten hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen toteutuvat Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella?	4, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16
Millä tavalla hoidon tarpeen arviointia ja sen kirjaamista voidaan kehittää?	17, 18, 19

Laatimamme kyselylomake esitettiin luokkamme sairaanhoitajaopiskelijoilla. Esitestaus lähetettiin sähköpostilla opiskelijoille 5.12.2016 ja kysely oli auki viisi päivää. Opiskelijoilla oli riittävä tietope-  
rusta ja työharjoitteluiden kautta käytännön kokemusta hoidon tarpeen arvioinnista ja sen kirjaami-  
sesta. Esitestauksen avulla saatiin tietoa kyselyn toimivuudesta ja sen analysoimisesta. Esitestauk-  
seen vastasi 17 henkilöä 25 pyydetyistä. Esitestauksen perusteella kyselytutkimusta muutettiin hie-  
man saamamme palautteen mukaan. Kokemuskouluttaja-vaihtoehtoon laitettiin esimerkiksi työpai-  
kalla kokenut työntekijä, jotta kyselyyn vastaaja ymmärtäisi termin paremmin.

Tutkimuskohteena oli lähi- tai sairaanhoitajia. Yhteensä heitä oli 48. Työn tilaaja on Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä. Työn tilaajan toive oli valita tutkimuskohteeksi päivystyksessä ja lääkärin vastaanotoilla työskentelevät hoitajat. Lääkärin vastaanottojen hoitajat työskentelevät terveysasemilla Raahen hyvinvointikuntayhtymässä, johon kuuluvat Raahen, Vihanti, Siikajoki, Ruukki ja Pyhäjoki. Aihekuvausta tehdessä keskustelimme henkilökunnan kanssa Raahen sairaalassa. Heidän toiveensa oli saada tietoa omista hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamiskäytännöistään ja miten näitä käytäntöjä voitaisiin kehittää. He nostivat esille erilaisia heikkouksia, vahvuuksia ja kehittämistarpeita omassa työssään. Keskustelun tuloksena esille tulleet asiat huomioitiin itse kyselylomakkeen laadinnassa. Varsinainen kyselytutkimus tehtiin Webropol-ohjelmalla. Kyselyt lähetettiin vastaajille sähköpostilla, koska näin tavoitimme helposti kaikki vastaajat. Kyselyyn osallistujilla oli myös mahdollisuus osallistua kyselyyn heille sopivaan aikaan, koska useat heistä tekevät vuorotyötä.

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin 21.12.2016, minkä jälkeen tutkimuslupa haettiin Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymältä. Tutkimuslupa (liite 2) allekirjoitettiin osapuolien kesken 5.1.2017, minkä jälkeen Webropolin kautta luotiin kyselytutkimukseen linkki vastaajille. Tutkimuskysely avautui 9.1.2017 ja kysely oli auki vastaajille kahden viikon ajan. Kyselytutkimuksen linkki lähetettiin osaston yhteyshenkilölle, ja hän välitti kyselytutkimuksen linkin eteenpäin henkilökunnalle. Muistutus kyselystä lähetettiin vastaajille tutkimuksen puolesta välissä, millä pyrittiin parempaan vastausprosenttiin.

### 5.3 Aineiston käsittely, analysointi ja tulosten kuvaaminen

Kun kyselytutkimuksen vastausaika umpeutui vastaajille, pääsimme esikäsittlemään aineistoa. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin suhteessa tutkimusongelmiin ja esitettiin kyselytutkimuksen kysymyksiin. Keskeisiä käsitteitä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat havaintoyksikkö, muuttuja sekä arvo. Tutkimus oli kuvaileva ja analysointimenetelmät valittiin käytettyjen mitta-asteikkojen mukaan. (katso Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 129; Hirsijärvi ym. 2010, 221–222.) Tietoja kyselyyn täydennettiin jo vastausvaiheen aikana lähettämällä muistutusviesti kyselyn vastaajille, jotta saataisiin mahdollisimman paljon vastauksia. Aineistoa käsitellessä tarkistettiin ensin silmämääräisesti saatu materiaali, josta etsittiin mahdollisia virheitä tai puutteita vastausmateriaalissa.

Pelkällä selailulla ei pysty analysoimaan tutkimusta, joten seuraavaksi siirryttiin muuttujien tarkasteluun. Tutkimustulokset analysoitiin Webropolilla. Käytimme havaintomatriisia, jossa oli havaintoja ja muuttujia. Havaintomatriisin avulla onnistui analysoida muuttujien jakautumista, jolloin saimme kysymyksiin erilaisia luokitteluja sekä prosenttiarvoja. Prosenttiarvoilla pystyttiin näkemään, miten kyselyyn osallistuneiden vastaukset jakautuvat. Käytimme myös ristiintaulukointia, jotta nähtiin mahdolliset erot päivystyksen ja terveysaseman hoitajien välillä (katso Vehkalahti 2014, 51–55; Hirsijärvi ym. 2010, 221–222.)

Aineisto koostui pääasiassa mitatuista luvuista ja arvoista, joita analysoitiin. Tuloksia analysoitiin pääasiassa selittämiseen pyrkivän lähestymistavan mukaisesti, eli analyysissa käytettiin tilastollisia

analyyseja ja tehtiin päätelmiä niiden mukaisesti. Kyselyssä oli mahdollisuus vastata avoimiin kysymyksiin. Tietyissä monivalintakysymyksissä vastaajalla oli myös mahdollisuus antaa valmiiden vastausten lisäksi omaa vapaamuotoinen vastaus. Sanallisissa vastauksissa toistuivat samat asiat hie- man eri sanamuodossa, joten pystyimme tekemään niistä päätelmiä. Sanallisten vastauksen analysointiin otimme myös suoria lainauksia vastaajien vastauksista. (katso Hirsjärvi ym. 2010, 224.)

## 6 TULOKSET

Päivystyksessä sekä lääkärin vastaanotoilla työskentelevät hoitajat vastasivat sähköpostilla toteutettuun kyselyyn. Kyselyssä oli yhteensä 19 kysymystä ja vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Kysymykset olivat joko avoimia tai suljettuja kysymyksiä, ja aikaa kyselyyn vastaamiseen meni noin 5–10 minuuttia. Kyselyn kokonaisotanta oli 48 henkilöä. Kyselyyn vastasi yhteensä 32 henkilöä, joten vastausprosentti oli 66.

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Tyypillisin kyselyyn vastaaja työskenteli sairaanhoitajana terveysaseman lääkärinvastaanotolla ja hänellä oli 16–20 vuotta työkokemusta (taulukko 2). Terveysasemalla työskentelevillä lähes puolella oli yli 20 vuoden työkokemus. Päivystyksessä työskentelevillä työkokemus jakaantui lähes samalla tavalla. Enemmistö kyselyyn vastaajista oli sairaanhoitajia.

