



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kirjaamisen kehittämisprojekti Lohjan sairaalan Dialyysiosastolla

Heini Paukkeri

Milka Rosala

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Kirjaamisen kehittämisprojekti Lohjan sairaalan dialyysi- osastolla

Heini Paukkeri
Milka Rosala
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2011

Laurea Lohja
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Paukkeri, Heini; Rosala, Milka

Kirjaamisen kehittämisprojekti Lohjan sairaalan dialyysiosastolla

Vuosi 2011 Sivumäärä 65

Tämä opinnäytetyö on osa valtakunnallista eNni-hanketta vuosille 2008-2012. Opinnäytetyö tehtiin Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kirjaamisen projektissa Lohjan sairaalan dialyysiosastolla, yhteistyönä työyhteisön edustajien sekä Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Dialyysiosastolta kirjaamishankkeen työryhmään kuului kaksi sairaanhoitajaa sekä osastonhoitaja. Opiskelijat toimivat työyhteisön työryhmän jäseninä. Opinnäytetyön ja kirjaamishankkeen taustalla vaikuttaa laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), joka velvoittaa liittymään valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi.

Työryhmän toiminnan tavoitteena oli kehittää hoitotyön kirjaamista sekä siihen liittyvää käytännön hoitotyötä dialyysiosastolla. Tavoitteena oli myös saada tutkittu tieto palvelemaan käytännön kirjaamista ja sen kehittämistä. Tarkoituksena tässä työssä oli saada hiljainen tieto näkyväksi kirjaamalla sekä kehittää potilaan hoitosuunnitelmaa potilaan hoidon tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta, hoitotyön prosessin mukaisesti.

Opinnäytetyön muoto oli toimintakeskeinen. Työryhmän jäsenet osallistuivat HUS:n kirjaamishankkeen yhteisiin työpajoihin ja seminaareihin sekä työyhteisön palavereihin ja osastontunteihin, jotka koskivat kirjaamisen muutosta. Kehittämismenetelmänä ja uuden oppimisen prosessin apuna käytettiin juurruttamista. Teemahaastattelua käytettiin tiedonkeruumenetelmänä, kartoittamaan osaston kirjaamistapaa ja hahmottamaan kirjaamisen kehittämiskohteita. Osaston henkilökunta valitsi teemahaastattelusta saatujen tietojen perusteella kehittämiskohteeksi hoidon suunnittelun tavoitteiden pohjalta.

Tuotoksena kehittämistyöstä syntyi uusi toimintatapa, jota kuvattiin vuokaaviolla. Työryhmä kehitti osastolle hoitosuunnitelman rakenteen prosessin mukaisesti, potilaan hoidon tarpeet ja tavoitteet huomioiden. Hoitosuunnitelman tarkoituksena oli saada hoitajien kokemusperäinen tieto dokumentoiduksi sekä tukea osaston henkilökuntaa kirjaamaan hoitotyön prosessin mukaisesti tehden näin potilaan hoidosta tavoitteellisempaa.

Hankkeen onnistumista arvioitiin osastolle lähetetyn valmiin arviointikaavakkeen avulla. Tämän lisäksi arviointia toteutettiin osaston henkilökunnalle tehtyjen arvioivien kysymysten avulla, joiden tarkoituksena oli selvittää uuden toimintamallin hyödyllisyyttä. Vastauksista voi päätellä osaston kaipaavan vielä jatkossa kirjaamisen jatkokehittämistä. Uuden toimintamallin koettiin kuitenkin hyödyttävän niin potilasta, omaisia kuin moniammatillista tiimiäkin. Tulosten perusteella voidaan todeta, että uusi toimintamalli tukee hoitoprosessin sisäistämistä sekä auttaa kirjaamaan hoitoprosessin mukaisesti. Uuden toimintamallin myötä hiljainen tieto tulee kirjaamalla näkyväksi.

Kirjaamisen kehittämistoiminta jatkuu edelleen hoitotyöyksikössä juurruttamisen pohjalta. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää kirjaamisen jatkohankkeessa, jolloin rakenteinen sähköinen kirjaamisjärjestelmä tulee käyttöön työyhteisössä.

Asiasanat: rakenteinen kirjaaminen, luokitukset, dialyysipotilas, muutosprosessi, juurruttaminen

Paukkeri, Heini; Rosala, Milka

Documentation Development Project in the Dialysis Unit of the Lohja Hospital

| Year | 2011 | Pages | 65 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

This thesis is a part of the national eNNi project realized during 2008-2012. This thesis was made in the documentation project of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) in the dialysis unit of the Lohja Hospital in cooperation with representatives of the work community as well as Laurea University of Applied Sciences in Lohja. The work group of the documentation project included two nurses and a head nurse from the dialysis unit. The students worked as members of the work group of the work community. The law on processing of electronic customer information in social and health care (159/2007) influences in the background of this thesis and the documentation project. This law obliges to become a user of national data system services.

The goal of the work group was to develop nursing documentation as well as related practical nursing in the dialysis unit. The goal was also to make the studied information serve practical documentation and its development. The purpose in this work was to make silent information visible by documentation as well as to develop the patient's treatment plan on the basis of the patient's treatment needs and goals, in accordance with the nursing process.

The mode of this thesis was action-centred. The members of the work group participated in common workshops and seminars of the documentation project of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa as well as in meetings and ward hours of the work community relating to the documentation change. Imprinting was used as a development method and an aid in learning the new process. Theme interview was used as a data collection method to map the documentation method of the ward and outline the development targets of documentation. The staff of the ward chose treatment planning on the basis of goals as the development target based on the information gathered from the theme interview.

As a result of the development work, a flow chart depicting the new operations method was created. The work group created a treatment plan for the ward in accordance with the process structure by taking the needs and goals of the patient's treatment into consideration. The purpose of the treatment plan was to document the empirical data of nurses as well as to support the staff of the ward in nursing documentation in accordance with the process, thus making the treatment of the patient more target-oriented.

The success of the project was evaluated with the help of a prepared evaluation form sent to the ward. In addition, evaluation was realized with the help of evaluating questions made for the staff of the ward. The purpose of these questions was to clarify the usefulness of the new operations model. From the answers it could be deduced that the ward still needs further development of documentation in the future. However, the new operations model was experienced as useful for the patient, the relatives as well as the multiprofessional team. On the basis of the results it can be stated that the new operations model supports in internalizing the treatment process as well as helps in documentation according to the treatment process. Along with the new operations model silent information will become visible by documentation.

Development operations of documentation still continue in the nursing unit on the basis of imprinting. This thesis can be utilized in the follow-up project of documentation, in which time the structured electronic documentation system will be implemented in the work community.

Key words: structured documentation, classifications, dialysis patient, change process, imprinting

Sisällys

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Johdanto | 8 |
| 2 | Kehittämistoiminnan ympäristö | 9 |
| | 2.1 Dialyysiosasto..... | 9 |
| | 2.2 HUS:n mallin mukainen kirjaaminen | 10 |
| 3 | Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut | 10 |
| | 3.1 Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko..... | 10 |
| | 3.2 Lainsäädäntö | 12 |
| | 3.3 Etiikka | 14 |
| | 3.4 Yksilövastuinen hoitotyö | 14 |
| | 3.5 Hoitotyön sähköinen rakenteinen kirjaaminen | 15 |
| | 3.6 Kirjaamisen muutos ja sen mukana tuomat edut | 16 |
| | 3.7 Rakenteisen kirjaamisen mukanaan tuomat haasteet | 18 |
| | 3.8 Hoitotyön kirjaamisen minimivaatimukset | 19 |
| | 3.9 Dialyysipotilaan hoitotyö | 19 |
| | 3.9.1 Munuaisten vajaatoiminta | 20 |
| | 3.9.2 Dialyysihoito | 20 |
| | 3.9.3 Munuaispotilaan ravitsemus | 22 |
| 4 | Kehittämistoiminnan menetelmät | 23 |
| | 4.1 Muutosprosessi | 23 |
| | 4.2 Muutosvastarinta..... | 24 |
| | 4.3 Juurruttaminen | 25 |
| | 4.4 Teemahaastattelu | 28 |
| | 4.5 Litterointi | 29 |
| | 4.6 Sisällönanalyysi | 30 |
| | 4.7 Kysely | 30 |
| 5 | Kehittämistoiminnan toteutus | 31 |
| | 5.1 Nykytilanteen kuvaus | 32 |
| | 5.2 Kehittämiskohteen rajaus | 35 |
| | 5.3 Teoreettisen ja tutkitun tiedon hakeminen ja työstäminen | 35 |
| | 5.4 Uusi toimintamalli | 37 |
| | 5.5 Uuden toimintamallin viimeistely ja arviointi | 39 |
| 6 | Uusi toimintatapa | 39 |
| | 6.1 Uuden toimintamallin arviointi..... | 40 |
| 7 | Kehittämistoiminnan arviointi | 41 |
| | 7.1 Kehittämistoiminnan arvioinnin teoreettiset perusteet | 41 |
| | 7.2 Kyselyn toteutus | 43 |
| | 7.3 Työryhmän toiminnan arviointi | 46 |

| | |
|--------------------|----|
| Lähteet | 47 |
| Liiteluettelo..... | 52 |

1 Johdanto

Opinnäytetyö on osa vuosina 2008-2010 toteutettavaa valtakunnallista eNNI-hanketta. Opetusministeriön rahoittama valtakunnallinen eNNI-hanke jatkaa HoiDok-hankkeen jälkeistä työtä. Tavoitteena eNNI-hankkeessa on toteuttaa yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin käyttöön tarvittavaa osaamista ja sen käytäntöön juurruttamista terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen välisenä yhteistyönä vuosina 2008-2010. (Ikonen 2011.)

Prosessin mukaisen kirjaamishankkeen taustalla vaikuttaa laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), joka velvoittaa liittymään valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Tarkoituksena on palvelujen tuottaminen potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä edistää potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. Edellä olevaa lakia muutettiin vuonna 2010 (1227/2010). Lakimuutoksella pidennettiin muun muassa siirtymäaikaan liittyä järjestelmään käyttäjäksi. Lakimuutoksessa määrättiin julkisia terveydenhuollonpalvelujen antajia koskeva velvollisuus liittyä tietojärjestelmien käyttäjäksi voimaantulevaksi 1. päivänä syyskuuta 2014. (Finlex 2010a.)

Opinnäytetyö on tehty kirjaamisen projektissa Lohjan sairaalan dialyysiosastolla, yhteistyönä työyhteisön edustajien sekä Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Hankkeessa tehtävä opinnäytetyö liittyy Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kirjaamishankkeeseen Lohjan sairaanhoitoalueella. Opinnäytetyö Lohjan sairaalan dialyysiosastolla on osa kyseistä HUS:n kirjaamishanketta, jossa muutkin Lohjan sairaalan osastot, Paloniemen sairaala ja Laurea-ammattikorkeakoulun kirjaamishankkeessa toimivat opettajat sekä opiskelijat ovat osallisena. Opiskelijat toimivat työyhteisön työryhmän jäseninä kehittämällä kirjaamista yhdessä muiden työryhmän jäsenten kanssa. Työryhmään kuuluu dialyysiosastolta kaksi sairaanhoitajaa, osastonhoitaja sekä opinnäytetyön tekijät.

Työyhteisön tavoitteena on kehittää hoitotyön kirjaamista sekä siihen liittyvää käytännön hoitotyötä dialyysiosastolla. Työryhmä tukee työyhteisöä tämän tavoitteen toteutumisessa. Tarkoituksena tässä työssä on saada hiljainen tieto näkyväksi kirjaamalla sekä kehittää potilaan hoitosuunnitelmaa potilaan hoidon tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta, hoitotyön prosessin mukaisesti. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytetään juurruttamista. Dialyysiosastolla tehtiin teemahaastattelu syksyllä 2010, josta selvisivät dialyysiosaston kirjaamisen kehittämiskohteet. Näistä kohteista dialyysiosaston henkilökunta valitsi kirjaamisen kehittämiskohdeeksi hoitotyön suunnittelun tavoitteiden pohjalta. Tämä on tärkeä aihe, sillä nykytilanteen mukaisessa kirjaamisessa dialyysiosastolla hoidon suunnittelua hoitotyön tavoitteiden pohjalta ei juuri kirjata. Se on ns. hiljaista tietoa ja tavoitteena onkin saada tieto kirjaamalla näky-

väksi. Tavoitteiden on tärkeä olla esillä, jotta potilaan kokonaisvaltainen hoito voidaan suunnitella niiden pohjalta.

2 Kehittämistoiminnan ympäristö

Opinnäytetyö tehdään HUS Lohjan sairaanhoitoalueen kirjaamisen kehittämishankkeessa. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin HUS:iin kuuluu Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueiden lisäksi HYKS-sairaanhoitoalue. HUS-kuntayhtymä pitää sisällään 21 sairaalaa. (HUS 2010a.)

HUS:n ydintehtävänä on tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja ja terveyshyötyä asiakkailleen yhteistyössä perusterveydenhuollon, yliopiston ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. (HUS 2008). HUS:n arvopohjaan kuuluu tahto toimia innovatiivisesti asiakkaiden parhaaksi käyttämällä hyväksi tulevaisuuden mahdollisuuksia ja näin toimia edelläkävijänä. HUS:n arvopohja pitää sisällään asiakkaiden ja työtovereiden kunnioittamisen sekä vastuunkantamisen ympäristöstä. Yhteistyö, verkostoituminen ja avoimuus ovat tärkeitä asioita, jotta yhteistyöllä päästään huipputuloksiin. HUS:ssa tavoitteena on antaa potilaille parasta hoitoa asiakaslähtöisesti, jokaisen ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. (HUS 2008.)

Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Lohjan sairaala, Paloniemen sairaala sekä psykiatrian avohoitoyksiköt. Lohjan sairaanhoitoalueen palvelut on tarkoitettu Karjaan, Karjalohjan, Karkkilan, Lohjan, Nummi-Pusulän, Siuntion sekä Vihdin asukkaille. Lohjan sairaalassa työskentelee noin 540 henkilöä ja potilaspaikkoja on 216. Paloniemen sairaalassa työskentelee noin 160 henkilöä, psykiatrian avohoidon henkilökunta mukaan lukien. Paloniemen sairaalassa potilaspaikkoja on 64. (HUS 2010c.)

2.1 Dialyysiosasto

Yhteistyökumppanimme on Lohjan sairaalan dialyysiosasto, osaston esimies ja kirjaamisen projektista vastaavat sairaanhoitajat. Dialyysiosasto sijaitsee Lohjan sairaalassa, laajennusosan toisessa kerroksessa. Dialyysiosastolla on 11 hoitopaikkaa ja potilaita hoidetaan kolmessa vuorossa. Maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin potilaita hoidetaan aamu- ja iltavuoroissa. Tiistaisin ja torstaisin potilaita hoidetaan vain aamuvuorossa ja sunnuntaisin dialyysiosastolla ei ole toimintaa. Potilaita on kaiken kaikkiaan noin 30. Osastolla pyritään tukemaan potilaiden omatoimisuutta ja hoitoon osallistumista. (HUS 2010b.) Lohjan sairaalan dialyysiosastolla on käytössä yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajajärjestelmä.

2.2 HUS:n mallin mukainen kirjaaminen

HUS:n koordinaatioverkoston kokouksessa on tehty päätös, jonka mukaan FinCC - luokituskokonaisuuden käyttöönoton ensimmäisessä vaiheessa, vuonna 2010, hoitotyön kirjaaminen tapahtuu HUS:n omaa moniammatillista otsikkolistaa käyttäen. Sitä on täydennetty hoitotyön otsikoilla. Moniammatillinen otsikkolista ei sulje pois FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöönoton mahdollisuutta. HUS:n malli sisältää kansalliseen arkistoon vietävän hoitotyön yhteenvedon tiedot. HUS:n kirjaamisen malli sisältää hoidon tarpeen, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuuden ja hoitotyön yhteenvedon. Mallissa rakenteisuus perustuu yliopistosairaaloiden moniammatillisen kirjaamisrunгон mukaiseen kirjaamiseen. Eri erikoisalojen yksilöllisten seikkojen korostuminen vaikuttaa niin hoitotyön suunnitelman laatimiseen kuin hoidon dokumentointiin. HUS:ssa hoitotyön kirjaamista on kehitetty mm. tekemällä niin yksikkö- kuin sairaalakohtaisiakin ohjeita huomioiden potilasasiakirjojen laatimista ohjaava lainsäädäntö. (Junttila ym. 2010.)

Potilaan kirjattujen hoitotietojen tulee olla käytössä viivytyksettä ja merkinnöistä tulee ilmetä jokainen potilaan palvelutapahtuma. Palvelutapahtumaa kirjattaessa tulee kirjaamisesta ilmetä potilaan tulosy, esitiedot, hoidon suunnittelu ja toteutus sekä seuranta. Kirjatun tiedon merkitys korostuu erityisesti potilaan päivittäisessä hoidossa. (Junttila ym. 2010.)