TAULUKKO 2. Vastaajien taustatiedot (N=32)

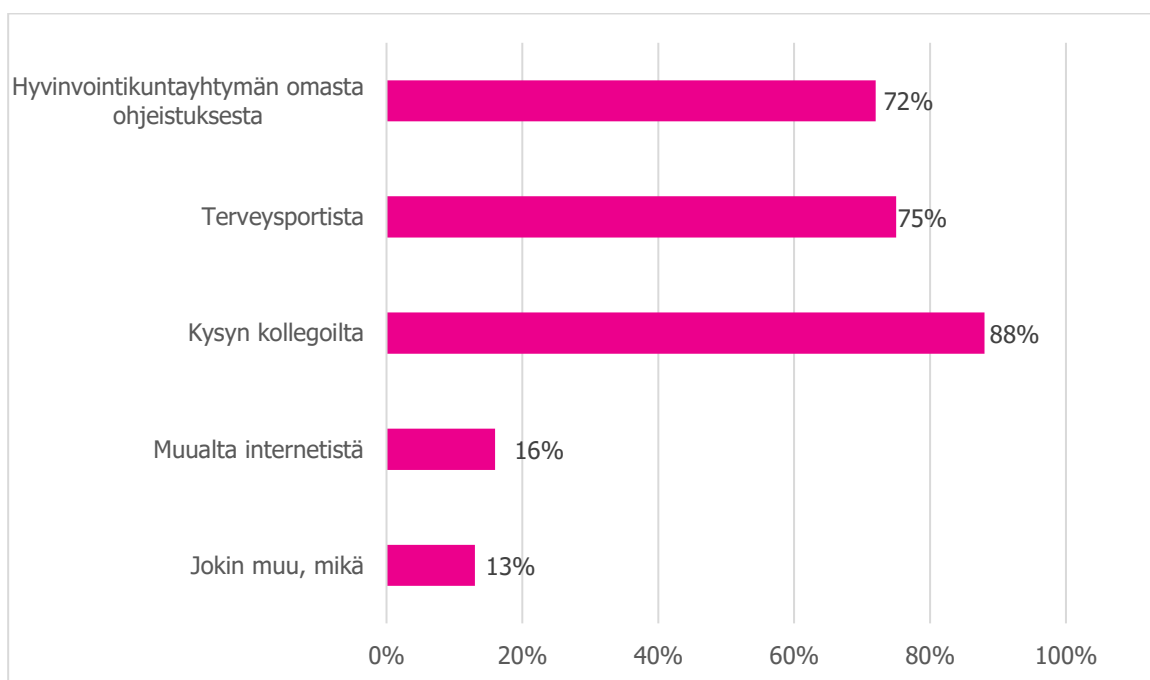
Vastaajien taustatiedot	Kokonaismäärä (%)
Työskentely-yksikkö	
Terveysasema	66 %
Päivystys	34 %
Koulutus	
Lähihoitaja	0 %
Perushoitaja	6 %
Sairaanhoitaja	91 %
Muu	3 %
Työkokemus	
1-4 vuotta	19 %
5-10 vuotta	9 %
11-15 vuotta	13 %
16-20 vuotta	50 %
yli 20	16 %

### 6.2 Onnistunut hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen

Kyselyyn vastaajista enemmistö (88 %) etsi tietoa potilaan hoidon tarpeen arviointiin kysymällä kollegoilta (kuvio1). Mistä etsit tietoa hoidon tarpeen arviointia tehdessäsi kysymykseen oli vastaajilla mahdollisuus valita myös useampi vastausvaihtoehto. Enemmistö vastaajista etsi tietoa myös hyvinvointikuntayhtymän omasta ohjeistuksesta (72 %), sekä Terveysportista (75 %). Tietoa hoidon tarpeen arviointiin ja kirjaamiseen haettiin myös muista lähteistä; useassa vastauksessa löytyivät Käypä hoito -suositukset, potilaan sairaskertomustiedot ja päivystävä lääkäri. Enemmistö vastaajista perusti



hoidon tarpeen arviointinsa omaan työkokemukseen ja ammattitaitoon (98 %). Lähes puolet vastaajista luotti hoidon tarpeen arviointia tehdessään myös hyvinvointikuntayhtymän ohjeistukseen (44 %). Yli puolet luotti myös triageen (53 %) ja työyhteisön konsultaatioon (66 %).



KUVIO 1. Hoitajien tietolähteet hoidon tarpeen arvioinnissa

Vastaajilla oli mahdollisuus kertoa avoimessa kysymyksessä mitkä ovat heidän mielestään oleellisia asioita, joita hoitajan tulisi kirjata hoidon tarpeen arviointia tehdessä. Suurella osalla vastaajista tulivat esiin samanlaiset asiat. Enemmistö vastaajista koki oleellisiksi asioiksi kirjata potilastietojärjestelmään potilaan oireet, niiden alkamisajankohdan, potilaan tämänhetkisen voinnin sekä perussairaudet. Myös hoitajan antamat kotihoito- tai jatkohoito-ohjeet olivat vastaajien mielestä oleellisia asioita hoidon tarpeen arviointia kirjatessa.

Vastaajat kuvasivat hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisen olennaisia asioita seuraavasti:

*Potilaan kuvaamat oireet mahdollisimman tarkasti, hoitajan antamat ohjeet (esimerkiksi lääkkeitä, seurannasta ja jos jää kotiseurantaan, niin milloin/millaisilla oireilla pitää ottaa uusi yhteys tai hakeutua hoitoon), päätös siitä tuleeko päivystykseen vai ei.*

*Yleisoireet, oireiden kesto ja luonne, potilaan oma kokemus ja hoitajan tutkimustulokset. Lääkärin konsultaation mahdollisuus sekä mahdollinen lääkärin konsultaatio.*

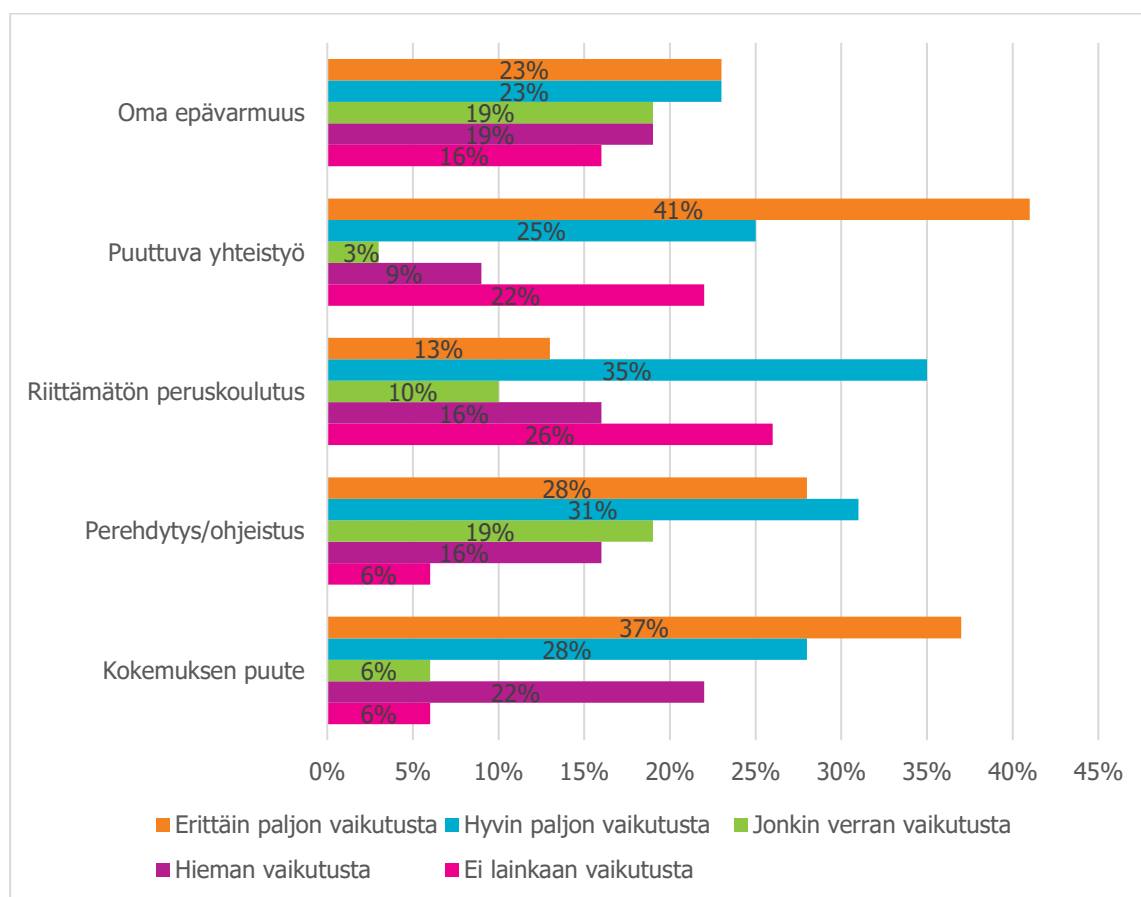
*Oireiden laatu, alkamisaika ja kesto, yleisvointi tällä hetkellä.*