3 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

3.1 Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko

Hoitotyön prosessissa määritellään hoitotyön tarpeet, tunnistetaan hoitotyön ongelmat, suunnitellaan hoitotyön toteutus sekä kirjataan ja arvioidaan (Vuorenmaa 2005, Kratzin 1984 mukaan). Hoitotyön prosessissa toiminnalla on tarkoitus, joka auttaa lähestymään hoitotyötä systemaattisesti ja jäsenyntyneesti (Vuorenmaa 2005, Hytösen 1986 mukaan). Kun määritellään potilaan hoitotyön tarpeita, asetetaan hoitotyölle tavoitteet ja odotetut tulokset sekä hoitotyön toiminnot tarpeisiin vastaten. Hoitotyön tarpeita määriteltäessä kerätään hoitoon liittyvää tietoa, käsitellään sitä ja tunnistetaan hoitotyön ongelmat asettaen ne tärkeysjärjestykseen. Tarpeiden määrittäminen on erittäin tärkeää, jotta hoitotyö onnistuisi ja olisi mahdollisimman tuloksellista. Hoitotyön tarpeita määriteltäessä arvioidaan myös potilaan toimintakyky. (Tuomikoski 2008, 7.)

Hoitosuunnitelman puuttuessa sairaanhoitajan on vaikeaa tunnistaa potilaan kannalta oleellisia asioita, joita kirjata (Hopia&Koponen 2007). Hoitoa suunniteltaessa asetetaan hoitotyölle tavoitteet, priorisoidaan ne ja valitaan tavoitteille sopivat hoitotyön interventiot. Tavoitteiden tulee olla toteutettavissa olevia ja asiakaslähtöisiä. Tavoitteiden asettaminen on olennai-

nen osa hoitotyön suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Se myös selkiyttää potilaan hoidon toteutusta. Hoitotyön menetelmillä vastataan hoitotyön tavoitteisiin. Menetelmien tulee olla perusteltuja, moraalisia ja toteutettavissa olevia. (Tuomikoski 2008, 7.) Tavoitteiden tulee olla myös arvioitavissa olevia. Jotta hoito olisi tuloksellista, tavoitteiden tulee olla niin hoito-henkilökunnan kuin potilaankin hyväksymiä. Hoitotyön suunnitelmaan kirjataan hoitotyön tavoitteiden jälkeen hoitotyön suunnitellut toiminnot tavoitteen saavuttamiseksi. Hoitotyön toimintojen suunnitteluun tarvitaan moniammatillista tiimiä. Suunniteltujen toimintojen jälkeen kirjataan hoitotyön toteutuneet toiminnot. Hoidon toteutusta kirjattaessa huomioidaan, potilaan vointi yksityiskohtaisesti sekä se, miten suunnitellut toiminnot toteutuivat. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Arviointiosuus on hoitoprosessin viimeinen vaihe. Hoitoa arvioitaessa mietitään, saavutettiin-ko hoitotyölle asetetut tavoitteet sekä millainen muutos potilaan tilassa tapahtui. Tarvittaessa muutetaan hoidon tarpeita ja tavoitteita sekä niihin suunniteltuja toimintoja. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.) Arvioinnin avulla voidaan vaikuttaa hoidon laatuun hoitotyön käytäntöjä muuttamalla. Arviointi mittaa hoidon vaikuttavuutta. (Tuomikoski 2008, 9; Kratzin 1984 mukaan.) Hoitajakson loppuessa tehdään hoitajaksoista hoitotyön yhteenveto, johon merkitään kaikki hoidon kannalta oleelliset asiat. Yhteenveto on lyhyt ja siinä arvioidaan potilaan tulotilannetta suhteessa nykyiseen tilanteeseen. Hoitotyön yhteenvedon tulisi olla kattava ja siitä tulisi ilmetä hoitajakson keskeiset asiat. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Hoitotyöhön sisältyy päätöksenteko hoitotyön prosessien eri vaiheissa. Hoitotyössä päätöksiä tehdään määriteltäessä potilaan hoidon tarpeita sekä hoitoa suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa. Hoitotyöhön on sovellettu prosessimallia, joka auttaa niin hoitotyön toteuttamisessa kuin kirjaamisessakin. Suunnittelu on tärkeä osa hoitotyön prosessissa, sillä se mahdollistaa yksilöllisen hoidon ja antaa hoitamisen toiminnoille tavoitteet. Hoitotyön prosessimallia sovellettiin hoitotyössä ensimmäistä kertaa jo vuosina 1950-1970. Hoitotyön prosessi oli nelivaiheinen ja sisälsi hoitotarpeen määrittelyn, hoidon suunnittelun sekä toteutuksen ja arvioinnin. Hoitotyön tarveluokitukset kehitettiin 1970-luvulla. Hoitotyön prosessimalli kehittyi vuosina 1970-1990 ja nykyisen muotonsa hoitotyön prosessimalli on saanut 1990-luvulta alkaen. Nykyinen malli pitää sisällään tulosten määrittelyn, analysoinnin ja vertaamisen asetettuihin hoitotyön tavoitteisiin. Hoitotyön prosessi kuvataan nykyisin kuusivaiheisena. Siihen sisältyvät tarpeen määrittely, diagnoosin laatiminen, odotettujen tulosten nimeäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus sekä arviointi. Hoitotyön prosessien eri vaiheet painottuvat eri tavoin eri hoitoympäristöissä. Manuaalisesta kirjaamisesta elektroniseen kirjaamiseen siirtyminen ei muuta hoitotyön tarpeen määrittelyä, hoidon toteutusta eikä arviointia prosessina. Ainoastaan tietojen kirjaamistapa muuttuu. Päätöksenteko ei ole sidoksissa kirjaamistapaan. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 56-62.)

Hoitotyön prosessin mukainen potilaan tarpeista lähtevä hoitosuunnitelman tekeminen on tärkeässä asemassa sähköiseen kirjaamismuotoon siirryttäessä. Potilaan hoitosuunnitelman teko perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Hoitosuunnitelman teko on avuksi potilaalle ja auttaa myös hoitohenkilökuntaa jäsentämään omaa työtään. Hoitotyön tarpeen määrittelyn tulisi olla potilaslähtöistä. Oleellista tarpeen määrittelyssä onkin potilaasta saatu taustatieto. Tietoa potilaasta on usein monessa eri paikassa ja sitä saadaan niin potilasasiakirjoista kuin potilailta ja heidän omaisiltaan. Ennen hoidon toteutusta tulee hoito suunnitella hyvin. Hoitotyön suunniteltujen toimintojen eli hoitotyön keinojen valinnassa sairaanhoitajan ammattitaito on merkittävässä osassa. Sairaanhoitajan pitää tietää mitä hoitotyön keinoja tulisi käyttää, jotta potilas saisi avun ongelmaansa ja ongelmaan asetettu tavoite täyttyisi. On myös osattava ennaltaehkäistä mahdolliset komplikaatiot, jotka liittyvät hoitotyön ongelmaan. Tämä on huomioitava jo hoitosuunnitelman teossa. Jos hoitosuunnitelma on hyvin laadittu, se helpottaa kirjaamista hoitotyön toteutusvaiheessa. Nimetyt tarpeet ja niihin suunnitellut hoitotoimenpiteet sekä tavoitteet ohjaavat myös kirjaamaan olennaisia asioita potilaan voinnista ja sairaanhoitajan havainnoista. (Mäkilä 2007, 35-40.)

3.2 Lainsäädäntö

Laki 159/2007 pitää sisällään lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sekä velvollisuuden liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi. Lain 159/2007 tarkoituksena on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallisen sähköisen käsittelyn edistäminen sekä palveluiden tuottaminen potilasturvallisesti ja tehokkaasti potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia edistäen. (Finlex 2010a.) Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tarkoituksena on myös turvata asiakkaan yksityisyys sekä asiakastietojen eheys, säilyminen ja käytettävyys. Asiakastietojen käsittelylle asetettujen vaatimusten tavoitteena on yhtenäisen tietoturvatason toteutuminen tietojen käsittelyn kaikissa vaiheissa. (Hartikainen, Häyrinen, Luomala, Komulainen, Porrasmäe & Suhonen 2009, 13.) Laki 159/2007 asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan 1.7.2007. Eduskunta antoi lakimuutoksen 21.12.2010/1227, jossa säädettiin muun muassa velvollisuudesta liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi. Julkisia terveydenhuollonpalvelujen antajia koskeva velvollisuus liittyä tietojärjestelmien käyttäjäksi tulee voimaan 1. päivänä syyskuuta 2014. Yksityisten terveydenhuollonpalvelujen antajien velvollisuus liittymiseen tulee voimaan 1 päivänä syyskuuta 2015. (Finlex 2010a.)

Potilastietojen kirjaamiseen rakenteisesti vaikuttavat myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3. §) sekä henkilötietolaki (523/1999), viranomaisten toiminnan julkisuudesta annettu laki (621/1999) ja arkistolaki (831/1994). Kirjaamiseen yleisesti vaikuttaa myös sähköisistä allekirjoituksista annettu laki (14/2003) sekä laki sähköisestä asioinnista viranomais-toiminnassa (13/2003). (Finlex 2007b.)

Hoitotietojen kirjaamisen tulee tapahtua lakien ja asetusten mukaisesti. Tietojen kirjaamisessa ja käsittelyssä tulee huomioida, että tietoa saavat vain oikeat henkilöt oikealla hetkellä. Lisäksi tulee huomioida, että tieto on ajankohtaista sekä sitä tulee antaa riittävässä laajuudessa. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008.) Lainsäädännön avulla myös varmistetaan, että potilasta koskevassa päätöksenteossa käytetään vain tarpeellisia sekä virheettömiä tietoja. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, Henkilötietolaki 523/1999).

Asiakastiedon käsittelyn yleisiin vaatimuksiin kuuluu myös velvollisuus seurata asiakastiedon käyttöä ja luovutusta. Palvelun antajalla on velvollisuus pitää ajan tasalla olevaa rekisteriä omien asiakasrekisterien käyttöoikeuksista sekä kerätä käyttölokiteidot jokaisesta käyttötapatumasta. Palvelujen antajalla on velvoite myös seurata omien asiakasrekistereiden osalta tietojen luovutusta. Aktiivinen seurantavelvoite turvaa asiakkaan yksityisyyden suojan. Keskeistä on, että potilastietojen oikeutettu käyttö turvataan, eikä minkäänlaista oikeudetonta käyttöä ilmene. Asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lain tavoitteena on ollut myös edistää asiakkaan tiedonsaantia omista asiakastiedoistaan, mukaan lukien käsittelyyn liittyvät lokiteidot. Näin asiakas pystyy seuraamaan omien tietojensa oikeutettua käyttöä. (Hopia & Koponen 2007, 18-20., 9.2.2007/159; 5 § ja 14 §.)

Laissa potilaan asemesta ja oikeuksista (17.8.1992, 3. §) määritellään potilaan oikeus laadultaan hyvään hoitoon. Tässä painotetaan tarjoamaan jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle henkilölle oikeus ilman syrjintää terveydentilansa edellyttämään laadultaan hyvään hoitoon. Hoito tulee järjestää ja henkilöä tulee kohdella niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata, kunnioittaen hänen vakauttaan ja yksityisyyttä. Potilaan hoidossa tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet sekä kulttuuri. Potilaalla on oikeus tulla kuulluksi suomen ja ruotsin kielellä, saaden toimituskirjansa kyseisin edellytyksin unohtamatta oikeutta tarvittavaan tulkkaukseen. (Finlex 2010d.)

Kansanterveyslain (1972/66, lakimuutos 25.11.2005/928), 1 luvun 1§:ssä määritellään kansanterveystyö. Kansanterveydellä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa. Terveydenhuollon toimintayksikkönä pidetään laitosta, joka toimii kansanterveystyön vastaavan toimielimen alaisena. Kansanterveyslain 3. luvussa käsitellään kunnan kansanterveystyötä. Kunnan tulee huolehtia asukkaiden terveysneuvonnasta, terveystarkastuksista ja seurata asukkaiden terveydentilaa ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin sekä järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito ja toteuttaa mielenterveystyötä laissa tarkoitetulla tavalla. (Ranta 2006, 179-182.)

STM:n asetus 298/2009 koskee potilasasiakirjoja, niiden laatimista ja säilyttämistä. Asiakirjoihin tulee kirjata potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan vuoksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Jokaisesta potilaasta tulee pitää jatkuvaa potilaskertomusta. Tähän tulee tehdä merkintöjä potilaan jokaisesta palvelutapahtumasta. Merkinnöissä tulee näkyä taudinmääritys, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Potilaskertomuksessa tulee ilmetä keskeiset hoitotiedot; esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, terveysriskit tai taudinmääritys sekä hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, johon sisältyy sairauden seuranta ja loppuarviointi. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, Ranta 2006, 236- 237.)

3.3 Etiikka

Eettiset ja salassapitokysymykset tulevat opinnäytetyössä eteen vaiheessa, jossa tiedustellaan kyselylomakkeen avulla esimerkiksi osastolle tulevien asiakkaiden tulossyyn luonteita tai hoitoprosessien pituuksia. Kysely toteutetaan niin, etteivät kyseisten asiakkaiden ikä, sukupuoli tai muut profiilikuvaukset anna minkäänlaisia tunnustusmahdollisuuksia. Kuten hoitohenkilökuntaa, myös opinnäytetyötä tekeviä velvoittaa lainsäädäntö, joka säätelee hoitotyön tiedon hallintaa. (Laurea 2009.) Pyrkimyksenä kaikissa työvaiheissa on noudattaa yleisimpiä terveydenhuollon eettisiä periaatteita sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta. Säädökset velvoittavat opinnäytetyöntekijöitä työn päättymisen jälkeenkin. (Finlex 1994c/559.)

3.4 Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuinen hoitotyö käsitteenä tarkoittaa monissa yhteyksissä tapaa organisoida hoitotyötä, mutta myös filosofista toimintaperiaatetta. Se nähdään myös hoitotyön jakomallina, jossa tarkastellaan tiettyjä omahoitajan tehtäviä, jotka on sovittu potilaan hoidossa. Yksilövastuisessa hoitotyössä jokaiselle potilaalle on nimetty hänestä vastuussa oleva omahoitaja. Omahoitaja koordinoi hoitoa potilaan kanssa tehtävänä, kahden tasavertaisen ihmisen yhteistyönä potilaan sen hetkisen terveyden edistämiseksi. Omahoitaja on vuorovaikutuksessa potilaan ja tämän omaisten kanssa sekä kommunikoi tarvittaessa muiden ammattiryhmien kanssa ja ohjaa muita hoitajia potilaan parhaan hoidon saavuttamiseksi. (Pukuri 2002.) Potilas elää ainutlaatuisia elämäntilannettaan ja omahoitaja tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön henkilökohtaisen ammatillisuutensa. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutuminen edellyttää, että seuraavat keskeiset tunnuspiirteet toteutuvat: vastuullisuus, potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, koordinointi, autonomia sekä kattavuus. (Munnukka & Aalto 2002.)

Yksilövastuinen hoitotyö on eräs keskeinen ajattelu- ja toimintatapa pyrittäessä korkeatasoiseen hoitotyöhön. Yksilövastuisen hoitotyön on odotettu lisäävän potilaan mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksen tekoon. Tulevaisuudessa tullaan korostamaan yhä

enemmän asiakkaan roolia osana omaa hoitoa. Asiakkaan aktiivisen hoitoon osallistumisen edellytyksenä on hyvin toimiva ja tasavertainen yhteistyösuhde asiakkaan ja hoitotyön henkilöstön välillä. Yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajentamisen, minkä voidaan olettaa lisäävän työn mielekkyyttä, ammatillista kasvua ja sairaanhoitajan ammatillisen aseman paranemista. (Munnukka & Aalto 2002, 39-43.)

3.5 Hoitotyön sähköinen rakenteinen kirjaaminen

Sähköinen kirjaaminen hoitotyössä tapahtuu hoitotyön prosessin mukaisesti. Hoitotyön prosessi muodostuu hoitotyön tarpeesta, tavoitteista hoitotyössä, auttamismenetelmistä sekä toteutuksesta ja arvioinnista. (Iivanainen & Syväoja 2008, 651.) Sähköisen potilaskertomuksen avulla saadaan tietoa tuotettua ja hyödynnettyä tehokkaammin. Eri palvelujen antajat voivat hyödyntää toistensa tuottamia potilasasiakirjoja kansallisesta arkistosta, potilaan suostumusta edellyttäen. Yhteisesti sovittu kertomusrakenne, sisältömääräykset, luokitukset sekä yhteisesti sovitut sanastot ovat tärkeässä asemassa, jotta eri järjestelmät pystyvät hyödyntämään kirjattua tietoa. Toisistaan irralliset tietojärjestelmät yleensä lisäävät kirjaamista. Sähköinen potilaskertomus mahdollistaa ajantasaisen tiedon käytön samanaikaisesti useassa eri paikassa. (Hartikainen ym. 2009.)