Muutama vastaaja koki tarpeelliseksi kirjata myös potilaan omakohtaisen kokemuksen tilastaan ja hoitajan näkökulman potilaan tilasta. Vastaajista noin neljäsosa (26 %) vastasi kirjaavansa rakenteisen kirjaamisen mukaisesti. Enemmistö (55 %) kirjasi rakenteisen kirjaamistavan mukaisesti useimmiten. Harvoin rakenteisen kirjaamisen mukaan kirjasi viidesosa (20 %).

### 6.3 Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisen toteutuminen hoitajan näkökulmasta Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella

Enemmistö (87 %) vastaajista tiesi mikä on triage ja reilu kymmenesosa (13 %) tiesi osittain. Yli puolet (56 %) vastaajista koki itsellään olevan riittävästi kokemusta ja osaamista käyttääkseen triage-luokitusta hoidon tarpeen arviointia tehdessään. Enemmistön (56 %) mukaan koko työyhteisön ammattitaito on riittävä triagen käyttöön.

Kuviossa 2 kuvataan, kuinka paljon vastaajat kokivat kokemuksen puutteen, riittämättömän perehdytyksen ja ohjeistuksen, puuttuvan yhteistyön kollegoiden ja lääkäreiden konsultaatiomahdollisuuden ja oman epävarmuuden vaikuttavan hoidon tarpeen arviointiin. Lähes puolet vastaajista (41 %) koki puuttuvan yhteistyön vaikuttavan erittäin paljon hoidon tarpeen arviointiin. Vastaajilla oli mahdollisuus myös avoimeen vastaukseen. Kiireen ja työrauhan puutteen koettiin myös vaikuttavan hoidon tarpeen arviointiin.



KUVIO 2. Hoidon tarpeen arviointiin vaikuttavia tekijöitä hoitajien näkökulmasta

Enemmistö (91 %) vastaajista koki osaavansa kirjata hoidon tarpeen arviointia tehdessään tarpeellisen tiedon potilaasta. Melkein kymmenesosa (9 %) ei osannut sanoa. FINCC-luokitusta kirjattaessa kertoi käyttävänsä reilu kymmenesosa (13 %). Puolet vastaajista (50 %) eivät käytä luokitusta ollenkaan. Kolmasosa (38 %) ei osannut sanoa, käyttääkö kyseistä luokitusta. Enemmistö (88 %) vastaajista tiesi, mitkä potilaasta kirjatut tiedot siirtyvät Kanta-arkistoon. Loput vastaajista eivät tieneet, tai eivät osanneet sanoa.

Enemmistö (75 %) vastaajista käytti kirjaamiseen työpaikan yhteisiä kirjaamismalleja, fraaseja. Yli kymmenesosa (13 %) ei malleja käyttänyt. Loput vastaajista olivat sitä mieltä, että työpaikalla ei ole yhteisiä fraaseja tai he eivät osanneet vastata kysymykseen. Vastaajista lähes puolet (47 %) koki saavansa riittävästi koulutusta hoidon tarpeen arviointiin ja kirjaamiseen joko työnantajan kautta, itsenäisesti, tai muuta kautta. Alle puolet (44 %) vastaajista koki, ettei ole saanut riittävästi koulutusta. Lähes kymmenesosa (9 %) ei osannut vastata tähän kysymykseen.

#### 6.4 Kehittämisehdotuksia hoidon tarpeen arviointiin sekä kirjaamiseen

Enemmistö (84 %) vastaajista koki työpaikalla tapahtuvan koulutuksen edistävän hoidon tarpeen arviointia ja kirjaamista työpaikalla. Puolet vastaajista (50 %) kannatti myös työpaikan ulkopuolella tapahtuvaa koulutusta. Asiaan perehtyneen työntekijän koulutusta kannatti myös vastaajien enemmistö (59 %). Kannatusta vastaajien kesken saivat myös verkkokurssit, työpajat sekä omaehtoinen lisäkoulutus. Kyselyyn vastaajilla oli mahdollisuus valita myös useampi vastausvaihtoehto, sekä kirjoittaa vapaamuotoinen vastaus. Yksi vastaajista ehdotti, että yksiköihin tehtäisiin kirjalliset ohjeet hoidon tarpeen arvioinnista ja kirjaamisesta.

Kyselyyn osallistujilla oli mahdollisuus vastata avoimeen kysymykseen ja kertoa, millä tavalla hoidon tarpeen arviointia ja sen kirjaamista voitaisiin työyhteisössä kehittää. Vastauksia tuli yhteensä 22 kappaletta. Yhteisiä tekijöitä vastauksissa olivat henkilökunnan koulutuksen tarve sekä yhteisten kirjaamiskäytäntöjen ja fraasien luominen. Myös hoitokarttoja toivottiin. Osa vastaajista toivoi triagekoulutusta; erityisesti painotettiin yksikön sisällä tapahtuvaa koulutusta. Suuri osa vastaajista toivoi käytännön koulutusta esimerkiksi työpajoissa, joissa kokeneempi hoitaja tai lääkäri kouluttaa muita. Koulutusta toivottiin säännöllisemmäksi ja esille nousivat myös yhteiset toimintamallit ja säännöt.

Muita kommentteja, ehdotuksia, ideoita hoidon tarpeen arviointiin ja sen kirjaamiseen tuli 12 vastaajalta. Kyselyllä saatuja hoitohenkilökunnan ehdotuksia olivat esimerkiksi fraasien suunnittelu ja kehittäminen sekä resurssien lisääminen. Kehittämisideoiksi esitettiin myös kokemuksen kautta oppimista sekä hoitajien rohkeuden lisäämistä. Vastaajat toivoivat myös keskustelutuokioiden mahdollisuutta pienissä ryhmissä. Myös epidemian alkaessa tietyn taudinkuvan ja hoito-ohjeiden kertaus koettiin tärkeäksi.

Hoitajien mielipiteitä hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseen työyhteisössä:

*Triage-luokituksen päivitys ja sen tuominen uudelleen kaikkien tietoon. Vastaanotolla huomaa sen unohtuneen monelta.*

*Kokemus on se, joka tuo varmuutta tarpeen arviointiin. Eniten hyödyttäisi työpaikan sisäinen koulutus, ei niinkään ulkopuolisten ohjeistukset. Yksiköissä triagen läpikäynti, case-työpajat pystyyn ja yhdessä miettimään mikä on oleellista. Konkreettista, työtehtävien lähelle tulevaa opastusta ja tuke- mista.*

*Yhteneväiset linjaukset erityisesti tavallisimpien hoitoon hakeutumisen tapauksissa (esimerkiksi flunssapotilaat). Kuntayhtymältä selkeät ohjeet, joita noudatetaan, jolloin voitaisiin mahdollisesti välttää turhia lääkärikäyntejä.*

*Kertaus olisi paikallaan; mihin erityisesti pitäisi kiinnittää huomiota. Varsinaista arviointikoulutusta ei ole ollut kertaakaan, kokemuksen myötä hankittua tietotaitoa vain.*

## 6.5 Eroavaisuudet terveysasemalla työskentelevien ja päivystyksen hoitajien vastauksien välillä

Vertailimme päivystyksessä ja terveysasemalla työskentelevien hoitajien vastauksia keskenään. Pääsääntöisesti vastaukset olivat hyvin samantyyppisiä, mutta eroavaisuuksiakin löytyi. Päivystyksessä työskentelevistä kaikki tiesivät mikä on triage, terveysasemalla lääkärintaustalla työskentelevistä enemmistö (80 %) tiesi ja viidesosa (20 %) tiesi osittain. Oletamme, että tästä johtuen alle puolet (43 %) terveysasemien lääkärintaustalla työskentelevistä koki heidän ammattitaitonsa olevan riittävällä tasolla käyttämään triage-luokitusta. Päivystyksessä työskentelevistä enemmistö (82 %) koki osaamisensa olevan riittävällä tasolla triage-luokittelun käyttöön. Kaikista kyselyyn vastanneista enemmistö (56 %) koki osaamisen olevan riittävällä tasolla triagen käytössä.

Eroavaisuuksia työyksiköiden välillä löytyi muun muassa siitä, mihin vastaajat perustivat oman hoidon tarpeen arviointinsa. Päivystyksessä enemmistö käytti hyvinvointikuntayhtymän omaa ohjeistusta (72 %) ja triagea (82 %). Terveysasemien lääkärintaustalla niitä käytettiin vähemmän; hyvinvointikuntayhtymän ohjeistusta käytti 29 % ja triagea 38 %. Kaikista vastaajista alle puolet (44 %) käytti hyvinvointikuntayhtymän ohjeistusta, triagea hoidon tarpeen arvioinnissa käytti hieman yli puolet (53 %). Terveysasemien lääkärintaustalla työskentelevistä hoitajista puolet (52 %) koki, ettei ole saanut riittävästi koulutusta hoidon tarpeen arviointiin ja kirjaamiseen, päivystyksessä työskentelevistä hieman yli neljäsosa (27 %) koki samoin. Kaikista kyselyyn vastanneista alle puolet (44 %) koki, ettei ole saanut riittävästi koulutusta hoidon tarpeen arviointiin ja kirjaamiseen. Terveysasemien lääkärintaustalla työskentelevät hoitajat vastasivat avoimiin kysymyksiin enemmän kuin päivystyksessä työskentelevät, joten niiden vertaileminen keskenään ei ole luotettavaa.

## 7 POHDINTA

Tässä osiossa tarkastelemme laajemmassa kokonaisuudessa tutkimuksen tuloksia sekä millaisia johdopäätöksiä sekä kehittämisehdotuksia siitä voi tehdä. Pohdimme myös opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä. Omaa oppimisprosessiamme pyrimme tarkastelemaan eri näkökulmista sekä oman ammatillisen kasvun näkökulmasta.

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

THL Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2015) on laatinut kansalliset ohjeet rakenteisesta kirjaamisesta, mutta sen toteutumisen arviointi on haastavaa. Eri työyksiköissä on myös omat ohjeet ja käytännöt. Raahessa päivystys noudattaa triage-mallia hoidon tarpeen arvioinnissa sekä kansallista kirjaamismallia. Se antaa hyvän pohjan laadukkaaseen hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamiseen, mutta vapaan tekstin laadukkuutta voi olla vaikea arvioida. Vaikka rakenteisen kirjaamisen malli on olemassa, sitä ei välttämättä osata hyödyntää kirjaamisessa niin hyvin ja tehokkaasti kuin mahdollista. Hoitohenkilökunnan toiveet yhtenäisistä kirjaamismalleista sekä koulutustarpeesta tulivat selkeästi esille tutkimustuloksissamme. (THL 2015.)

Kyselytutkimuksemme perusteella hoidon tarpeen arviointia Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella tekee kokenut henkilökunta, koska suurin osa vastaajista luottaa hoidon tarpeen arviointia tehdessään omaan kokemukseensa. Hoitajien päätöksenteko hoidon tarpeen arvioinnissa perustuu vahvasti heidän omaan ammattitaitoonsa, mutta myös muita tiedon lähteitä (esimerkiksi Terveysportti ja kuntayhtymän oma ohjeistus) käytettiin runsaasti. Suurin osa vastaajista luotti myös työyhteisön (hoitajat ja lääkärit) tukeen hoidon tarvetta arvioidessaan.

Valtaosa vastaajista (75 %) kirjasi rakenteisen kirjaamismallin mukaan ainakin osittain, mutta FinCC-luokitusta käytti vain reilu kymmenesosa (13 %) vastaajista. Kuntayhtymän omiin kirjaamismalleihin, fraaseihin, tukeutui iso osa vastaajista. Tutkimuksemme mukaan Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueen lääkärin vastaanotoille sekä päivystykseen toivottaisiin yhtenäisempiä kirjaamiskäytäntöjä ja valmiita kirjaamismalleja. Henkilökunta haluaisi myös lisäkoulutusta hoidon tarpeen arviointiin ja kirjaamiseen. Tämän lisäksi toivottiin yhtenäisempiä käytäntöjä hoidon tarpeen arviointiin niin triagea käytettäessä kuin myös silloin, kun hoitaja tekee hoidon tarpeen arviointia muilla käytettävissä olevilla menetelmillä.

Tutkimustyömme tuloksissa oli yhtäläisyyksiä aiempiin aiheitamme käsitteleviin tutkimuksiin. Kosken, Kukkosen ja Määtän (2014) opinnäytetyön mukaan hoitajat luottavat vahvasti omaan ammattitaitoonsa hoidon tarpeen arviointia tehdessä. Samaan tulokseen päätyi myös Tyyskä (2012) omassa tutkimuksessaan. Hoitajien kokemus ja ammattitaito hoidon tarpeen arviota tehdessä nousivat selkeästi esille myös meidän opinnäytetyössämme. Kukkosen ja Määtän tutkimuksessa selvisi myös, että kirjalliset hoidon tarpeen arviointiin tarkoitetut ohjeet koettiin hyödyllisiksi, kun ohjeet olivat tarpeeksi selkeät ja lyhyet.

Aallon ja Leinon (2012) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat rasitteina työssään muun muassa yhtenäisten hoidon tarpeen arvioinnin käytäntöjen puuttumisen sekä puutteellisen yhteistyön lääkäreiden tai kollegoiden kanssa. Samoja asioita ja tuloksia havainnoimme myös omassa tutkimustyössä vastauksia analysoidessamme.