Rakenteinen kirjaaminen edellyttää termistöjen käyttöä. Termistöjä ovat sanastot, luokitukset ja nimikkeistöt. Yhteiset, selkeät termit ovat tärkeitä kirjaamisen muutoksessa, niin potilasturvallisuuden toteutumisen kuin kirjaamisen sujuvuudenkin kannalta. (Jokinen 2005, 19-22.) Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen edellyttää hoitotyön ammattilaisilta hoitotyön kirjaamisen teorian hallitsemista sekä entistä parempaa suunnitelmallisuutta. Se laittaa ajattelemaan hoitotyötä prosessina sekä selkeämpinä kokonaisuuksina. (Iivanainen & Syväoja 2008.) Rakenteisuus kirjaamisessa tarkoittaa sitä, että tietosisältö on määritelty ainakin otsikkotasolla ja lisäksi on määritelty tiedon muoto sekä niiden esittämisessä käytettävät luokitukset, nimikkeistöt tai sanastot ja koodistot (Saranto ym. 2008, 96-100).

Kirjaaminen hoitoprosessin eri vaiheissa tapahtuu käytännössä siten, että hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksista valitaan luokka, jota täydennetään vapaalla tekstillä. Hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten komponentit jakaantuvat pääluokkiin ja alaluokkiin. Vapaata tekstiä kirjataan pää- tai alaluokan jälkeen. (Hartikainen ym. 2009.) Kirjaamisen edellytyksenä ovat vakioidut luokitukset ja termit. Hoitotyön luokitukset eivät kuitenkaan korvaa hoitotyön prosessia päätöksiä tehtäessä. (Tanttu & Saranto 2006, 23-25.)

Ydintiedot muodostavat keskeisen sisällön rakenteisessa kirjaamisessa (Tanttu & Saranto 2006, 23-25). Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset sekä hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto (Hartikainen ym. 2009). Ydintietoihin katsotaan kuu-

luvaksi myös mm. potilaan, hoitajakson ja tapahtuman tunnistetiedot, ongelmat sekä diagnoosit, tutkimukset ja toimenpiteet, hoitotahto, fysiologiset mittaukset sekä terveyteen vaikuttavat tekijät (Kinnunen 2007, 19, Häyrisen ym. 2004 mukaan). Ydintiedot pitävät sisällään yhteiset termistöt ja sanastot, luokitukset ja nimikkeistöt. Ydintiedot antavat kokonaiskuvan potilaan terveystilasta ja sairaushistoriasta ja siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. (Saranto ym. 2008, 112-113.) Ydintietoja tarvitaan takaamaan potilastietojen turvallinen kulkeminen sähköisesti yksiköstä toiseen sekä takaamaan potilastietojen virheetön siirtyminen eritayksiköiden välillä (Kinnunen 2007,8). Hoitotyön kirjaamisessa hyödynnetään ydintietoja sekä Suomalaista hoitotyön luokitusta (FinCC), joka pitää sisällään hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0.1), hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0.1) sekä hoidon tuloksen tilaluokituksen (SHTuL 1.0) (Hartikainen ym. 2009).

Hoidon tarve on yksi kansallisesti määritelty hoitotyön ydintieto. Tarveluokitusta SHTaL 2.0.1 käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen poliklinikoilla, vuodeosastoilla ja avosektorilla. Hoitotyön tarveluokituksessa on 19 komponenttia, joiden alla on pääluokkia. Pääluokat jakautuvat alaluokkiin. Luokkia täydentää vapaatekstiosuus, joka antaa tarkkaa tietoa yksittäisen potilaan hoitotiedoista. (Saranto ym. 2008, 88-89.) Hoidon tarvetta arvioidaan keräämällä tietoja potilaasta, haastatteleamalla häntä, havainnoimalla sekä analysoimalla tietoja potilaasta. Tiedon lähteenä käytetään potilaspapereita sekä omaisia ja itse potilasta. Potilaskertomukseen kirjataan vain olennaisimmat tiedot. (Iivanainen & Syväoja 2008, 651-652.)

Hoitotyön toimintoluokituksissa SHToL 2.0.1 on myös 19 komponenttia, joiden alla on pääluokkia ja niiden alla edelleen alaluokkia. Hoitotyön toiminnot on yksi kansallisesti määritelty hoitotyön ydintieto. Luokitusta käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen. Hoitotyön toiminnot valitaan tavoitteiden ja tarpeiden mukaan, niin että ne vastaavat tarpeisiin. Auttamismenetelmien valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat mm. potilaan itsehoitoisuus, henkilökunnan määrä sekä hoitovälineiden saatavuus. Auttamismenetelmiä voivat olla esimerkiksi potilaan ohjaaminen, tukeminen, seuranta tai vaikkapa jonkin hoitotoimenpiteen tekeminen. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653.)

Hoidon tulos on myös kansallisesti määritelty hoitotyön ydintieto. Hoitotyön tilaluokitukset SHTuL 1.0 jakautuvat: tila ennallaan (EN), Tilanne huonontunut (HUO), Tilanne parantunut (PA). Potilaan terveydentilan muutosta arvioidaan siis hoitotyön tulosluokitusten mukaisesti, hoitotyön tilaluokituksia käyttäen. (Iivanainen & Syväoja 2008, 654.)

3.6 Kirjaamisen muutos ja sen mukana tuomat edut

Hoitotyön kirjaus on usein sairaanhoitajan tekemää tehtäväkeskeistä kirjausta, jossa on kirjattu mm. potilaan nukkumisesta, suihkussa käymisestä ja lääkäreiden määräysten toteuttamisesta. Tällainen kirjaus ei ole välttämättä potilaan tarpeista lähtöisin olevaa, oleellista tietoa. Sairaanhoitajat ovat tottuneet kirjaamaan potilaasta aivan kaiken toiminnan sekä kaikki itse tekemänsä työt pikkupesuista katetrin tyhjennykseen. Kun osataan kirjata olennaiset asiat, kirjaaminen on selkeämpää ja informatiivisempaa. Jos hoitosuunnitelma potilaan tarpeen määrittelyineen puuttuu, on hoitohenkilökunnan vaikeaa kirjata potilaan voinnin kannalta olennaisia asioita. Rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen sekä järjestelmien kehittyminen mahdollistavat myös hoitotyön kirjaamisen kehittymisen, mutta tuovat myös siihen lisää haasteita. Hoitoprosessin hallinta, potilaan saaman ohjauksen ja neuvonnan kirjaaminen sekä päätöksenteon näkyville saaminen ovat suuria haasteita kirjaamisessa tulevaisuudessa. (Mäkilä 2007,35-40.)

Kirjaamisen muutoksen myötä potilas voi osallistua entistä enemmän omaan hoitoonsa osallistumalla oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin, ja tuomalla esiin omat tarpeensa. Esitietojen kerääminen sekä tulohaastattelu ovat tärkeässä asemassa suunniteltaessa potilaan hoitoa. Esitietojen tulee olla kattavia, jotta potilaan saama hoito olisi yksilöllistä ja potilaan tarpeisiin vastaavaa. Potilaan tulee olla ajan tasalla oman hoitonsa suunnitelmista ja tavoitteista, jotta hän voi itse osallistua hoitoon. Kirjattaessa potilaan hoidon tarpeita pitää huomioida, että tarpeet kuvaavat potilaan vointia ja niihin voidaan vastata hoitotyön toiminnoin. Hoidon suunnittelun tarkka kirjaaminen tekee potilaan hoidon toteutuksen ja arvioinnin helpommaksi. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 6-9.)

Kirjaamiseen tarvitaan terveydenhuollossa muutosta, jotta hoitotiedot olisivat käytössä viiveettömästi ja kirjaaminen olisi yhdenmukaista sekä standardoitua. Tarkoituksena on edistää hoitotietojen käyttöä potilaan parhaaksi. Yhtenäinen kirjaamistapa edistää myös potilasturvallisuutta ja takaa hoidon jatkuvuuden esteettömästi eri hoitolaitosten välillä. Rakenteinen sähköinen kirjaaminen myös takaa sen, että kirjaaminen on selkeämpää ja yhdenmukaisempaa. Oleellinen muutos, joka kirjaamisen myötä tulee, on että potilaskertomuksesta haetaan tietoa hakusanojen avulla. Tämän vuoksi käytetään yhteisiä termejä ja asiasanoja. (Saranto ym. 2008, 14-16, 234-247.)

Hoitokertomus jaetaan kahteen osaan, hoitotietoihin ja hoitokertomuksen perustietoihin. Perustiedot pitävät sisällään mm. hoitoon tulon syyn ja hoidon tavoitteet sekä tulokset. Hoitotiedot taas sisältävät hoitajien tekemät päivittäiset merkinnät hoidon suunnittelusta, sen toteutuksesta sekä hoidon arvioinnista. Yhteinen kieli kirjaamisessa yhdistää potilaan hoitotiedot tieteelliseen tietoon. Tämä edesauttaa selvittämään esim. jonkun potilasryhmän hoitotyön menetelmiä. Näin saadaan myös tietoa hoitotyön menetelmillä aikaansaaduista tuloksista.

ta. Yhtenäisen kirjaamisen avulla vältetään myös päällekkäisyyttä kirjaamisessa. (Tanttu & Saranto 2006, 23-25.)

Tulevaisuudessa kirjataan sähköisesti käyttäen hoitotyön luokituksia. Nykyään käytäntö kirjaamisessa vaihtelee hoitopaikan mukaan. Joissakin paikoissa kirjataan vielä manuaalisesti, eikä sähköistä kirjaamisjärjestelmää ole käytössä. Joissakin paikoissa taas on käytössä sähköinen kirjaamisjärjestelmä, mutta ei rakenteista kirjaamistapaa. Nykyään myös hoitotavoitteiden ja keinojen kirjaaminen on satunnaista ja vaihtelee. Kirjaaminen on myös kokonaisuutena todella pirstaleista. Monesti hoitosuunnitelmaa ei kirjata, vaan se on hoitajan mielessä. Kirjaaminen pitää sisällään tehdyn hoitotyön, sen arvioinnin ja tavoitteet, mutta ei varsinaista hoitosuunnitelmaa. (Tanttu & Saranto 2006, 23-25.)

Hyvä kirjaaminen auttaa varmistamaan potilaan hyvän hoidon. Potilaalle se merkitsee oikeutta hyvään hoitoon. Hyvä ja huolellinen kirjaaminen hoitotyössä takaa potilaan hoidon jatkuvuuden, turvallisuuden ja yksilöllisyyden. Kirjaamisen taitoja tarvitaan hoitotyön kuvaamisessa, arvioinnissa ja tiedonvälityksessä. Hoitotyön sähköinen rakenteinen kirjaaminen lisää näyttöön perustuvan tiedon hyväksikäyttöä sekä parantaa hoidon kustannusvaikuttavuutta. Se myös lisää tiedon käytettävyyttä, toimiessaan seurannan ja tilastoinnin viiveettömänä apuvälineenä. (Kinnunen 2007, 11-13.)

3.7 Rakenteisen kirjaamisen mukanaan tuomat haasteet

Rakenteinen kirjaaminen tuo mukanaan etujen lisäksi myös haasteita, joihin on kiinnitettävä huomiota. Esiin on noussut ongelmia mm. resurssien riittävyydestä sekä tietojen riittävyydestä ja asiallisuudesta. Tärkeää olisi, että kirjattaessa kirjataan kaikki oleelliset tiedot jättämättä mitään tärkeää kirjaamatta. Pää- ja alaluokkien lisäksi vapaan tekstin osuus on siis merkittävä ja hyvin informatiivinen. (Tanttu & Saranto 2006, 23-25.)

Haasteena rakenteisessa kirjaamisessa on tietotekniikan käytön lisääntyminen. Osalla hoitohenkilökunnasta ei ole tietoteknisiä valmiuksia, sillä he eivät ole välttämättä saaneet lainkaan tietoteknistä koulutusta. Tietotekniikan hallitseminen on kuitenkin edellytys rakenteiselle kirjaamiselle. Hoitohenkilökunta kuitenkin kokee, että tietotekniikka parantaa hoitotyön kehittämismahdollisuuksia. (Lajunen 2009, Virolaisen 2006, 81 mukaan.) Resursseja tulee ohjata rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoon riittävästi, jotta saadaan kirjaaminen toimivaksi. Aikaa kirjaamiseen tulee järjestää hoitohenkilökunnalle riittävästi ja kirjaamisen toteuttaminen käytännössä tulee organisoida hyvin. Myös tietokoneita tarvitaan lisää, jotta kenenkään ei tarvitsisi jonottaa päästäkseen kirjaamaan. Potilastyö ei saa kärsiä kirjaamisesta ja sen viemästä ajasta. (Kuusisto 2008, 34-37.)

Esimies on tärkeässä asemassa kirjaamisprojektin käynnistyessä. Esimiehen tuki ja hänen järjestämänsä keskustelu sekä koulutus ovat merkittävä asia, jotta jokainen ymmärtää rakenteisen kirjaamisen tärkeyden ja perusteet sille, miksi rakenteiseen kirjaamiseen siirrytään. Yksiköissä kirjaamisen sisältöä voidaan vahvistaa määrittelemällä kirjaamisen minimikriteerit sekä laajentamalla vertaisarvioinnin käyttöä. (Kuusisto 2008, 34-37.)

3.8 Hoitotyön kirjaamisen minimivaatimukset

Kirjaamiselle voidaan asettaa minimivaatimukset, jotka pitävät sisällään mm. seuraavat asiat: kirjattujen tietojen tulee olla vain hoidon kannalta oleellisia ja kirjaamisen tulee olla myös selkeää sekä loogista. Kirjaamisesta tulee käydä ilmi hoitotyön ongelmat, tavoitteet, saavutetut tulokset ja näiden tulee olla asiallisesti kirjattu. Kirjaamisesta tulee ilmetä selvästi onko kirjattu asia sairaanhoitajan, potilaan tai hänen läheisensä käsitys tai tulkinta. Potilasasiakirjoista tulee löytyä perustelut hoitotyön päätöksenteolle. Asiakirjoissa tulee käyttää yleisesti tunnettuja lyhenteitä ja asiasanoja ja niistä tulee ilmetä asiakirjan kirjoittaja allekirjoituksella. (Tuomikoski 2008, 11-12; Finlex 99/2001.)

Minimivaatimuksena on se, että potilasasiakirjoihin merkittävät tiedot ovat laajuudeltaan riittäviä ja vain olennaiset asiat kirjataan. Merkintöjen tulee olla ymmärrettäviä, jonka vuoksi käytetäänkin yleisesti tunnettuja asiasanoja ja termejä. Jokaisen potilaan hoitoon osallistuvan terveydenhuollon ammattilaisen ja terveydenhuollon yksikön tulee kirjata potilaistaan jatkuvaan muotoon laadittua ja aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilaskertomuksesta tulee ilmetä potilaan perustiedot sekä tiedot jokaisesta potilaan osastohoitojaksoista, kotihoitokäynnistä sekä avohoitokäynnistä. Kirjatuista tiedoista tulee ilmetä tulosy, nykytila ja havainnot, esitiedot, tutkimustulokset, taudinmääritys, ongelmat, hoidon suunnittelu, toteutus ja seurannat, sairauden kulku ja loppulausunto. Rakenteista, yhtenäistä kirjaamista tarvitaan, koska organisaatiokohtaisista arkistointitratkaisuksista siirrytään valtakunnallisesti keskitettyyn sähköiseen arkistointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Finlex 298/2009.)

3.9 Dialyysipotilaan hoitotyö

Dialyysihoito toteutetaan asiakkaan ja asiantuntijan yhteistyönä. Hoidossa tuetaan asiakasta jatkamaan omaa elämäänsä rajoitusten puitteissa. Hoito on kokonaisvaltaista hoitoa ja se sisältää potilaan dialyysihoidon opetuksen, hoidossa avustamisen ja seurannan. (Kuuhala 2008, 6; Polaschekin 2003 mukaan.)

Dialyysipotilaan osallistuminen omaan hoitoonsa vahvistaa dialyysipotilaan toivoa. Dialyysihoidon toteuttaminen voi olla joko täysin itsenäistä hoidon toteuttamista, joko sairaalassa tai kotona, tai sitten se voi olla hoitoon osittain osallistumista esimerkiksi kokoamalla dialyysikone. Potilaan kannustaminen omaan hoitoonsa vahvistaa potilaan voimavaroja. Potilaan lähtö-

kohtiin perustuva yksilöllinen ja potilaan vastuunottoa edistävä dialyysihoidotyö vahvistaa potilaan toivoa. Potilaan omahoidon onnistumisen kannalta tärkeää on dialyysihoitajan antama ohjaus. Dialyysihoidon lisäksi potilaan on opittava dialyysipotilaan ruokavalio rajoituksiin sekä nesterajoitukset. (Kuohula 2008, 44-45.)