## 7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Omassa tutkimustyössämme noudatimme hyviä tieteellisiä käytäntöjä eli olimme rehellisiä kaikille tutkimuksen osapuolille ja mahdollisimman tarkkoja sekä huolellisia jokaisessa opinnäytetyömme vaiheessa aina suunnitelman tekemisestä tutkimustyömme julkaisuun asti. Olemme olleet opinnäytetyötä tehdessä avoimia ja rehellisiä, sekä viitanneet käyttämiimme lähteisiin asiankuuluvalla tavalla. Opinnäytetyön suunnittelussa, toteutuksessa sekä opinnäytetyötä julkaistaessa olemme käyttäneet Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle laadittuja ohjeita sekä lomakkeita ja hankkineet tutkimusluvan opinnäytetyömme tilaajalta (Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä) ennen kyselytutkimuksen aloittamista. Olemme huomioineet vastaajien tietosuojan kyselylomaketta laatiessamme, eikä yksittäisen vastaajan tietoja tule esille missään vaiheessa tutkimusta. Olemme pyrkineet tutkimuksessamme luotettavuuteen ja eettisyyteen parhaan kykymme mukaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Kyselytutkimuksen luotettavuuteen laatuun vaikuttavat monet asiat. Tutkimuksen sisältö, tilastointi, kulttuuri, kielellinen ilmaisu ja tekniset asiat vaikuttavat oleellisesti luotettavuuteen. Lomakkeen suunnitteluvaiheessa voidaan vielä vaikuttaa kysymysten laadukkuuteen, mutta jälkikäteen niitä ei voida enää muuttaa. Validiteetti ja reliabiliteetti kertovat mittauksen luotettavuudesta. Validiteetti kertoo, mitattiinko sitä mitä oli tarkoitus ja reliabiliteetti selvittävät, kuinka tarkasti asiaa mitataan. (Vehkalahti 2014, 40–41.) Mielestämme tutkimuksen validiteetti on hyvä, koska onnistuimme mitaamaan haluttuja tekijöitä. Saimme vastaukset tutkimuskysyksiimme. Tutkimuksemme reliabiliteetistä kertoo se, että tutkimuksen tulokset ovat toistettavissa ja samanlaisiin tuloksiin on päädytty myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Vastausprosentti oli myös hyvä (66 %), joka omalta osaltaan kertoo tutkimuksemme luotettavuudesta.

Noudatimme työtä tehdessä sairaanhoitajan eettisiä ohjeita. Yhtenä sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja lieventäminen. Eettisissä ohjeissa kerrotaan myös hoitokulttuurin luomisesta, jossa potilaan yksilöllisyys, tavat ja vakaus otetaan huomioon. Tutkimuksen avulla kehityimme arvioimaan potilaan hoidon tarvetta, jonka kautta pystymme toteuttamaan myös sairaanhoitajan eettisiä ohjeita. Sairaanhoitajana kuuluu kunnioittaa omaa ja muiden ammattiryhmien asiantuntemusta. Tutkimusta tehdessä emme kyseenalaistaneet tai väheksyneet vastanneiden osaamista. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Opinnäytetyömme vaati yhteydenpitoa terveyskeskuksien lääkärinvastaanotoilla ja päivystyksessä työskentelevien hoitajien kanssa. Haasteena oli muodostaa työn tilaajien kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Tämä vaati meiltä pohdintaa ja taitoa hyödyntää hoitajien kokemia haasteita, vahvuuk-

sia ja kehittämistarpeita. Oli myös tärkeää osata asetella kysymykset niin, että hoitajat kokivat voivansa vastata rehellisesti ja luottamuksellisesti. Kysymyksemme olivat selkeitä ja helppolukuisia, jotta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin. Käytimme kysymyksiä laatiessamme hyödyksi henkilökunnalta saamamme informaatiota sekä ajantasaisia teoriaan pohjautuvia lähteitä. Osa vastaajista työskenteli terveysasemien lääkärint vastaanotoilla, joissa hoitajia on vain muutamia. Oli tärkeää korostaa tutkimusta tehdessä, etteivät yksittäiset vastaukset tai vastaajan asemapaikka erotu tutkimustuloksia analysoidessa ja niitä julkaistaessa. Kysely toteutettiin anonyymisti. Vaikka otimme suoria lainauksia kyselystä työhömmme, ei vastaajan henkilöllisyyttä voida selvittää. Jotta vastaajat olisivat motivoituneita vastaamaan kysymyksiin todenmukaisesti, kerroimme myös saatekirjeessä tutkimuksen hyödyttävän koko henkilökuntaa.

### 7.3 Ammatillinen kasvu

Toimivalla triage-luokittelulla sekä täsmällisellä hoidon tarpeen arviolla voidaan vähentää lääkäreiden kuormitusta ja lisätä potilaiden ohjautumista hoitajien vastaanotoille. Onnistunut hoidon tarpeen arviointi auttaa myös työn organisoinnissa ja vähentää varsinkin kiireettömästä hoidosta aiheutuvia kustannuksia yksiköille. Onnistunut triage on yksi keino turvata niiden potilaiden nopea pääsy lääkärille, jotka tästä hyötyvät ja sitä tarvitsevat. (Kantonen 2014, 9, 82.) Opinnäytetyötä tehdessä opimme perustaidot hoidon tarpeen arvioinnista ja miten hoidon tarpeen arviointia kirjataan rakenteisesti käyttäen FinCC-luokitusta potilastietojärjestelmään. Teoriatietoa aiheeseen löytyi paljon, opimme tarkastelemaan tietoa kriittisesti ja valitsemaan lähteiksi näyttöön perustuvaa tietoa. Kyselylomaketta tehdessä mietimme yhdessä teoriatietoon nojaten, mitkä ovat hoidon tarpeen arvioinnissa ja sen kirjaamisessa tärkeimpiä asioita. Näin opimme hahmottamaan päivystyspotilaan hoidon kulkua ja sen sujumisen tärkeyttä.

Opinnäytetyön suunnittelussa käytimme apuna SWOT-analyysia. Vahvuuksiamme olivat motivaatio, ammattitaidon kasvaminen, opitun hyödyntäminen sekä hyvä yhteistyö. Heikkouksina koimme rajallisen käytännön kokemuksemme, tiukan aikataulun ja erilaiset työskentelytapamme. Mahdollisuuksina oli mielestämme hyödyntää saamiamme oppeja ja täten laajentaa ammattitaitoamme. Uhkina opinnäytetyöprosessissa oli aikataulussa pysyminen sekä olennaisen tiedon rajaaminen. Lisäksi välimatkat toivat haastetta, joten opimme hyödyntämään verkko-opiskelua uudella tavalla. Saimme opettajalta palautetta toiveemme mukaan pääosin sähköisessä muodossa ja keskustelimme keskenämme paljon sähköpostin välityksellä. Opinnäytetyön prosessia työstimme enimmäkseen vuoroitellen, joten huolellinen suunnittelu ja selkeä viestintä olivat opinnäytetyön onnistumisen kannalta erittäin tärkeitä tekijöitä. Opimme myös vastaanottamaan palautetta opettajalta, työn tilaajalta sekä toisiltamme.