3.9.1 Munuaisten vajaatoiminta

Munuaisten vajaatoimintaa aiheuttavat eri sairaudet, kuten diabetes, krooniset munuaistulehdukset, korkea verenpaine ja synnynnäiset sairaudet sekä tietyt lääkeaineet. Munuaisten vajaatoiminta jaetaan akuuttiin ja krooniseen munuaisten vajaatoimintaan. Akuutissa muodossa tauti kehittyy yleensä äkillisesti ja olennaista onkin tehokas ja nopea hoito. Krooninen munuaisten vajaatoiminta on hitaasti kehittyvä ja pitkäaikainen tila, joka johtaa usein pysyvästi munuaisten toiminnan heikkenemiseen tai munuaisten koko toiminnan loppumiseen tehokkaasta hoidosta huolimatta. Munuaisten vajaatoiminnan hoitona käytetään lääkkeitä, ruokavaliota sekä dialyysihoidoa ja munuaisten siirtoa tarvittaessa. (Musili 2009.)

Munuaistaudin vaiheen määrittäminen tehdään taustasairaudesta riippumatta glomerulusten toimintakyvyn perusteella. Diagnoosi munuaisten vajaatoiminnasta tehdään vasta kun munuaisten toiminta on pysyvästi alentunut. Vuonna 2008 dialyysihoidoa sai Suomessa noin 1600 henkilöä. Vuosittain noin kahdelle sadalle henkilölle tehdään munuaisten siirto. Krooninen munuaistauti ja vajaatoiminnan aste jaetaan vaiheisiin 0-5, jossa 0 tarkoittaa kohonnutta riskiä sairastua munuaistautiin. Aste 5 tarkoittaa korvaushoitoa vaativaa sairautta. (Musili 2009.) Lievä munuaisten vajaatoiminta ei aiheuta välttämättä mitään oireita, mutta se voidaan todeta laboratoriotutkimuksilla. Pitkälle edennyt vajaatoiminta sen sijaan aiheuttaa potilaalle väsymystä ja suorituskyvyn laskua. Tavallisia oireita ovat myös suonenvedot sekä levottomat jalat. Potilaalla voi olla oireena ihon kutinaa, ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia. Hänellä voi esiintyä myös turvotuksia sekä painon laskua. Nämä ovat munuaistaudin myöhäisvaiheen oireita. (Saha 2009.)

3.9.2 Dialyysihoido

Dialyysimuotoja ovat hemodialyysi ja peritoneaali- eli vatsaontelodialyysi. Hemodialyysissä potilaan veri kiertää dialyysikoneessa, kehon ulkopuolella. Veri johdetaan keinomunuaisessa olevan dialyysiaattorin kalvostoon ja sieltä takaisin elimistöön. Hoito on yleensä kolme kertaa viikossa ja kerrallaan se kestää noin 4-5 tuntia. Useimmiten hoito suoritetaan sairaalassa, mutta joissakin tapauksissa hemodialyysin voi tehdä myös kotona. (Musili 2009.) Ennen hemodialyysihoidon aloittamista potilaalle tehdään leikkauksessa fisteli toiseen yläraajaan. Leikkauksessa laskimo yhdistetään valtimosuoneen. Ennen hemodialyysihoidon aloittamista fistelisuoneen pistetään kanyylit, joiden kautta veri johdetaan dialyysilaitteeseen ja takaisin elimistöön. Jotta

hemodialyysihoito onnistuu, onkin tärkeää että fisteli toimii hyvin ja sitä voidaan käyttää toistuvasti. (Musili 2009.)

Jos potilaan omista suonista ei pystytä rakentamaan fisteliä, voidaan käyttää myös graftia, joka on valtimon ja laskimon väliin asennettava keinomateriaalista tehty verisuoni. Joskus käytetään myös keskuslaskimokatetria, jossa keskuslaskimoon asennetaan kaksi katetria, jotka kytketään ihon alle upotettavaan metalliseen rasiaan. Yleensä keskuslaskimokatetria käytetään silloin, kun fisteli tai grafti on joutunut epäkuntoon. (Musili 2009.) Keskuslaskimokatetri tulisi suojata peseytymisen ajaksi. Ihoa katetrin ympärillä tulisi seurata, jotta mahdolliset alkavat infektiot havaitaan. Saunomista ja uimahallissa käymistä ei keskuslaskimokatetripotilaille suositella. (Heiskanen 2010.)

Hemodialyysipotilaan kanssa keskustellaan yleensä voinnista, oireista ja hoitamisesta. Potilaat ovat yleensä kiinnostuneita omaan hoitoonsa liittyvistä asioista, kuten veriarvoistaan ja verenpaineestaan sekä dilyysihoidon aikaisesta nesteestä. Potilas tarvitsee neuvoa ja tukea ruokavalion toteuttamisessa, lääkkeiden ottamisessa ja veritien hoidossa. Potilaan on tärkeää tietää, että käsivarressa olevan fistelin tai graftin kanssa voi elää normaalisti. Fistelin toimintaa on vain seurattava päivittäin ja puristusta aiheuttavia asioita, kuten verenpaineen ottamista tai vaikkapa rannekorujen tai sormusten pitämistä kädessä, jossa veritie on, vältetään. (Heiskanen 2010.)

Toinen dialyysimuoto on peritoneaali- eli vatsaontelodialyysi. Siinä ihmisen oma vatsakalvo toimii dialyysikalvona. Vatsaonteloon katetrin kautta valutettu dialyysineste imee vatsakalvon läpi verenkierrosta kehon ylimääräisen veden, kemikaaleja sekä kuona-aineita. Kun ylimääräiset aineet ovat imeytyneet dialyysinesteeseen, valutetaan neste ulos vatsaontelosta ja tilalle vatsaonteloon valutetaan puhdasta dialyysinestettä. Peritoneaalidialyysiä voidaan toteuttaa niin yöllä kuin päivälläkin. Hoitomuotoa kutsutaan ”pussidialyysiksi” ja se tehdään usein kotona itsenäisesti sairaalasta saadun ohjauksen jälkeen. (Musili 2009.)

Ennen peritoneaalidialyysiä asennetaan alavatsaan katetri, jonka kautta hoito voidaan toteuttaa. Alavatsaan tehdään pieni leikkaus katetrin laittoa varten, eikä dialyysihoitoa voida yleensä aloittaa heti leikkauksen jälkeen. Peritoneaalidialyysiä voidaan toteuttaa myös jatkuvana muotona. Dialyysinesteet vaihdetaan tässä käsin ja dialyysi toimii siten jatkuvasti. Vaihdot tapahtuvat ilman dialyysilaitetta esim. 4-5 kertaa vuorokaudessa. Automaattisessa peritoneaalidialyysissä hoito toteutetaan öisin koneen avulla. Kone hoitaa dialyysinesteen vatsakalvon sisään- ja ulosvaluttamisen. (Musili 2009.)

Peritoneaalidialyysipotilaan ohjauksessa on tärkeää huomioida infektioiden ehkäisy. Infektioita ehkäistään vaihtamalla pussi aseptisesti, hoitamalla kädet hyvin ja hoitamalla katetrin

juurta. Muutoinkin infektioiden ehkäisy ympäri kehoa on tärkeää. Ravitsemusohjauksessa kiinnitetään huomiota mm. sokerin määrään ruokavaliossa, sillä dialyysinesteestä imeytyy sokeria elimistöön ja tämä lisää lihomisen riskiä sekä nostaa veren triglyseriditasoa. Dialyysinesteen mukana poistuu proteiinia, joten riittävä proteiinin saanti ruokavaliosta on taatava. Peritoneaaldialyysipotilailla on fosfori- ja suolarajoitus, kuten hemodialyysipotilailla. (Kilpiö 2010.)

3.9.3 Munuaispotilaan ravitsemus

Munuaispotilaille riittävä energian saanti kaikissa hoitovaiheissa on tärkeää. Vaikeassa munuaisten vajaatoiminnassa proteiinin saantia tulee rajoittaa, mutta tällöin tulee huomioida lisäenergian saanti mm. hiilihydraatteja ja pehmeitä rasvoja käyttämällä. Munuaisten vajaatoiminta ei vaikuta energian tarpeeseen, mutta energian tarve voi olla alentunut munuaispotilaan iän ja vähäisen liikkumisen vuoksi. Diabetesta sairastavan dialyysipotilaan on huomioitava, että insuliinin tarve on usein vähentynyt pitkälle edennyttä vajaatoimintaa sairastavilla. Energian tarpeen seuranta arvioidaan painoseurannalla, jota toteutetaan esim. dialyysihoidossa mittaamalla ns. dialyysihoidon jälkeinen kuivapaino. Kuivapainoon vaikuttaa mm. dialyysipotilaan käyttämän suolan määrä. (Musili 2009.)

Varhaisissa munuaisten vajaatoiminnan vaiheissa proteiinia voidaan käyttää lähes normaalisti, kun taas vaikeassa vajaatoiminnan vaiheessa proteiinin käyttöä on rajoitettava. Dialyysihoidon aikana proteiinin tarve taas on tavallista runsaampi. Proteiiniravitsemuksen seurannassa käytetään mm. plasman albumiinin seurantaa sekä ruokapäiväkirjan pitoa. (Musili 2009.)

Ruokavaliossa oleellista on proteiinitasapainon ohella fosforirajoitus, jonka lisänä käytetään fosforia sitovaa lääkitystä. Fosforia aletaan rajoittamaan ruokavaliossa, kun kalsiumarvo laskee ja plasman/seerumin fosforiarvo kohoaa. Riittävästä kalsiumin saannista on myös pidettävä huolta munuaistaudin kaikissa vaiheissa. Kalsiumin liikasaantia on kuitenkin vältettävä. Suolan saannin rajoittaminen on myös oleellista munuaisten vajaatoiminnan hoidossa ja myös dialyysihoidon onnistumisen kannalta. Jos suolan käyttöä jatketaan normaaliin tapaan, potilas juo nestettä usein enemmän kuin dialyysihoidolla voidaan nestettä poistaa. (Musili 2009.)

Hemodialyysipotilaan ruokavaliossa tavoitteena on taata riittävä energian saanti ja hyvä ravitsemustila takaamalla säännöllinen ja monipuolinen ruokavalio. Nesteitä saa nauttia 800-1000 ml/vuorokausi virtsan erittymisen lisäksi. Nesteisiin lasketaan kuuluvaksi juomien lisäksi juoksevat, nestemäiset ruuat, kuten keitot, vellit, viilit jne. (Heiskanen 2010.)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

Hoitotieteen tutkimuksessa käytetään joko kvantitatiivisia tai kvalitatiivisia menetelmiä, mutta myös niiden yhdistelmiä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12). Tämän opinnäytetyön muoto on toimintakeskeinen. Työtä tehdään yhdessä työyhteisön ja sen edustajien kanssa. Työyhteisöön tuodaan tutkittua tietoa kehittämiskohteesta. Tehtävänä on saada tutkittu tieto palvelemaan käytännön kirjaamista ja sen kehittämistä. Kehittämismenetelmänä ja uuden oppimisen prosessin apuna käytämme juurruttamista. Teemahaastattelua käytetään tiedonkeruumenetelmänä, kartoittamaan nykyinen kirjaamiskäytäntö ja hahmottamaan kehityskohteita kirjaamisessa. Opinnäytetyön tekijät osallistuvat työyhteisön palaveriin ja osastotunteihin, jotka koskevat kirjaamisen muutosta. Tutkittua tietoa etsitään työyhteisölle kirjaamiseen liittyen ja kirjaamista kehitetään käytännössä koko työryhmän voimin. Arviointivaiheessa käytetään kyselylomaketta tiedonkeruumenetelmänä.

4.1 Muutosprosessi

Tunnettu muutosjohtamisen asiantuntija, John Kotter on luonut toimivan 8 kohdan ohjelman organisaatioille muutoksen ollessa edessä. Pääpainotus on viestinnän tärkeydessä sekä siinä, miten tuki ja menestys motivoivat tehokkaasti organisaatiota. Kahdeksan kohtaa jakautuu seuraavanlaisesti: 1. tunteen luominen muutoksen välttämättömyydestä 2. tiimin kokoaminen 3. muutosvision ja -strategian kehittäminen 4. viesti itsesi ymmärrettävästi 5. muiden valtuuttaminen toimintaan 6. lyhytaikaisten voittojen tuottaminen 7. periksi antamattomuus ja 8. uuden kulttuurin luominen. (Kotter 2008, 6-11.)

Ensimmäisessä kohdassa organisaatiolle tulee luoda tunne muutoksen välttämättömyydestä. Menestyäkseen organisaation tulee myös kouluttautua jatkuvasti sekä pitää luovuus ja aloitekyky vahvana. Toisessa kohdassa organisaatiolta edellytetään yhteistä ja todellista halua muutokseen. Tämä vaatii vahvaa johtajuutta ja näkyvää tukea avainhenkilöiltä. Kotterin mukaan onnistuakseen tässä noin 75 % organisaatiosta tulisi saada hyväksymään muutos. (Kotter 2008, 47-73.)

Kolmannessa kohdassa on merkittävää luoda selkeä visio muutoksesta, jotta se auttaisi kaikkia ymmärtämään päämäärän ja motivoisi siihen pyrkimisessä. Kun ihmiset itse näkevät, mitä yritetään tavoitella, he ymmärtävät ohjeistuksen, jota heille annetaan. (Kotter 2008, 47-73.) Neljännessä kohdassa painotetaan vahvasti viestintää. Organisaatiossa tulisi olla runsasta ja avointa viestintää väärinkäsitysten ja epätietoisuuden välttämiseksi. Viidennessä kohdassa organisaatiolle on annettava opastusta ja riittävästi resursseja, jotta organisaatio voi päästä sille asetettuun tavoitteeseen. (Kotter 2008, 47-73.)

Kuudennessa kohdassa organisaatiolle on asetettava välitavoitteet. Tämä motivoi organisaatiota, mahdollistaa positiiviset palautteet ja osoittaa pienetkin uhraukset vaivan arvoiseksi. Seitsemännessä kohdassa tuodaan esille se, että muutoksiin liittyy aina vastarintaa. Tämä on hyväksyttävä. Organisaatiota tuleekin kuunnella tarkkaan ja on arvioitava, mistä vastarinta johtuu. Tunteita tulee käsitellä ja on yritettävä keskittyä asioihin, joihin voi vaikuttaa. (Kotter 2008, 47-73.) Kahdeksannessa kohdassa painotetaan muutoksen juurruttamista osaksi organisaation jokapäiväistä työskentelyä. On tärkeää, että muutoksella saavutettua tilaa tuetaan ja pidetään yllä henkilökunnan ja johdon toimesta. (Kotter 2008, 47-73.)

4.2 Muutosvastarinta

Ihmisen mieli vaihtelee huomattavan paljon muutosprosessin aikana. Organisaatiomuutos on joka kerta sekä yksilölle, että työyhteisölle henkinen muuntumisprosessi. Jokainen ihminen käsittelee ympäristönsä tapahtumia eri tavoin, joten muutos voi viedä aikaa ja tunnelmat voivat vaihdella usein laidasta laitaan prosessin aikana. (Valtee 2002, 33.) Muutosvastarinta saa usein eri ilmenemismuotoja, passiivisesta laiskuudesta aktiiviseen sekä äänekkäisiin mielenilmaisuihin. Muutosvastarinta on luonnollinen osa mitä tahansa muutosprosessia ja sitä ilmenee kaikilla organisaation tasoilla. (Lanning, Roiha & Salminen 1999, 137.)

Kehitysvaiheen alussa kannattaa työyhteisölle korostaa muutoksen merkitystä sekä mahdollisia tulevia ongelmia, jotka ratkaistaan, mikäli niitä ilmenee. Muutoksen vetäjien kannattaa yrittää olla esittämättä omia vaihtoehtojaan ainoina oikeina mahdollisuuksina, sillä tästä saattaa helposti seurata passiivisuutta ihmisissä ja osa saattaa kokea itsensä jopa uhreiksi. Paras tapa onkin esittää vaihtoehtoja, joiden perusteella ihmiset saavat tehdä vertailua ja esittää mahdollisia omia ratkaisuvaihtoehtoja. Usein henkilöillä, jotka voimakkaimmin vastustavat muutosta, on esitettävänä organisaatiolle arvokkaita näkemyksiä. Nämä mielipiteet tulisi ottaa vakavasti. (Laamanen 2001, 270.) Vastarinnan synä saattaa olla myös haluttomuus tai pelko siitä, ettei opi uutta asiaa tarpeeksi nopeasti (Lanning ym. 1999, 138). Osa ihmisistä taas ei välttämättä kykene näkemään muutoksen tarpeellisuutta. Olennaista muutosprosessin onnistumisessa onkin, ettei muutoksia ole liian usein, ja että ne ovat perusteltuja. (Laamanen 2001, 270.)

Johtamisella on suuri vaikutus siihen, kuinka muutosvastarinta ilmenee. On hyvä kiinnittää huomiota siihen, kuinka kehittämisprojektia hallitaan, suunnitellaan, arvioidaan ja kuinka palkitseminen hoidetaan. Voisi olla myös hyvä miettiä, kuinka resurssien tarjonta sekä organisointi ja koordinointi vaikuttavat muutosvastarintaan. (Russell-Jones 2000, 78-81.) Jos halutaan välttää käytännön ongelmia, organisointi ja koordinointi tulisi hoitaa kunnolla. Hyvin tehdyllä organisoinnilla voidaan myös lievittää muutosvastarintaa. Johtajuutta tarvitaan tunnistamaan työyhteisön kehityksen vaiheet sekä organisoimaan asiat niin, että työntekijät pys-

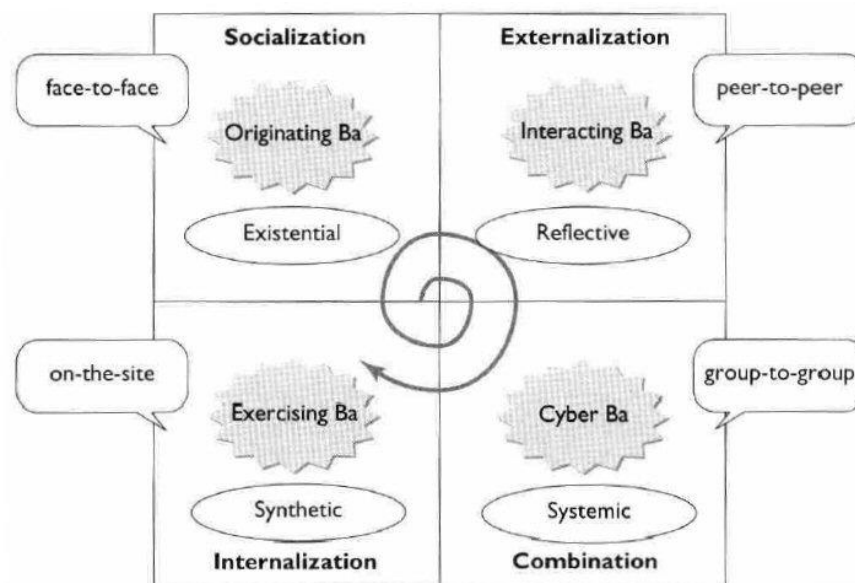
tyvät käsittelemään kyseiseen tilanteeseen kuuluvia oleellisia asioita. Esimiehen tulee luoda järjestystä kaaokseen ja koordinoita tehtäviä, jotka vaikuttavat oleellisesti muutokseen. Tällä tavoin voidaan estää organisaatiota sulkeutumasta ja pyritään saamaan avointa vuorovaikutusta organisaation sisällä. (Lanning ym. 1999, 164.)

4.3 Juurruttaminen

Juuruttaminen on käsite, joka liittyy tietämyksenhallinnan tieteenalaan. Tietämyksenhallinta keskittyy organisaation toiminnassa tarvittavaan tiedon systemaattiseen hallintaan. Japanilaiset professorit Ikujiro Nonaka ja Hirotaka Takeuchi ovat luoneet tiedon luomisen prosessimallin eli SECI-mallin. Tiedon muodostumisen SECI-malliin liittyy läheisesti käsite Ba. Käsitteen Ba on tietämyksenhallintaan luonut professori Nonaka, japanilaisten filosofien Kitaro Nishidan ja Shimizun (1921) kehittelyiden pohjalta. (Nonaka & Nishiguchi 2001, 13-20.)

SECI-mallissa on neljä vaihetta: sosialisatio (socialization), ulkoistaminen (externalization), yhdistäminen (combination) ja sisäistäminen (internalization). Ba luo yhteisen tilan tietynä ajankohtana. Tila voi olla fyysinen tila (esimerkiksi toimisto, taukuhuone, virkistystila), virtuaalinen tila (sähköposti, videoneuvottelu, sosiaalinen media) tai mentaalinen tila (jaetut ideat, yhteiset tavoitteet ja arvot). Ba:n voimistumista voidaan mahdollistaa sitoutumisella, aidolla välittämällä, vapaudella ja luottamuksella. (Nonaka & Nishiguchi 2001, 13-20.)

Kuviossa 1. kuvataan tiivistetysti SECI-mallin ja Ba-käsitteen lomittumista toisiinsa. Siitä ilmenee selkeästi molempien eri vaiheet, joita Nonaka on kuvannut etenevänä, spiraalisena prosessina. Tiedon spiraalissa eksplisiittinen ja hiljainen tieto vuorovaikuttavat jatkuvana kiertona keskenään, luoden koko ajan uutta tietoa. Keskeisenä ajatuksena on, että yksilöt ja organisaatiot jakavat keskenään jo olemassa olevaa tietoa, jolloin se oppimisen myötä vakiintuu lopulta ydinosaamiseksi.



Kuvio 1: SECI and Ba (from Nonaka and Konno, 1998)

SECI-mallin ensimmäisessä vaiheessa (sosialisaatio) hiljaista tietoa jaetaan yksilöiden välillä sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla. Toisessa vaiheessa (ulkoistaminen) hiljaista tietoa käsitteellistetään eksplisiittiseksi, jolloin se on myös muiden käytettävissä. Ulkoistettu ja teoreettinen tieto ovat perusta uuden luomiselle. Kolmannessa vaiheessa (yhdistäminen) uuden ja vanhan eksplisiittisen tiedon palaset kootaan yhteen systemaattisiksi kokonaisuuksiksi, samalla analysoiden ja järjestäen. Neljännessä vaiheessa (sisäistäminen) eksplisiittinen tieto sisäistetään, jolloin se muuttuu hiljaiseksi ja tulee osaksi yksilöiden henkilökohtaista tietopohjaa. Tämän jälkeen kierros jatkuu tiedon spiraalissa takaisin sosialisaatioon, yksilöiden hiljaisen tiedon jakamiseen. Tiedon spiraali eli tiedon määrä, kasvaa sitä enemmän, mitä useampia kierroksia mallissa edetään. (Dierkes, Berthoin Antal, Child & Nonaka 2001, 491-517.)

SECI-malli toteutuu yhdessä tekemisen ja -luomisen tilassa – Ba. Aloittava Ba (originating Ba) on tila, missä ollaan fyysisessä vuorovaikutuksessa keskenään, jakaen kokemuksia, tunnetiloja ja hiljaista tietoa. Keskusteleva Ba (interacting Ba) on tila, jossa taidot muuttuvat yhteisiksi termeiksi ja malleiksi henkilöltä henkilölle. Järjestävä Ba (Cyber Ba) on tila, missä yhteistyöllä uutta ja vanhaa tietoa yhdistetään, saaden näin jälleen uudenlaista eksplisiittistä tietoa. Toiminnallinen Ba (exercising Ba) on tila, missä toteutetaan eksplisiittisen tiedon muuttuminen hiljaiseksi tiedoksi. Tämä tapahtuu varsinaisessa toimintaympäristössä. (Dierkes ym. 2001, 491-517.)

Kehittämistoiminnan menetelmänä tässä opinnäytetyössä käytetään juurruttamista. Juurruttamisen oletusteorianä ovat edellä mainitut SECI-malli ja Ba-käsite. Juurruttaminen tarkoittaa tutkitun tiedon yhdistämistä hiljaiseen tietoon ja tiedon saattamista käytännön työhön.

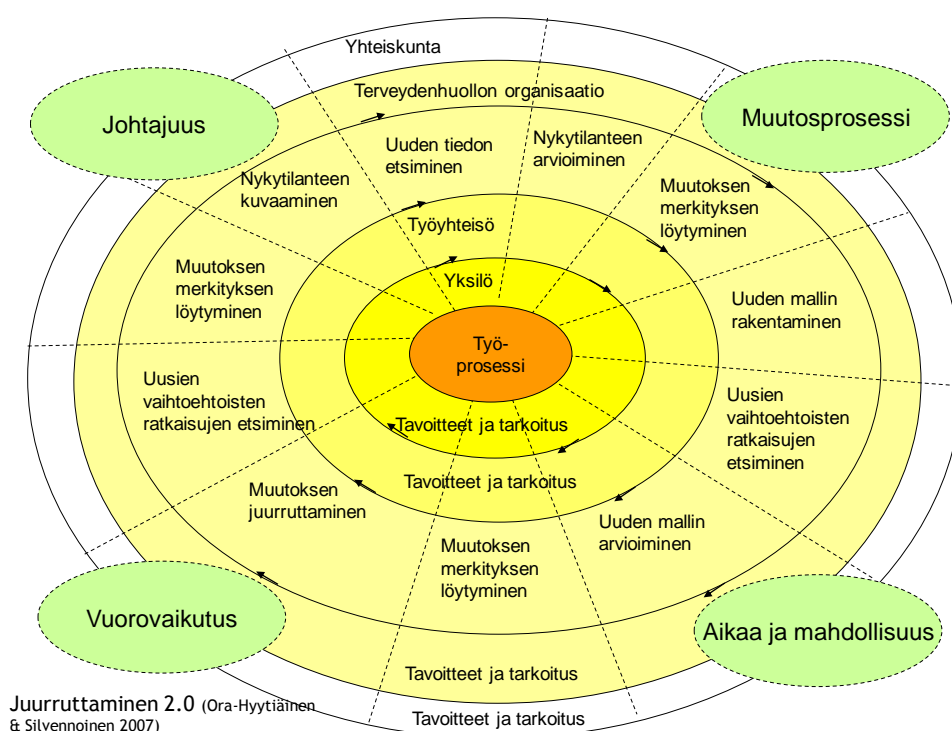
Hyvä vuorovaikutus toimijoiden kesken on tärkeä osa juurruttamista. Työyhteisöllä on oltava yhteinen päämäärä ja kaikkien on sitouduttava tavoitteeseen. Tavoitteen tulee olla realistinen ja saavutettavissa oleva. Työyhteisön on ymmärrettävä muutoksen merkitys yhteisönsä toiminnalle. Ajattelutavan muutos saavutetaan työyhteisössä tuottamalla uutta tietoa kehittämiskohteesta. Kehittäminen on mahdollista vain, jos kehittäminen on työyhteisön päämääränä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)

Juuruttaminen on prosessi, joka tapahtuu vaiheittain (Kuvio 2). Prosessin aikana prosessiin osallistujat luovat uutta tietoa ja kehittävät uusia toimintatapoja ja malleja työyhteisöjen hoitotyötä varten. Juurruttamisessa oppiminen tapahtuu kehittämispohjaisena (LbD) ja sen ydin onkin niin yksilön kuin yhteisön oppiminen. Muutosprosessin toteutumisen kannalta työyhteisön sitoutuminen ja osallistuminen kehittämistyöhön ovat merkittävässä asemassa. Työyhteisön johtaja mahdollistaa muutoksen tapahtumisen järjestämällä mahdollisuuden keskusteluun muutoksesta, uusimpaan tietoon perehtymisen ja eri työvaiheiden arvioinnin. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007 ; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.) Juurruttamisessa johtamiseen ja esimiehen rooliin kuuluu muutoksen salliminen ja sen mahdollistaminen vuorovaikutusta edistämällä sekä luomalla avointa ilmapiiriä. Työryhmät kehittävät muutosprosessin johtamiseen kuuluvia asioita, kuten resurssien käyttöä ja tunteiden käsittelyä sekä varmistavat että tiedon kulku toteutuu. Esimiehen tulee tukea työryhmää ja hänen tulee sisäistää kehittämistoiminnan merkitys osana hoitotyötä, jotta kehittämistoiminta on mahdollista. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)

Prosessin alussa muutoksen merkityksen löytyminen on olennaista. Siinä kehittämisen tavoitteet ja tarkoitukset tuodaan yhteiseen tietoon. Kun muutoksen merkitys on löydetty ja sisäistetty, kuvataan nykyinen toimintatapa, jossa hiljainen tieto tehdään näkyväksi. Nykyisen toimintatavan kuvaaminen selkeästi auttaa tunnistamaan ja tarkastelemaan kehittämiskohteita. Kun kehittämiskohteet ovat selvillä, perehdytään hoitotyön kirjaamista koskevaan uusimpaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Tämän jälkeen työyhteisö valitsee projektissa yhden kehittämiskohteen, jota lähdetään kehittämään. Kehittämiskohdetta kehitetään sekä muokataan työyhteisölle sopivaksi ja siitä luodaan uusi toimintatapa työyhteisölle. Uuden toimintatavan käyttöönotto tapahtuu tämän jälkeen. Kun uusi toimintatapa on otettu käyttöön, arvioidaan juurruttamisprosessi. Hankkeen vaikuttavuutta arvioidaan prosessin viimeisessä vaiheessa. Arviointia tapahtuu kaikissa prosessin eri vaiheissa. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007.)

Kehittämispohjaisen oppimisen mallin (Learning by Developing, LbD) on luonut Katariina Rajj. Tämän mallin ydin on työelämään kuuluva kehittämishanke, jota Laurean opiskelijat vievät eteenpäin yhteistyössä opettajien ja työelämän osaajien kanssa. Parhaimmillaan käytäntöä uudistavissa kehittämishankkeissa tuotetaan uutta tietoa osaamisesta. (Laurea 2007, 5-10.)

Yksi LbD:n eli kehittämispohjaisen oppimisen tavoista on juurruttaminen, jota tässä opinnäytetyössä on käytetty. (Ahonen, Partamies & Ora-Hyytiäinen 2008.) Tutkimus- ja kehittämishankkeissa opiskelijan ohjaaminen ja tukeminen perustuu jaettuun asiantuntijuuteen sekä osallistuvaan ohjaukseen. Opiskelijat osallistuvat yhdessä opettajien ja työelämäasiantuntijoiden kanssa tutkimus- ja kehittämishankeprosessiin. Opettajien tehtävänä on ohjata oppimisprosessia yhteistyökumppanin ja kanssaoppijan roolissa, unohtamatta kuitenkin asiasisältöihin ja menetelmäosaamisiin liittyviä oppimislupauksia. Ohjaamisen lähtökohtana on, että tutkimus- ja kehittämishankkeissa opiskelija on sekä itsenäisesti että yhdessä opiskelijaryhmän kanssa vastuussa oppimisprosessin kulusta. LbD:ssa korostuu opiskelijoiden vertaisohjaus ja yhdessä oppiminen sekä työelämäkumppaneiden ohjauksen merkitys. (Laurea 2007, 10-11.)



Kuvio 2: Juurruttamisen prosessi (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

4.4 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on välimuoto avoimelle haastattelulle ja lomakehaastattelulle. Teemahaastattelussa on aihepiirit, mutta tarkka kysymyksen asettelu sekä kysymysten järjestys puuttuu. Haastattelumuotona se sopii hyvin kvalitatiiviseen tutkimukseen, mutta sitä voidaan käyttää myös kvantitatiivisesti painottuneessa tutkimuksessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.)

Teemahaastattelulle on ominaista että haastattelussa on tietyt teemat, joista haastattelussa keskustellaan. Teoriatietoon perehtyessä tutkittavat ilmiöt ja niihin liittyvät käsitteet selkey-

tyvät. Tutkittavan ilmiön teema-alueet ovat aiheita, joihin haastattelu kohdistuu. Teemoista muodostetaan kysymyksiä, jotka ohjaavat haastattelua. Kysymysten ja teema-alueiden ei pidä olla liian tiukkoja, jotta tutkittavasta ilmiöstä saataisiin mahdollisimman laaja kuva. Haastattelija voi teema-alueiden pohjalta jatkaa sekä syventää haastattelua niin pitkälle kuin hän haluaa ja haastateltavan kiinnostus sekä edellytykset riittävät. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66-67.)

Teemahaastattelu perustuu oletukseen, että kaikkia yksilön ajatuksia, uskomuksia, kokemuksia sekä tunteita voidaan teemahaastattelua käyttäen tutkia. Teemahaastattelu ei sisällä yksityiskohtaisia kysymyksiä ja haastattelumuotona se onkin lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelumuotoa. Se ei kuitenkaan ole täysin vapaa haastattelumuoto, kuten syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47-48.)

Haastatteluteemojen huolellinen suunnittelu on erittäin tärkeässä osassa teemahaastattelua suunniteltaessa. Aina ei kaikista tutkimukseen sisältyvistä ilmiöistä kannata keskustella, vaan teemahaastatteluun voi vapaan keskustelun lisäksi sisällyttää suppeita lomakkeita, joilla olennainen tietoa saadaan tiivistetysti esiin. Tätä seikkaa olisi tärkeää harkita jo suunnittelu- vaiheessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66.)