Ammattieettiset taitomme kehittyivät opinnäytetyön prosessin edetessä. Alusta asti kiinnitimme huomioita vastaajien anonyymiyteen valitsemalla tarpeeksi laajan kohderyhmän. Myös kysymysten laadinnassa otimme huomioon sairaanhoitajan eettiset periaatteet. Sairaanhoitajien periaatteisiin kuuluu vastata yhdessä siitä, että hoidon laadukkuus säilyy ja sitä parannetaan jatkuvasti (Sairaanhoitajaliitto 2014). Prosessin edetessä ymmärryksemme hoidon laadukkuuden tärkeydestä lisääntyi.

#### 7.4 Johtopäätökset ja tutkimus- ja kehittämisehdotukset

Kyselyn perusteella terveysaseman lääkärinvastaanotoilla ja päivystyksessä työskentelevien hoitajien triagen osaamisessa on eroja. Terveysasemien lääkärinvastaanotoilla työskentelevillä hoitajilla on enemmän puutteita triagen hallinnassa ja he myös tunnistavat sen. He kokevat triage-osaamisensa heikommaksi verrattuna päivystyksessä työskenteleviin hoitajiin ja myös käyttävät triagea vähemmän. Tähän voi olla syynä terveysaseman ja päivystyksen työn luonteen ero.

FinCC-luokitus on valtakunnallisesti käytössä ja potilastietojen Kantaan siirtymisen edellytyksenä on rakenteisen kirjaamisen malli, joka noudattaa FinCC-luokitusta. Suurin osa vastaajista kirjasi rakenteisen kirjaamisen mukaan, muttei käyttänyt FinCC-luokituksia. Suosittelemme FinCC-luokituksen käyttöä sekä kertausta siitä, mitä kyseinen luokittelu tarkoittaa. Lisäkoulutuksen tarve yleensäkin nousi vahvasti esille tutkimuksessamme, sillä hoitajat toivoivat erityisesti työyksikkökohtaista koulutusta. Hoidon tarpeen arviointiin voisi järjestää koulutuksia esimerkiksi osastokokouksen yhteydessä. Vastaanotoille sekä päivystykseen olisi hyvä hankkia hoidon tarpeen arviointia käsittelevää kirjallisuutta, sekä tulostaa FinCC-luokituksen ohjeet selkeästi henkilökunnan näkyville.

Opinnäytetyömme kartoitti hoidon tarpeen arviointia sekä kirjaamista hoitajien näkökulmasta. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkia kyseisiä aiheita potilaan näkökulmasta. Suosittelemme myös rakenteisten kirjaamismallien eli fraasien luomista työyksiköihin. Myös kirjaamismallien kehittämien voisi olla jatkotutkimuksen aihe tulevaisuudessa. Selkeät ja yksikkökohtaiset, yhtenäiset ohjeistukset sekä kirjaamiseen että hoidon tarpeen arviointiin olisivat tarpeen eri yksiköissä. Ohjeita noudattamalla muodostuisi selkeitä käytäntöjä niin kirjaamiseen kuin hoidon tarpeen arviointiin. Kuten opinnäytetyöstämme kävi ilmi, ei hoidon tarpeen arviointia tehdä luottamalla tai tukeutumalla vain yhteen tietolähteeseen. Onnistunut hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen ovat ammattilaisen kykyä sisäistää ja etsiä tietoa erilaisista tietolähteistä ja ympäristöistä.



## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AALTO, Jari ja LEINO, Lauri 2008. Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä. Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-10-10.] Saatavissa: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37442/stadia-1208769828-0.pdf?sequence=1>
- AHONEN, Outi, IKONEN, Helena ja KOIVUKOSKI, Sirpa 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Näyttöön perustuva hoitotyö [verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajaliitto. [Viitattu 2016-09-22.] Saatavissa: <https://sairanhoidajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>
- CASTREN, Maaret, AALTO, Sakari, RANTALA, Elina, SOPANEN, Pertti ja WESTERGÅRD, Airi 2009. Esihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.
- DERKX, Hay 2008. Quality of telephone triage at out-of hours centers in the Neatherlands. Department of General Practice. University of Maastricht. The Neatherlands. Väitöskirja. [Viitattu 2017-30-01.] Saatavissa: <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/813303/guid-41c50c8a-4dd2-43df-b492-ebf889cd4424-ASSET1.0>
- FINOHTA 2011. Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla [Verkkojulkaisu]. Arviointiseloste 1/2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-10-10.] Saatavissa: [http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS\\_2011\\_1\\_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf](http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf)
- HAKANEN, Viivi ja VÄLIKALLIO Tinja-Nora 2013. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen FinCC-luokituksen mukaisesti. Diakonia ammattikorkeakoulu Diak, Pori. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu: 2016-12-20.] Saatavissa: [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/57027/Diak%20Pori\\_Hakanen%20ja%20ValiValika\\_2013.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/57027/Diak%20Pori_Hakanen%20ja%20ValiValika_2013.pdf?sequence=1)
- HARJOLA, Veli-Pekka, JANHUNEN, Heikki, WILEN, Susanna, PALOMÄKI, Ari, NYRHILÄ, Jari, KOKKONEN, Liisa, AHLKOG-KARHU, Marian, VAAHERSALO, Jukka ja RAHIALA, Eero 2014. Kiireellisyyden luokittelun on tunnistettava kriittisesti sairaat. Suomen Lääkärilehti 47/2014, 2944–2946.
- HARLE, Katja 2011. Yhteispäivystyksen sairaanhoidajat hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioijina. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-12-20.] Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29893/Harle\\_Katja\\_2011.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29893/Harle_Katja_2011.pdf?sequence=1)
- HEIKKILÄ, Tarja 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. [Verkkojulkaisu.] Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy. [Viitattu 2017-03-04.] Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUS-TUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- HENKILÖTIETOLAKI. 523/1999. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-09-10.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=henkil%C3%B6tietolaki>
- HILAMA, Pirjo ja LATTUNEN, Kirsimarja 2013. Ammattitaitovaatimukset puhelimesta tapahtuvaan hoidontarpeen arviointiin. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2017-01-29.] Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62347/hilama\\_pirjo.pdf.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62347/hilama_pirjo.pdf.pdf?sequence=1)
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- HOVILAINEN-KILPINEN, Tuula ja OKSANEN, Heli 2010. Lähihoitajan käsikirja. Helsinki: Tammi.
- IIVANAINEN, Ansa ja SYVÄOJA, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro.
- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