4.5 Litterointi

Litteroinnilla tarkoitetaan joko nauhoitetun puhemuotoisen aineiston tai haastatteluun osallistuneiden vastaajien omalla käsialallaan kirjoittamien tekstien kirjoittamista puhtaaksi. Litterointi nauhoitetusta aineistosta tuo mukanaan enemmän apuvälineitä tulkita ja havaita tärkeitä yksityiskohtia. Tässä yksityiskohtaisimmiksi havainnoiksi nousevat puheen rytmit, painotukset, murteet ja sävyt. Aineisto tulisi kirjoittaa pian aineiston keräämisen jälkeen, jotta sitä voisi helpommin hallita ja analysoida sopivaan muotoon. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138-141.)

Litterointi on prosessointina hidasta ja siihen menee runsaasti aikaa, joten saattaa olla joissain tilanteissa järkevää miettiä, kannattaisiko kukin haastattelu kirjoittaa puhtaaksi mahdollisimman pian sen tekemisen jälkeen, jottei litterointityöstä tulisi yhtäjaksoisena turhan raskas. Tärkeintä litteroinnissa on saada kaikki puhutut lauseet ja virkkeet kirjoitettua ylös. Toisinaan saatetaan kirjoittaa ylös tekstistä vain tutkittavan aiheen kannalta keskeisimmät seikat. Tämä saattaa kuitenkin lisätä riskiä, ettei jotain pientä ja olennaista, tutkimuksen kannalta tärkeää tulekaan kirjoitettua. Tällöin nämä asiat jäävät tutkimuksen ulkopuolelle. Jos jostain syystä päädytään käyttämään aineistoa vain osittain, niin tämä tulisi aina perustella tutkimusraportissa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138-141.)

Aineistoa litteroitaessa kannattaa numeroida haastattelut, tekstit juoksevin numeroin, jotta aineiston käsittely ja analysointi helpottuu. Numeroinnin lisäksi haastattelun alkuun on hyvä merkitä muitakin tunnistetietoja; haastateltavan sukupuoli, ikä, asuinpaikka ja koulutus tai ammatti, esimerkiksi N35SH. Haastattelun litteraatioon on hyvä lisätä alkuun myös muita merkittäviä huomionkohteita esimerkiksi kolmansien osapuolten läsnäolo, haastateltavan olotila tai taustalla olevat mahdolliset äänihäiriöt. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138-141.)

4.6 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. Tutkittavasta ilmiöstä ja tutkimusongelmasta riippuu, kuinka niitä kannattaa lähestyä ja millaisin menetelmin. Laadullisessa tutkimuksessa teoriaa voidaan käyttää apuvälineenä, joka mahdollistaa esimerkiksi tulkintojen tekemisen kerätystä tutkimusaineistosta. Teoria voi toisaalta olla myös päämäärä, jos tavoitteena on uuden teorian luominen tai aiemman teorian kehittäminen paremmaksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12.)

Analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja pyrkiä järjestämään aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon. Analyysin tarkoituksena on myös lisätä informaatioarvoa, eli toisin sanoen pyrkiä luomaan hajanaisestakin aineistosta yhtenäinen ja mielekäs informaatiokokemus. Tutkija pyrkii muodostamaan yleiskäsitteiden avulla kuvausta tutkimuskohteesta sekä vertailee kokoajan teoriaa ja johtopäätöksiä alkuperäisaineistoon, muodostaen uutta teoriaa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 109-116.)

Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluu aineiston pelkistäminen (reduointi), ryhmittely (klusterointi) ja yhdistäminen (abstrahointi). Pelkistämävaiheessa aineistolle pyritään etsimään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, joko tiivistämällä tai pilkkomalla sitä osiin. Ryhmittelyvaiheessa alkuperäisaineisto käydään läpi tarkasti, etsien eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä kuvaavia käsitteitä. Viimeisessä, yhdistämävaiheessa, käsitteet ryhmitellään ja yhdistellään luokaksi, joka nimetään sen sisältöä kuvaavalla nimellä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 109-116.)

4.7 Kysely

Kyselylomakkeen on havaittu olevan arviointimenetelmänä tehokas ja nopea. Sen avulla voidaan tuottaa sekä laadullista että määrällistä tietoa. Määrällistä tietoa voidaan myös käsitellä tilastollisesti. Kyselylomaketta käytettäessä arvioinnissa etuna on se, että lomakkeessa voi-

daan kysyä monia asioita ja tietoa voidaan kerätä suurelta määrältä ihmisiä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 108-119.) Huolellisesti suunnitellulta lomakkeelta aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida aineistoa. Kyselylomakkeella toteutettu arviointi mahdollistaa arvioinnin aikataulun ja kustannusten tarkan arvioinnin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.)

Heikkoutena kyselylomakkeessa on tiedon pinnallisuus ja se, ettei voida arvioida kuinka onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat osallistujien mielestä. Kyselylomakkeella ei saada myöskään tietoa siitä, kuinka perehtyneitä vastaajat ovat aiheeseen. Perusvaatimus kyselylomakkeen käytölle onkin se, että vastaajat ovat riittävästi perehtyneet aiheeseen. Ellei heillä ole aiempaa tietoa aiheesta riittävästi, kysymyksiin annetut vastaukset muuttuvat epäluotettaviksi. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 108-119.) Kyselylomakkeen ongelmana on se, ettei voida varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen ja pyrkivätkö he vastaamaan rehellisesti ja huolellisesti. Kysymyslomakkeen perusteella ei myöskään selviä, miten hyvin vastaajat ovat perehtyneet asiaan, josta kysymykset esitetään. Ei ole myöskään selvää miten vastaajat ovat kysymykset ymmärtäneet, väärinymmärryksiä kun on vaikea kontrolloida. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Kehittämistoiminnan projekti alkoi Lohjan sairaalan dialyysiosastolla keväällä 2010. Tällöin oletettiin, että sähköinen rakenteinen kirjaaminen tulee käyttöön valtakunnallisesti loppukeväästä 2011. Myöhemmin kävi ilmi, että sähköinen rakenteinen kirjaaminen tulee näillä näkymin dialyysiosastolla käyttöön vuonna 2012. Opinnäytetyön tekijöiden tavoitteena oli kehittää kirjaamista dialyysiosastolla ja olla mukana muutosprosessissa sähköiseen kirjaamiseen siirryttäessä. Vaikka sähköinen rakenteinen kirjaaminen ei tullutkaan vielä käyttöön dialyysiosastolla, koettiin kehittämistehtävä tärkeäksi. Kehittämistoimintaa toteutettiin yhdessä dialyysiosaston henkilökunnan sekä kirjaamisesta vastaavan työryhmän kanssa. Apuna kehittämistoiminnan toteutuksessa toimivat opinnäytetyöpajat, osastotunnit sekä seminaarit, jotka olivat yhteisiä kaikille kirjaamisen projektiin osallistuneille osastoille ja poliklinikoille HUS Lohjan sairaanhoitoalueella.

Tarkoituksena oli tuoda työyhteisölle uutta tutkittua tietoa kehittämiskohteesta ja kirjaamistavan muutoksesta, kirjaamisen kehittämistyötä tukemaan. Uutta tietoa haettiin koko kehittämistyöstä vastaavan työryhmän voimin. Tietoa etsittiin niin sähköisestä rakenteisesta kirjaamisesta, muutosprosessista, dialyysipotilaan hoidosta, hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavista laeista kuin aiemmin toteutuneista kirjaamisen muutosprosesseista sähköistä kirjaamista koskien, erityisesti poliklinikoilla. Tietoa haettiin mm. Laurus-tietokannasta, yliopistojen sivuil-

ta, Medicistä sekä Ovid-tietokannasta. Teoriatietoa kehitystyön tueksi saatiin myös Laurea-ammattikorkeakoulun Optimasta.

Kirjaamishankkeeseen osallistuivat dialyysiosastolla työyhteisön edustajat, työyhteisön opiskelijajäsenet, Laurea-ammattikorkeakoulun kirjaamisen hankkeesta vastaavat opettajat sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kirjaamishankkeesta vastaavat henkilöt. Kirjaamishanke eteni hankkeen yhteisen aikataulun mukaisesti. Työryhmä pysyi hankkeen aikataulussa.

5.1 Nykytilanteen kuvaus

Dialyysiosastolla kirjaaminen tehdään manuaalisesti. Kun potilas tulee dialyysihoitoon, hänetä tulee lähete osastolle. Lähete toimii myös maksusitoumuksena. Lähetteestä ilmenevät potilaan tiedot, tiedot allergioista, muista sairauksista, mahdollisesta MRSA- tai VRE-kantajuudesta tai altistuksesta sekä dialyysitiedot.

Hoitotietoja kirjataan monille eri lomakkeille, kuten seurantakaavakkeelle. Seurantakaavakkeesta käy ilmi hoidon toteutus ja lääkärinmääräykset. Yhdelle seurantakaavakkeelle mahtuu kolmen eri hoitokerran hoitotiedot. Käytössä on myös kuukausikaavake, johon merkitään jokaisella hoitokerralla henkilön paino ja painon nousu, verenpaine ja pulssi sekä muita arvoja, kuten verensiirtoraja, hoitoaika ja antikoagulantti. Hoitotietolomakkeella on tietoa potilaalle tehdyistä tutkimuksista ja toimenpiteistä, rokotteista joita potilas on saanut, potilaan diagnooseista, ruokavaliosta sekä dialyysihistoriasta ja munuaisrekisteritiedoista. Erilliselle kaavakkeelle, lääkelistalle, merkitään potilaan lääkkeet. Elämisen toiminnot -kaavakkeella on tietoa potilaan asumisesta, viestimisestä, liikkumisesta sekä mm. lääkityksestä huolehtimisesta ja mahdollisesta kotihoidosta. Erillisellä kaavakkeella on potilaan omatoimisuuden seuranta, jossa huomioidaan hoitoihin liittyvä omatoimisuus esim. koneen kokoamisessa ja punnitsemisessa sekä hoitotietojen kirjaamisessa. Kirjaamiseen liittyy myös kokonaishoidon hoitosuunnitelma-lomake, jota ei juurikaan käytetä. Kokonaishoitosuunnitelmalomake on tyhjä A4-lomake.

Potilaspapereissa on hemodialyysipotilaan hoito vuodeosastolla -lomake, jota käytetään, kun potilas joutuu vuodeosastohoitoon. Siihen merkitään tiedot fistelin paikasta, hoitopäivät ja -ajat, fistelikäden hoitotiedot, dieettitiedot, tiedot laboratoriotutkimuksista sekä vuodeosastolle tiedot lääkehoidon toteutuksesta. Hoitotietoja siis kirjataan monille lomakkeille. Potilaat osallistuvat hoitoonsa voimavarojensa mukaan, mutta niiden kirjaaminen ja arviointi eivät sisälly nykyiseen kirjaamiseen. Käytössä ei ole hoitosuunnitelmaa, eikä kokonaishoidon suunnitelmalomaketta käytetä. Osastolla on käytössä omahoitajamalli, ja omahoitajilla onkin paljon hiljaista tietoa, jota ei kirjaamisessa tule esille. Hiljaisen tiedon kirjaamiseen ei ole olemassa selkeää mallia. Usein potilaan tarpeet ja ongelmat jäävät omahoitajan tietoon.

Kun kirjaamisen kehittämisprojekti alkoi, oli niin työryhmä kuin koko osaston henkilökuntakin innokkaasti mukana lähdössä kehittämään kirjaamista osastolla. Ensimmäisellä osastotunnilla opinnäytetyön tekijät huomasivat, että suurin osa työyhteisön henkilökunnasta toivoi muutosta kirjaamiseen. Henkilökunnan mielestä kirjaamiseen tarvittiin muutosta ja he olivat sisäistäneet muutoksen tarpeen. Sähköistä kirjaamista todella odotettiin osastolle. Pelkona oli resurssien, kuten ajan riittävyys. Työyhteisöön tuotiin tutkittua tietoa kirjaamisen muutoksesta. Laurea-ammattikorkeakoulun kirjaamisen hankkeesta vastaavat opettajat pitivät tilaisuuden, jossa tulevaa kirjaamisen muutosta käsiteltiin. Osaston kirjaamisen nykytilaa kartoitettiin opiskelijoiden tekemän teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelun pohjalta täytettiin nykytilanteen kuvaus -taulukko kirjaamista koskien. Taulukosta selvisi kirjaamisen kokonaistilanne, mihin kirjataan, mitä kirjataan ja miten kirjataan. Kun taulukko saatiin valmiiksi, se käytiin läpi dialyysiosastolla osastotunnin yhteydessä.

Opinnäytetyön tekijät tekivät syksyllä 2010 Lohjan sairaalan dialyysiosastolla teemahaastattelun, johon osallistui kolme dialyysiosaston henkilökunnan jäsentä. Teemahaastattelua varten tehtiin kaikille teemahaastattelun tekijöille yhteinen kysymysrunko Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpajassa, yhdessä muiden kirjaamishankkeen opiskelijoiden ja ohjaajien kanssa (liite 1). Teemahaastattelu tehtiin valmiin kysymysrungon mukaisesti, hieman kysymyksiä muokaten. Tämä oli tärkeää, jotta kaikki oleellinen tuli kysytyä haastattelun yhteydessä ja, jotta kirjaamisesta saatiin kokonaisvaltainen sekä kattava kuva. Teemahaastattelun jälkeen teksti litteroitiin ja sille tehtiin sisällönanalyysi.

| Hoito-prosessin vaihe | Mitä tietoja kirjataan? | Mitä tapahtumia tietoon liittyy (edellyttääkö se toimintaa ennen kirjaamista)? | Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin? | Minne ja moneen paikkaan tieto mahdollisiin järjestelmiin/ paikkoihin järjestelmässä/ papereihin kirjataan? | Miten tätä tietoa hyödynnetään? |
|-----------------------|--|---|--|---|---------------------------------|
| Tulotilanne | Perustiedot, kuten omatoimisuus, liikkuminen, mahd. kotihoidon tarve, tiedot fistelistä/katetrasta ym. dialyysihoitoa koskevat | Tutustuminen potilastietoihin oberonissa sekä läheteeseen. Tietojen tarkistaminen Mirandasta. Potilaan haastattelu. | Potilaalta itseltään, lääkäriltä tai poliklinikalta yms., Mirandasta, läheteestä, Oberonista, Prepotilaatkaavakkeesta. | Elämisentoimintolomakkeelle, lääketiedot lääkelistalle, tiedot tutkimuksista tutkimuskaavakkeelle. Kuukausikaavakkeelle. Hoitotiedot seurantakaa- | Dialyysihoidon toteutuksessa |

| | | | | | |
|---------------------------|--|---|--|--|---|
| | tiedot. Hoidossa huomioitavat asiat. | | | vakkeelle. | |
| Hoidon suunnittelu | Hoitoa ei konkreettisesti suunnitella (suunnittelua ei siis kirjata yleensä), potilaan tilanne huomioiden toteutetaan dialyysi | Hoidon seuranta-kaavakkeen katsominen edelliseltä kerralta, kuukausikaavakkeen tarkistaminen ja lääkärin merkintöjen huomioiminen | 5 eri kaavakkeesta: kuukausikaavake, hoidon-seur.kaavake, lääkelista, elämisentoiminnot-kaavake ja koulutusrunko-kaavake Potilaalta itseltään | Seurantakaavakkeelle, Kuukausikaavakkeelle, Lääkelistalle, Tutkimuskaavakkeelle, Oberoniin, Mirandaan, Koulutusrunko-kaavakkeeseen, Elämisentoiminnot-kaavakkeeseen. | Jatkohoidon suunnittelussa |
| Hoidon toteutus | Potilaan vointi ja hoitojen onnistuminen. Pistämiset ja miten kanyylin asettaminen onnistui. Lääkehoidon toteutus. Dialyysikoneen arvot. | RR:n ja painon mittaaminen ja voinnin kysyminen | Potilaalta, lääkäriltä, hoitajalta, dialyysikoneesta | Hoidon seuranta- ja kuukausikaavakkeille | Jatkohoidon suunnittelussa |
| Hoidon arviointi | Hoidon onnistuminen, potilaan vointi ja siihen liittyvät asiat. | Potilaan kanssa keskustelu, mittaukset | Potilaalta+ mittaustuloksista | Seurantakaavakkeelle | Seuraavia hoitoja suunniteltaessa. Arviointia tosin yleensä vain hoitajakson päättyessä, joskus hoitajakson aikana. |