- KANTONEN, Jarmo 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampere: Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 2016-12-19.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9609-7>
- KARPPINEN, Ritva 2016-05-04. Osastonhoitaja. [Haastattelu.] Raaha: Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän lääkärivastaanotto.
- KOSKI, Helinä, KUKKONEN, Sara ja MÄÄTTÄ, Eve-Lotte 2014. Asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi puhelimesta. Metropolia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-12-20.] Saatavissa: [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80337/Koski\\_Kukkonen\\_Maatta\\_opinnaytetyo.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80337/Koski_Kukkonen_Maatta_opinnaytetyo.pdf?sequence=1)
- KUITIKKA, Eeva 2016. National Early Warning Score (NEWS) osana triageprosessin kehittämistä Mikkelin yhteispäivystyksessä. Saimaan ammattikorkeakoulu. Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö. [Viitattu 2017-02-20.] Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/120288/Kuitikka\\_Eeva.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/120288/Kuitikka_Eeva.pdf?sequence=1)
- LAITIO, Tanja 2016. Hoitajien kokemukset rakenteisen kirjaamisen käyttöönotosta. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2017-03-01.] Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/115078/Lainio\\_Tanja.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/115078/Lainio_Tanja.pdf?sequence=1)
- LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA. 785/1992. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-09-10.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4P12>
- LAKI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUISTA. 734/1992. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-09-20.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>
- LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖSTÖSTÄ. 559/1994. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-09-10]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/1994055>
- LAKI VIRANOMAISEN TOIMINNAN JULKISUUDESTA. 621/1999. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-09-10.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>
- MALMSTÖM, Raija, KIURA, Eva, MALMSTÖM, Tomi, TORKKI, Paulus ja MÄKELÄ, Marjukka 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen Lääkärilehti 09/2012, 699–703.
- NETTIRASSI 2016. [verkkojulkaisu]. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä. [Viitattu 2016-09-11.] Saatavissa: <https://www.nettirassi.fi/>
- NORTH, Frederick, RICHARDS, Debra D, BREMSETH, Kimberly A, LEE, Mary R, COX; Debra L, VARKEY, Prathibha ja STROEBEL, Robert J 2016. Clinical decision support improves quality of telephone triage documentation- an analysis of triage documentation before and after computerized clinical decision support. BMC Medical Informatics and Decision Making. [digilehti] 2014, 14:20. [Viitattu 2017-02-19.] Saatavissa: <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-14-20>
- NYKÄNEN, Pirkko ja JUNTTILA, Kristiina 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-09-10.] Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1)
- PELLIKKA, Minna 2013a. Hoidon tarpeen arviointi. Julkaisussa: MUSTAOJA, Marianne, ALILA, Anja, MATILAINEN, Elina, PELLIKKA, Minna, RASIMUS, Mirja (toim.) Sairaanhoidajan Käsikirja. Helsinki: Duodecim, 857.
- PELLIKKA, Minna 2013b. Puhelinneuvonta. Julkaisussa: MUSTAOJA, Marianne, ALILA, Anja, MATILAINEN, Elina, PELLIKKA, Minna, RASIMUS, Mirja (toim.) Sairaanhoidajan Käsikirja. Helsinki: Duodecim, 857.
- RAAHEN SEUDUN HYVINVOINTIKUNTAYHTYMÄ 2010. Päivystyspotilaan hoidon tarpeen arviointi. Oireisiin ja vammamekanismiin perustuvat ohjeet potilaan ohjaamisesta päivystykseen tai lääkärinvastaanottojen kiireellisille ajoille. Kuntayhtymän sisäinen ohjeistus.

RAAHEN SEUDUN HYVINVOINTIKUNTAYHTYMÄ 2017. Terveysten- ja sairaanhoito [verkkosivu]. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä. [Viitattu 2017-01-03.] Saatavissa: [http://www.ras.fi/terveyden\\_ja\\_sairaanhoito](http://www.ras.fi/terveyden_ja_sairaanhoito)

REPONEN, Jarmo 2015. Terveystieteiden sähköiset palvelut murroksessa [verkkojulkaisu]. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 13/2015, 131. [Viitattu 2016-10-11.] Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo12323](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo12323)

SAIRAANHOITAJALIITTO 2014. Sairaanhoidtajien eettiset ohjeet [verkkosivu]. [Viitattu 2017-03-31.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS POTILASASIAKIRJOISTA 298/2009. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-09-10.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298#Pidp1269056>

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS KIIREELLISEN HOIDON PERUSTEISTA JA PÄIVYSTYKSEN ERIKOISALAKOHTAISISTA EDELLYTYKSISTÄ 782/2014. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-11-29.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782#Pidm103760>

SYVÄOJA, Pirjo ja ÄIJÄLÄ, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

THL 2015. Potilastietojen yhdenmukaisella tavalla parantaa tietojen käyttökelpoisuutta [Verkkosivu]. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-09-10.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/-/potilastietojen-kirjaaminen-yhdenmukaisella-tavalla-parantaa-tietojen-kayttokelpoisuutta>

TERVEYDENHUOLTOLAKI 1326/2010. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-09-20.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

TIRKKONEN, Joonas 2015. Yllättävä vuodeosastopotilaan huononeminen sairaalassa. Tutkimuksia sairaalansisäisestä ensihoitoketjusta. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja. [Viitattu 2016-09-10.] Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/tirkkonen\\_vaitos.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tirkkonen_vaitos.pdf)

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [verkkojulkaisu.] [Viitattu 2017-01-03.] Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

TYYSKÄ, Eija 2012. Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Itä-Suomen Yliopisto. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu-tutkielma. [Viitattu 2016-01-03.] Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120624/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120624.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120624/urn_nbn_fi_uef-20120624.pdf)

UNIVERSITY OF YORK 2012. Impact of early warning systems on patient outcomes [verkkojulkaisu]. University of York. [Viitattu 2016-04-12.] Saatavissa: <https://www.york.ac.uk/crd/publications/effectiveness-matters/early-warning-systems/>

VEHKALAHTI, Kimmo 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät [verkkojulkaisu]. [Viitattu 09-10-2016.] Saatavissa: <http://www.helsinki.fi/~kvehkala/mmm/moniste.pdf>

VILPAS, Pertti. Kvantitatiivinen tutkimus [verkkojulkaisu]. Metropolia. [Viitattu 2016-10-10.] Saatavissa: <https://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>

VIRKKUNEN, Heikki, MÄKELÄ-BENGS, Päivi ja VUOKKO, Riikka (toim.) 2015. Terveystieteiden raakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaamisen sähköiseen potilaskertomukseen. Versio 2015 [verkkokirja]. Ohjaus 2/2015. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-09-08.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-479-3>

VUOLA, Eija 2016. Päivystys on päivystyshoitoa varten. Lääkärilehti 39/2016, 2406–2407.

## LIITE 1: SAATEKIRJE JA KYSELYLOMAKE

Hei!

Teemme opinnäytetyönä kyselytutkimusta Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän päivystyksen ja terveysaseman hoitajille. Tarkoituksenamme on selvittää, miten hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen toteutuvat hyvinvointikuntayhtymän alueella. Hoidon tarpeen arviointi on yksi hoidon kulmakivistä ja siksi sen oikeanlainen toteutus on tärkeää. Tutkimustulosten perusteella voidaan kehittää hoidon tarpeen arviointia ja sen kirjaamista yksikössänne. Vastausaikaa on 15.1.2016 asti. Pyydämme varaamaan kyselyn vastaamiseen aikaa noin 10 minuuttia. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäisen vastaajan tietoja tai vastauksia tule esiin missään vaiheessa kyselytutkimusta. Kyselyyn osallistuminen auttaa kehittämään hoidon tarpeen arviointia ja kirjaamista Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella. Kiitoksia etukäteen kyselytutkimukseen vastaamisesta!

Ystävällisin terveisin Mustanoja Liisa ja Raetsaari Piia SAVONIA ammattikorkeakoulu

liisa.a.mustanoja@edu.savonia.fi ja piia.k.raetsaari@edu.savonia.fi

Opettaja: annikki.jauhiainen@savonia.fi

vastaanottaja: ritva.karppinen@ras.fi

Liisa Mustanoja

Piia Raetsaari



## Hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen Raahen terveysasemilla ja päivystyksessä

### 1. Työskenteletkö

- Terveysasemalla
- Päivystyksessä

### 2. Oletko koulutukseltasi

- Lähihoitaja
- Perushoitaja
- Sairaanhoidtaja
- Jokin muu, mikä?

### 3. Työkokemuksesi

- 1-4 vuotta
- 5-10 vuotta

- 11-15 vuotta
- 16-20 vuotta
- yli 20 vuotta

**4. Tiedätkö mikä on Triage?**

- Kyllä
- En
- Osittain
- En osaa sanoa

**5. Onko sinulla mielestäsi riittävästi kokemusta ja osaamista käyttää Triage-luokitusta hoidon tarpeen arvioinnissa?**

- Kyllä
- Osittain
- En osaa sanoa

**6. Mistä haet tarvittaessa tietoa potilaan hoidon tarpeen arviointiin?**

Voit valita myös useamman vaihtoehdon

- Hyvinvointikuntayhtymän omasta ohjeistuksesta
- Terveysportista
- Kysyn kollegoilta
- Muualta internetistä
- Jokin muu, mikä

**7. Mihin perustat oman hoidon tarpeen arviointisi?**

Voit valita myös useamman vaihtoehdon

- Kokemukseeni/ammattitaitoon
- Hyvinvointikuntayhtymän ohjeistukseen
- Triageen
- Työyhteisön konsultaatioon
- Jokin muu, mikä

**8. Koetko työyhteisösi ammattitaidon olevan riittävä työssä vaadittavaan hoidon tarpeen arviointiin?**

- Kyllä
- En
- Osittain
- En osaa sanoa

**9.** Alapuolella esitetyt vaihtoehdot voivat tuoda haasteita hoidon tarpeen arviointiin ja kirjaamiseen. Millä asteikolla koet alla olevien tekijöiden vaikuttavan työhösi hoidon tarvetta arvioidessasi?

Käytä asteikkoa 1-5, jossa 1= ei lainkaan vaikutusta, 2= hieman vaikutusta, 3= jonkin verran vaikutusta, 4= hyvin paljon vaikutusta 5= erittäin paljon vaikutusta

	1	2	3	4	5
Kokemuksen puute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riittämätön työhön perhehditys/ohjeistus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riittämätön peruskoulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puuttuva yhteistyö kollegoiden kanssa/lääkäreiden konsultaatiomahdollisuuden puute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oma epävarmuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jokin muu, mikä? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10.** Osaatko mielestäsi kirjata potilaasta tarpeellisen tiedon hoidon tarpeen arviointia tehdessäsi?

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

**11.** Mitkä ovat mielestäsi oleellisia asioita, joita hoidon tarpeen arviointia tehdessä tulee kirjata?

**12.** Kirjaatko rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti?

- Kyllä
- Useimmiten
- Harvoin
- En koskaan

**13.** Käytätkö kirjatessasi FINCC-luokitusta?

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

**14.** Tiedätkö mitkä potilaasta kirjaamasi tiedot siirtyvät potilaan Kanta-arkistoon?

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

**15.** Onko käytössänne työpaikan yhteisiä kirjaamismalleja, fraaseja?

- Kyllä, käytän niitä
- Kyllä, en käytä niitä
- Ei
- En osaa sanoa

**16.** Koetko saaneesi riittävästi koulutusta hoidon tarpeen arviointiin ja sen kirjaamiseen?

- Kyllä, työnantajan kautta
- Kyllä, itsenäisesti tai muuta kautta
- En
- En osaa sanoa

**17.** Millä tavoin toivoisit omaa ammattitaitoasi hoidon tarpeen arvoinnissa kehitettävän?

Voit valita myös useamman vaihtoehdon

- Työpaikalla tapahtuva koulutus
- Koulutus muualla kuin työpaikalla
- Kokemuskoulutus (asiaan perehtynyt työntekijä) omalla työpaikalla/muualla
- Verkkokurssit
- Työpajat
- Omaehtoinen lisäkoulutus
- Jokin muu, mikä?

**18.** Millä tavalla hoidon tarpeen arviointia ja sen kirjaamista voitaisiin työyhteisössä kehittää?

**19.** Kommentteja, ehdotuksia, ideoita hoidon tarpeen arviointiin tai kirjaamiseen liittyen?

## LIITE 2: TUTKIMUSLUPA



Anomus  
Ohje

1 (3)

3.1.2017

**Anomus**

## Tutkimuksen tekijät

Nimi: Piia Raetsaari  
Opinto-oikeusnumero:  
Ryhmäkoodi: SNA14K  
Koulutusohjelma: **Hoitotyön koulutusohjelma**  
Tutkinto: **Ammattikorkeakoulututkinto**  
Osoite: Hongistontie 482, 92260 Kopsa  
Puhelin: +358442662169  
Sähköposti: piia.k.raetsaari@edu.savonia.fi  
muu käytössä oleva sähköposti:

Nimi: Liisa Mustanoja  
Opinto-oikeusnumero: 71415  
Ryhmäkoodi: SNA14K  
Koulutusohjelma: **Hoitotyön koulutusohjelma**  
Tutkinto: **Ammattikorkeakoulututkinto**  
Osoite: Savottatie 64 C 15, 90420 Oulu  
Puhelin: +358440826418  
Sähköposti: liisa.a.mustanoja@edu.savonia.fi  
muu käytössä oleva sähköposti:

Nimi:  
Opinto-oikeusnumero:  
Ryhmäkoodi:  
Koulutusohjelma: Valitse kohde.  
Tutkinto: Valitse kohde.  
Osoite:  
Puhelin: +358  
Sähköposti: @edu.savonia.fi  
muu käytössä oleva sähköposti:



**Tutkimuksen ohjaaja/ohjaajat**

Ohjaaja Annikki Jauhiainen  
 Puhelin +358447856610  
 Sähköposti annikki.jauhiainen@savonia.fi

Ohjaaja  
 Puhelin  
 Sähköposti

Ohjaaja  
 Puhelin  
 Sähköposti

**Tutkimus**

Tutkimuksen nimi/aihe Hoidon tarpeen arviointi ja kirjaaminen Raahen terveysasemilla ja päivystyksessä

Tutkimuksen tarkoitus Tutkia hoidon tarpeen arviointia sekä kirjaamista hoitajien näkökulmasta  
 Tutkimustehtävät Kyselytutkimus sähköpostin välityksellä Raahen terveysasemien sekä päivystyksen

hoitajille

Tutkimusote ja -menetelmät Raahen terveysasemien sekä päivystyksen hoitajat  
 Tutkimusajankohta alkaa 05.01.2017 ja päättyy 19.1.2017  
 Tutkimuspaikka Raahen hyvinvointikuntayhtymän alue  
 Tutkimussuunnitelma liitteenä

**Allekirjoitukset**

Raahessa 4.1.2017  
 Paikka ja päivämäärä

Tutkimuksen tekijä/tekijät

Oppilaitoksen edustaja/yhteyshenkilö

  
 ANNIKKI JAUHIAINEN

3.1.2017

**Päätös**
 Tutkimuslupa myönnetään

 Yhteyshenkilö Ritva Karppinen / Minna Klätar
 Tutkimuslupaa ei myönnetä

Perustelut

---



---



---



---

Tutkimuksen valmistuttua tekijät toimittavat tutkimuksen yhteyshenkilölle

 tiivistelmän (suomeksi / englanniksi)

 tutkimusraportin tai/ja

 esittelevät tutkimuksensa suullisesti

Päätetty 4.1.2017

Palkka ja päivämäärä

Ritva Karppinen osastonhoitaja

Allekirjoitus (Nimi ja virka-asema)