Taulukko 1: Nykytilanteen kuvaus-taulukko

5.2 Kehittämiskohteen rajaus

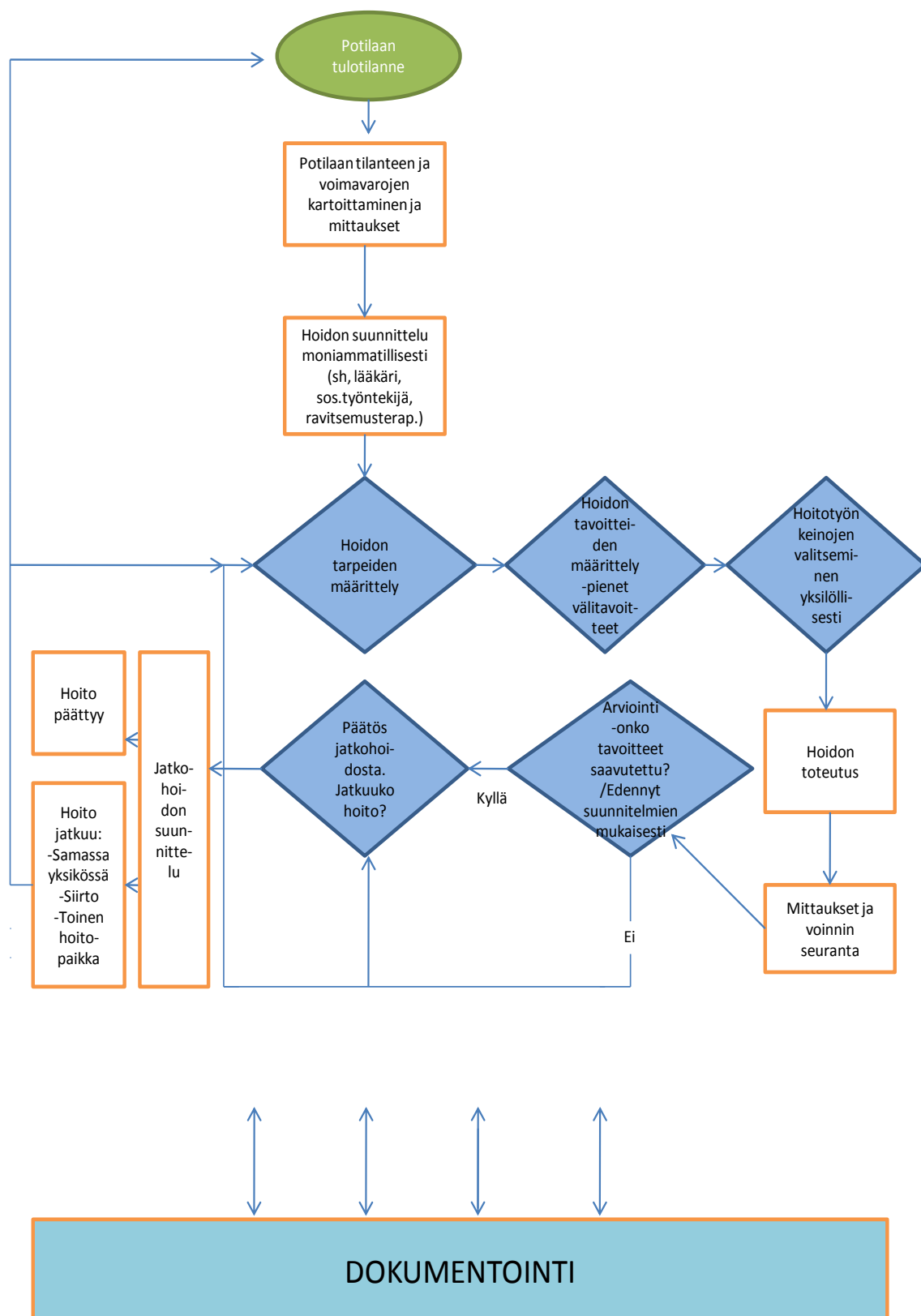
Lokakuun alussa pidettiin osastotunti tulevasta kirjaamisen muutoksesta osastolla. Osastotunnille osallistui viisi henkilöä. Kirjaamisen työryhmästä paikalla olivat opiskelijajäsenet. Osastotunnin tarkoituksena oli selvittää tulevaa kirjaamisen muutosta, sen aikataulua ja käydä läpi kirjaamiseen vaikuttavaa lainsäädäntöä. Osastotunnilla käsiteltiin myös kirjaamisen nykytilannetta tehdyn teemahaastattelun perusteella. Nykytilanteen kuvaus -taulukkoon tehtiin vielä tarvittavat muutokset, jotta kirjaamisen kokonaistilanne näkyi siitä selkeästi ja totuudenmukaisesti. Taulukon perusteella osaston henkilökunta mietti kirjaamisen kehittämiskohteita.

Marraskuun alussa oli seuraava osastotunti, jossa kirjaamisen kehittämiskohteista valittiin kolme kehittämiskohdetta tärkeysjärjestyksessä. Nämä olivat tavoitteiden asettaminen, hoidon suunnittelu ja tulotilanne. Näistä kolmesta kohteesta dialyysiosaston henkilökunta valitsi yhden kehittämiskohteen kirjaamisen seminaarissa. Kehittämiskohteeksi valittiin hoidon suunnittelu tavoitteiden pohjalta. Opiskelijat lähtivät yhdessä työryhmän muiden jäsenten kanssa kehittämään valittua kehittämiskohdetta kirjaamisessa. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin suunnitelmaseminaarissa 31.1.2011. Opinnäytetyön toteutusvaihe alkoi suunnitelmaseminaarin jälkeen helmikuussa 2011 ja tällöin alettiin kehittää kirjaamista käytännössä kehittämiskohteen mukaisesti.

Työryhmä teki marraskuussa 2010 kaksi kirjaamisen esimerkkiä havainnollistamaan tulevaa kirjaamisen muutosta. Työryhmän opiskelijajäsenet sekä työryhmän työyhteisön jäsenet tekivät samasta potilastapauksesta kaksi erilaista kirjaamiscasea (Liitteet 5 ja 6). Työryhmän työyhteisön jäsenet kirjasivat kuvitteellisen potilastapauksen tiedot HUS:n mallin mukaisesti, käyttäen apunaan HUS:n kirjaamisesta vastaavan työryhmän tekemää käsikirjaa laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa. Opiskelijajäsenet tekivät saman potilascasen käyttäen kansallisia FinnCC-luokituksia.

5.3 Teoreettisen ja tutkitun tiedon hakeminen ja työstäminen

Teoreettista tietoa hoidon suunnittelusta ja tavoitteiden asettamisesta haettiin eri tietokannoista. Työryhmän opiskelijajäsenet kartoittivat kirjaamista ja kirjaamisen aikana tapahtuvaa päätöksentekoa tekemällä dialyysiosaston kirjaamisesta vuokaavion. Vuokaavio kuvaa kirjaamista ja siihen liittyvää päätöksentekoa hoitotyön eri vaiheissa. Siitä saatiin hyvin selville, missä vaiheissa hoitoprosessia kirjaaminen tapahtuu ja mitä hoitoprosessiin sisältyy. Vuokaavio käytiin työryhmän ja osaston esimiehen kanssa läpi ja siihen tehtiin tarvittavat muutokset. Vuokaavion avulla saatiin kokonaiskuva kirjaamisprosessista osastolla sekä päätöksenteosta kirjaamisen eri vaiheissa. Vuokaaviossa työryhmä kuvasi osaston uuden toimintatavan.



Kuvio 3: Uusi toimintatapa

5.4 Uusi toimintamalli

Kun vuokaavio oli tehty ja kirjaamisen prosessi osastolla selvitetty, pidettiin osastotunti, jossa vuokaavio esiteltiin ja koko työryhmän kanssa keskusteltiin siitä, miten uutta toimintatapaa lähdetään kehittämään. Osastotunnilla pohdittiin mm. hoitosuunnitelman tekemistä ja hiljaisen tiedon näkyville saamista kirjaamalla. Yhteisymmärryksessä osastotunnilla päädyttiin siihen tulokseen, että hoitosuunnitelmaa lähdetään kehittämään rakenteisempaan suuntaan käyttäen apuna Mirandan sähköisen rakenteisen potilaskertomuksen otsikkolistaa sekä HUS:n käsikirjaa laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen. Työryhmä tapasi osastotunnin jälkeen ja kehitti tulevaa hoitosuunnitelmaa. Tarkoituksena oli saada hoitosuunnitelmasta sellainen, että jokainen kirjaisi siihen yhdenmukaisesti samat asiat.

| | |
|---|-------------|
| <u>HOITOSUUNNITELMA</u> | |
| Hoidon syy: | |
| Tulosyy ja oireet: | |
| Esitiedot: | Diagnoosit: |
| Dialyysitiedot: | |
| <p>TERVEYTEEN JA TOIMINTAKYKYYN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT (Hoidon tarpeet)</p> <p><i>Ravitsemus (esim.dieetit)</i></p> <p><i>Omatoimisuus hoitotilanteessa</i></p> <p><i>Liikuntakyky</i></p> <p><i>Itsestään huolehtiminen iän mukaisesti</i></p> <p><i>Sosiaalinen toimintakyky</i></p> <p><i>Nukkuminen ja lepo</i></p> <p><i>Päihteet ja tupakointi</i></p> <p><i>Seksuaalisuus</i></p> <p><i>Tieto sairaudesta, terveydelle vahingollinen käyttäytyminen</i></p> <p><i>Koordinaatiokyky ja kommunikaatio</i></p> <p><i>Kodinhoito ja asiointi</i></p> | |
| <p>ELINTOIMINNOT (Hoidon tarpeet)</p> <p><i>Vitaalielintoiminnot</i></p> <p><i>Ravitsemustila</i></p> <p><i>Nestetasapaino</i></p> <p><i>Hygienia ja eritystoiminta</i></p> | |

*Iho ja kudoseheys
Lääkehoidon toteutus
Elimistön vastustuskyky
Sairauden oireet*

PSYKKINEN VOINTI JA POTILAAN ELÄMÄNTILANNE (Hoidon tarpeet)

*Mieliala ja tunnereaktiot
Muisti, kognitio ja orientoituminen
Sairauden tunto
hoitoon sitoutuminen
Perhe ja ihmissuhteet
Asuminen
Työ ja toimeentulo
Tukiverkostot*

HOIDON JA KUNTOUKSEN SUUNNITTELU & KEINOT

TERVEYTEEN JA TOIMINTAKYKYYN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Arviointi:

ELINTOIMINNOT

Arviointi:

PSYKKINEN VOINTI JA POTILAAN ELÄMÄNTILANNE

Arviointi:

Taulukko 2: Uusi hoitosuunnitelmalomake

5.5 Uuden toimintamallin viimeistely ja arviointi

Mallia hoitosuunnitelmasta näytettiin Lohjan Laurean opinnäytetyöpajassa ja sitä muokattiin HUS:n kirjaamisprojektista vastaavien henkilöiden sekä opettajien avulla. Muokattu hoitosuunnitelma lähetettiin dialyysiosastolle koekäyttöön huhtikuun alussa. Osaston henkilökunnalla oli mahdollisuus koekäyttää hoitosuunnitelmaa ja tehdä siitä parannusehdotuksia puoleltoista viikon ajan. Tämän jälkeen osastolla oli osastotunti, jossa hoitosuunnitelmaa käytiin läpi ja sitä muokattiin niin, että siitä tuli dialyysiosastolle sopivampi versio. Kehitetystä hoitosuunnitelmasta näkyvät selkeästi potilaan tulosy, oireet, diagnoosit ja dialyysitiedot. Näiden tietojen jälkeen kartoitetaan potilaan hoitotyön tarpeet ja potilaan voimavarat sekä tehdään hoitotyölle tavoitteet yhdessä potilaan kanssa. Arviointi sisältyy uuteen toimintamalliin. Arviointikohta on hoitosuunnitelmalomakkeessa tarpeiden kartoittamisen ja tavoitteiden asettamisen jälkeen.

6 Uusi toimintatapa

Ongelmana dialyysiosastolla oli se, ettei potilaille tehty hoitosuunnitelmaa, eikä tavoitteita kirjattu mihinkään. Hiljaista tietoa oli paljon omahoitajilla, mutta sitä ei ollut kirjattu. Käytössä oli aikaisemmin ollut hoitosuunnitelmalomake, joka oli tyhjä paperi, jonka yläosassa luki hoitosuunnitelma. Tätä ei kuitenkaan yleensä käytetty lainkaan, ja jos käytettiin, niin kirjaamisen sisältö ja kirjaamistapa eivät olleet yhdenmukaisia eri hoitajien kirjatessa. Koska hoitosuunnitelmaa ei ollut käytössä, muokkasimme vanhaa, aiemmin käytössä ollutta hoitosuunnitelmaa. Nykyisen hoitosuunnitelman kirjaamista ohjaavat pääotsikot ja niiden alla olevat alaotsikot.

Kehitetty hoitosuunnitelma etenee hoitotyön prosessin mukaisesti. Ensin kartoitetaan yhdessä potilaan kanssa hoitotyön tarpeet ja niihin vaikuttavat tekijät. Tämän jälkeen asetetaan tavoitteet tarpeita vastaamaan. Hoitosuunnitelma tehdään hoidon tavoitteiden pohjalta. Otsikot perustuvat käsikirjaan laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta HUS:ssa sekä sähköisessä potilastietojärjestelmässä, Mirandassa, HUS:n alueella käytettävään sähköisen hoitosuunnitelman pohjaan. Hoitosuunnitelmassa on otettu potilas huomioon kokonaisvaltaisesti. Hoitosuunnitelma tulee tehdä yhdessä potilaan ja mahdollisesti omaisten kanssa, jolloin potilas hyötyy suunnitelmasta. Suunnitelman teko ohjaa hoitotyön tekijää potilaslähtöisempään ja yksilöllisempään hoitotyöhön sekä laadukkaampaan kirjaamiseen. Hiljainen tieto tulee näkyväksi kun se kirjataan. Hoitosuunnitelma toimii apuvälineenä sisäistettäessä prosessinomaista hoitotyön kirjaamista ja se hyödyttää erityisesti potilasta, kun hoitotyöstä tulee tavoitteellisempaa. Hoitosuunnitelman käyttö ja uusi toimintatapa hyödyttävät myös moniammatillista tiimiä sekä uusia osastolle tulevia työntekijöitä. Hoitosuunnitelmasta näkyvät selvästi potilaan nykyinen tilanne hoitotyön tarpeineen ja tavoitteineen sekä suunnitellut hoitotyön toiminnot.

Uutta toimintatapaa suunniteltiin niin työryhmän kuin koko osastonkin kanssa yhteisellä osastotunnilla maaliskuussa. Uusi toimintamalli esitettiin dialyysiosastolle huhtikuun 2011 alussa. Tämän jälkeen osaston henkilökunta käytti hoitosuunnitelmalomaketta omille potilailleen, jotka olivat jo olleet mahdollisesti pidempään dialyysihoidossa sekä uusille dialyysihoitoon tuleville potilaille. Osaston henkilökunnalla oli puolitoista viikkoa aikaa käyttää lomaketta ja arvioida uutta toimintamallia. Viimeinen osastotunti pidettiin 12.4.2011. Siinä käytiin läpi uutta toimintamallia sekä muokattiin hoitosuunnitelmaa toimivammaksi. Puolitoista viikkoa oli todella lyhyt aika uuden toimintamallin arvioimiseen ja lopullisen tuloksen uuden toimintamallin onnistumisesta näkeekin vasta ajan kanssa, kun kaikki ovat saaneet kokeilla uutta mallia rauhassa useampaan kertaan. Kehitetty hoitosuunnitelmalomake on tarkoitettu apuvälineeksi kirjaamisessa, jotta hiljainen tieto tulee kirjatuksi, potilailla on hoitosuunnitelma ja jotta kirjaaminen hoitoprosessin mukaisesti onnistuisi paremmin.

6.1 Uuden toimintamallin arviointi

Hoitosuunnitelmaan kirjaaminen auttaa hahmottamaan hoitoprosessia kokonaisvaltaisesti ja tekee hoitamisesta tavoitteellisempaa. Työryhmän ja koko työyhteisön kehittämä hoitosuunnitelma toimii hyvänä apuvälineenä hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen oppimisessa ja se tekee kirjaamisesta osastolla yhtenäisempää. Hoitosuunnitelman laatiminen auttaa myös potilasta, sillä tarpeiden kartoittaminen sekä tavoitteiden asettaminen hoitotyölle tekee hoitotyöstä tavoitteellisempaa. Hoitosuunnitelman laatiminen ja tarpeiden sekä potilaan voimavarojen kirjaaminen tekee potilastyöstä asiakaslähtöisempää, sillä hoitotyössä huomioidaan asiakkaan tarpeet yksilöllisesti.

Osaston henkilökunta koekäytti osastolle kehitettyä hoitosuunnitelmaa vajaan kahden viikon ajan. Tämän jälkeen oli viimeinen osastotunti, jolla uutta hoitosuunnitelmaa kehitettiin siitä saadun palautteen perusteella. Työyhteisö arvioi tätä heille kehitettyä hoitosuunnitelmaa sekä sen hyötyä niin potilaalle kuin moniammatilliselle tiimillekin.

Uutta toimintatapaa arvioitiin esittämällä osaston henkilökunnalle arvioivia kysymyksiä uudesta toimintamallista. Seuraavien kysymysten avulla arvioitiin hoitosuunnitelman hyödyllisyyttä potilaalle ja henkilökunnalle: Kuka hyödyntää hoitotyön suunnitelmaa? Miten moniammatillinen tiimi hyödyntää hoitotyön suunnitelmaa? Kuinka hoitotyön suunnitelma hyödyttää potilasta? Mitä potilas ja omainen haluavat hoitotyön suunnitelmalta? Olemmeko ”linjassa” valtakunnallisten ohjeiden kanssa rakenteisesta kirjaamisesta? Kuinka potilaan yksilöllinen hoito toteutuu kehittämämme kirjaamisentavan avulla paremmin? Onko kehitettävä kirjaamisen toimintatapa sellainen, että se edistää hoitajan itsenäisyyttä eli autonomiaa yksilövastuun hoitotyön taustalla olevan ajattelun suuntaisesti? Minkälaista kirjaamisen tapaa olemme ke-

hittämässä osastolle? Koetko hoitosuunnitelmasta olevan apua hoitoprosessin mukaisen kirjaamisen sisäistämiseksi? Koetko uuden toimintamallin hyödylliseksi itsesi ja osaston kannalta?

Vastaukseksi saatiin hoitotyön suunnitelman hyödyttävän potilasta, dialyysiosaston hoitohenkilökuntaa sekä muiden osastojen henkilökuntaa potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. Hoitosuunnitelman koettiin helpottavan potilaan kokonaistilanteen hahmottamista, ja näin ollen hyödyttävän koko moniammatillista hoitotiimiä. Sen myös koettiin tuovan hiljaista tietoa esille, tekevän hoitotyöstä suunnitelmallisempaa sekä helpommin arvioitavaa. Uuden toimintatavan myötä tiedot löytyvät helpommin ja tiedon siirto on turvatumpaa. Tästä on erityisesti hyötyä osaston uusille työntekijöille.

Hoitajat kokivat uuden hoitosuunnitelman apunuoraksi hoitoprosessin mukaiseen kirjaamiseen ja potilaan kokonaisuhoidon koettiin tulevan hoitosuunnitelmasta paremmin esille. Kehitetyn kirjaamisen toimintatavan koettiin edistävän hoitajan itsenäisyyttä. Omahoitajan tekemä hoidon suunnittelu ja hoidon jatkuva seuranta edistävät hoitajan itsenäisyyttä. Uuden toimintatavan koettiin olevan yksityiskohtainen, monipuolinen ja selkeä sekä lisäävän hoidon oikea aikaista kohdentamista. Hoitosuunnitelman koettiin hyödyttävä sekä potilasta että omaisia sillä uuden toimintatavan myötä. Potilaan hoitotyön tarpeet ovat kaikkien tiedossa, kirjattuna. Hoidon jatkuvuus paranee ja tiedon siirto on turvatumpaa. Tämä lisää potilaan turvallisuuden tunnetta hoidostaan. Potilaan ja omaisten uskottiin olevan tyytyväisiä, että he saavat olla mukana hoidon suunnittelussa. Potilaan yksilöllisen hoidon koettiin toteutuvan paremmin, sillä hoitosuunnitelmassa potilaan tarpeet ovat selkeämmin näkyvillä. Tarpeet määritellään yksilöllisesti ja hoitotyön keinot suunnitellaan tarpeisiin vastaten. Potilaan koettiin saavan suunnitelmallisempaa hoitoa sekä hoidon tarpeet paremmin esille.

Uuden toimintamallin koettiin olevan linjassa valtakunnallisten ohjeiden kanssa rakenteisesta kirjaamisesta prosessimallin osalta. Sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoon koettiin kuitenkin olevan vielä pitkä matka.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

7.1 Kehittämistoiminnan arvioinnin teoreettiset perusteet

Arviointi on kehittämistoiminnan viimeinen vaihe. Loppuarvioinnin tarkoitus on osoittaa, miten kehittämistyössä onnistuttiin. Arviointia tehdään jatkuvasti kehittämistoiminnan aikana, jolloin arviointi suuntaa kehittämistyötä ja toimii myös palautteena kehittämistyötä tekeville. Arviointi kohdistuu kehittämistyön muutosprosessiin, panoksiin ja lopputuloksiin sekä niiden välisiin suhteisiin. Eettiset kysymykset ovat tärkeitä huomioida myös arviointivaiheessa. Arvioidessa voidaan arvioida niin yksilön, ryhmän kuin organisaationkin toimintaa. Se, että arvi-

ointi olisi pätevää, edellyttää kehittämistyön tavoitteiden ja panosten sekä prosessin ja aikaansaannosten tunnistamista sekä tarkkaa kuvaamista. Arvioinnissa kiinnitetään yleensä huomiota mm. tavoitteiden selkeyteen ja niiden saavuttamiseen, kehittämistoiminnan suunnitteluun, kehittämistyöhön käytettyihin menetelmiin, toiminnan johdonmukaisuuteen sekä vuorovaikutukseen ja kehittämistyöhön sitoutumiseen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 26, 47-48.)

Kehittämisprosessia pyritään arviomaan aivan projektin loppuvaiheessa, tuoreeltaan. Onnistumisen edellytyksiä kehittämissuunnitelmassa ovat kaikkien työryhmän jäsenen osallistuminen suunnitteluun, tiedon tasavertainen saatavuus, vuorovaikutus kaikkien kesken, yhteiset pelisäännöt ja niiden hyväksyminen sekä niiden noudattaminen kaikissa kehittämissuunnitelman vaiheissa. (Virkki & Somermeri 2000, 71-74.)

Kun arvioidaan kehittämistyön lopputuloksia, voidaan arvioinnin kriteereinä käyttää lopputuloksen merkittävyyttä, helppokäyttöisyyttä ja yksinkertaisuutta, toistettavuutta sekä sovellettavuutta muihin yhteyksiin. Arvioitaessa kehittämistyötä voidaan käyttää apuna osallistuneiden haastatteluja, dokumenttianalyysiä, kuten tilastoja sekä havainnointia ja kyselyjä. Oleellista arvioinnissa on saada vastaus siihen, kuinka hyvin tavoitteet saavutettiin, johtuvatko muutokset tehdystä kehitystyöstä ja siihen, mitkä kehittämistyöhön liittyvistä toiminnoista vaikuttivat eniten tavoitteiden saavuttamiseen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 47-48.) Kehitystyö tai tutkimus ei ole valmis, ennen kuin tulokset on saatu ja niitä on tulkittu. Tulkin-tojen lähteenä voi toimia aiempi teoretieto. Tärkeää on koota yhteen keskeiset tulokset ja antaa selkeä vastaus asetettuihin kysymyksiin. Johtopäätökset ja kehittämistyön suositukset laaditaan kyseisten tietojen perusteella. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 128-129.)

Tehdyssä kehitystyössä kehittämiskohde oli hoidon suunnittelu tavoitteiden pohjalta Lohjan sairaalan dialyysiosastolla. Tavoitteena oli kehittää kirjaamista dialyysiosastolla näkyvämmäksi hoidon suunnittelun ja hoitotyön tavoitteiden asettamisen osalta sekä kehittää kirjaamista enemmän hoitotyön prosessin mukaiseksi. Tavoitteet pitivät sisällään myös asiakkaan mukaan ottamisen hoidon suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun. Tarkoituksena oli saada hiljainen tieto näkyväksi ja potilaille tehtyä hoitosuunnitelma hoidolle asetettujen yksilöllisten tavoitteiden pohjalta niin, että jokainen huomioisi hoitosuunnitelmaa tehdessään samat asiat. Näin hoitosuunnitelma olisi yhdenmukainen kaikilla potilaille. Kehitystyön menetelmänä käytettiin juurruttamista, joten tavoitteissa onnistumisen lisäksi on tärkeää arvioida myös kehittämistoiminnan menetelmän käyttöä ja siinä onnistumista.

7.2 Kyselyn toteutus

Lohjan sairaalan dialyysiosaston henkilökunnalle lähetettiin sähköinen arviointilomake kirjaamisen kehittämisprojektista. Tarkoituksena oli, että jokainen dialyysiosaston henkilökuntaan kuuluva vastaa kyselyyn. Aikaa vastata kyselyyn oli kaksi viikkoa. Kysymyslomakkeessa oli neljä aihealuetta ja yhteensä 23 kysymystä. Kysymyksissä 1-5 kartoitettiin vastaajien ikä, koulutustausta ja työkokemus sekä rooli hankkeessa. Kysymyksiin 6-18 vastattiin valitsemalla sopivin vastausvaihtoehto. Vastausvaihtoehdot olivat seuraavat: en osaa sanoa (0), ei lainkaan (1), jonkin verran (2), paljon (3) ja erittäin paljon (4). Kysymyksiin 19-21 vastattiin joko ei tai kyllä. Kysymyksiin 22-23 vastattiin sanallisesti. Kysymysten 6-21 vastauksista tehtiin pylväsdiagrammit (liite 4), jotka havainnollistavat vastausten jakaumaa.

Perusteluja vastauksiin sai kirjoittaa avoimeen laatikkoon kysymysten jälkeen. Kysymyslomake lähetettiin 10 sairaanhoitajalle, joista 8 vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli 80 %. Osaston henkilökunta vastasi kysymyksiin ja arvioi niin työryhmän kuin koko kirjaamisen hankkeeseen osallistuvien henkilöidenkin toimintaa oman käsityksensä ja osaamisensa perusteella.

Jaettujen arviointilomakkeiden palautusten jälkeen saatua aineistoa ryhdyttiin koostamaan havainnollisempaan muotoon havaintomatriiseiksi (taulukot 3-4). Taulukkoon koottiin tieto niin, että vaakariveillä ilmenevät kysymykset ja pystysarakeissa niihin annettujen vastausten lukumäärä vastausvaihtoehtoin.

Kysymykset 6-18

6. Olen oppinut kirjaamishankkeen aikana
7. Työyksikkösi hoitohenkilökunnan osaaminen on lisääntynyt kirjaamishankkeen aikana
8. Käytännön kokemus vaikutti hankkeessa työyksikkösi kehittämän kirjaamisen toimintatavan muodostamiseen
9. Työyksikkösi työryhmän (2-4 hlöä) etsimä tutkimustieto vaikutti uuden kirjaamisen tavan muotoutumiseen
10. Miten kehittämisprosessi on sujunut sinun kohdallasi?
11. Miten olet onnistunut päivittäisen työsi ja kehittämisprosessin yhteensovittamisessa?
12. Miten mielestäsi esimiehesi ovat mahdollistaneet osallistumisesi kehittämisprosessiin?
13. Miten mielestäsi ylihoitajat ovat mahdollistaneet hankkeen toteuttamisen käytäntöä hyödyttävällä tavalla?
14. Miten mielestäsi työyksikkösi hoitohenkilökunta on osallistunut kehittämisprosessiin?
15. Miten työyksikkösi työryhmä (2-4 hlöä) on edistänyt kehittämisprosessia?
16. Miten arvioit kehittämis-hankkeen lisänneen työyksikkösi kiinnostusta hoitotyön kehittämiseen?

17. Miten arvioit kehittämishankkeen lisänneen työyksikössäsi keskustelua kirjaamisen tavoista?

18. Miten arvioit kehittämishankkeen synnyttäneen uusia ideoita hoitotyön kehittämiseksi?

| Kysymykset | 4 erittäin paljon | 3 paljon | 2 jonkin verran | 1 ei lainkaan | 0 en osaa sanoa |
|--|-------------------|----------|-----------------|---------------|-----------------|
| K6 Olen oppinut | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| K7 Työyhteisön henkilökunnan osaaminen | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| K8 Käytännön kokemus vaikutti | 0 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| K9 Työryhmän esimä tutkimustieto | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 |
| K10 Kehittämisprosessin sujuminen kohdallasi | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| K11 Päivittäisen työn & kehittämissprosessin yhteensovittaminen | 0 | 2 | 4 | 1 | 0 |
| K12 Esimiehen mahdollistama osallistuminen | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| K13 Hankkeen mahdollistaminen käytäntöä hyödyntäen (ylihoitajan rooli) | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 |
| K14 Työyksikön osallistuminen kehittämissprosessiin | 0 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| K15 Työryhmä edistänyt kehittämissprosessia | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| K16 Arvio hankkeen lisäävästä kiinnostuksesta | 0 | 1 | 7 | 0 | 0 |
| K17 Kehittämishanke lisännyt keskustelua | 1 | 3 | 4 | 0 | 0 |

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| telua | | | | | |
| K18 Hanke synnyttänyt uusia ideoita | 0 | 2 | 6 | 0 | 0 |

Taulukko 3: Taulukko kuvaa kysymyksiin 6-18 annettujen vastausten jakaumaa vastausvaihtoehdoin

Kysymykset 19-21

19. Onko hankkeessa kehitetty työyksikkösi uusi kirjaamisen tapa otettu työyksikössäsi käyttöön?

20. Onko työyksikkösi uuden kirjaamisen tavan käyttöönottoa suunniteltu työyksikössäsi?

21. Uskotko työyksikkösi ottavan uuden kirjaamisen tavan käyttöönsä?

| Kysymykset | Kyllä | Ei |
|------------|-------|----|
| Kysymys 19 | 5 | 2 |
| Kysymys 20 | 8 | 0 |
| Kysymys 21 | 8 | 0 |

Taulukko 4: Taulukko kuvaa kysymyksiin 19-21 annettujen vastausten jakaumaa vastausvaihtoehdoin

Edellä mainittujen kysymysten lisäksi kysymykset 22-23 olivat avoimia kysymyksiä, joihin sai halutessaan vastata sanallisesti.

22. Miten uusi kirjaamisen tapa tulee mielestäsi hyödyttämään potilaan hoitoa omassa ja jatkohoitoyksiköissä?

23. Muuta palautetta, jota haluat antaa

Näihin vastattiin muun muassa uuden toimintatavan parantavan potilaan hoidonlaatua sekä tekemällä hiljaisen tiedon näkyvämmäksi. Kokonaishoidon koettiin näkyvän uudesta hoitosuunnitelmasta paremmin. Koska kokonaishoito näkyy yhdellä paperilla hyödyttää se erityisesti osaston uusia työntekijöitä. Osa piti uutta hoitosuunnitelmaa liian laajana. Osaston kaksikielisuuden vuoksi toiveena oli saada myös ruotsinkielinen hoitosuunnitelma.

Kysymykseen 23 palautetta annettiin mm. kyselylomakkeesta. Joidenkin vastaajien mielestä kyselylomake oli vaikeaselkoinen ja kysymyksiä oli liian monta. Vastaajat eivät aina tienneet, mitä mikäkin kysymys tarkoittaa. Tämä vaikuttaa oleellisesti tulosten luotettavuuteen.

Vastauksiin vaikuttaa myös se, että kirjaamista käsitteleville osastotunneille osallistui vain osa henkilökunnasta. Ne, jotka eivät osallistuneet kirjaamisen projektia käsitteleville osastotunneille, eivät välttämättä saaneet kaikkea oleellista tietoa projektin etenemisestä sekä kirjaamisen muutoksesta.

7.3 Työryhmän toiminnan arviointi

Yhteistyö dialyysiosaston kirjaamisen projektista vastaavien henkilöiden sekä koko osaston kanssa on sujunut hyvin, vaikka haasteita matkan varrella onkin ollut. Työryhmän edustajat olivat projektin alussa erittäin innostuneita tulevasta kirjaamisen muutoksesta ja sähköistä rakenteista kirjaamista odotettiin osastolle innolla. Osaston henkilökunta oli sisäistänyt muutoksen tarpeen. Kun saimme tietää, ettei sähköinen rakenteinen kirjaaminen tulisikaan vielä vuonna 2011 dialyysiosastolle käyttöön, latisti se hieman innostusta kirjaamisen kehittämiseksi. Jokainen työryhmän jäsen piti kuitenkin kirjaamisen kehittämistä ja hoitotyön prosessin omaisen ajattelun oppimista tärkeänä.

Työskentely projektissa eteni suunnitelmien mukaisesti, mutta resurssipula vaikeutti hieman työskentelyä. Yhteistä aikaa tapaamisille oli välillä vaikea löytää. Tästä huolimatta yhteistyö työryhmässä toimi ja jokainen työryhmän jäsen antoi oman panoksensa projektiin. Tutkittua tietoa kehittämiskohteesta ja kirjaamisen muutoksesta haettiin koko työryhmän voimin.

Osaston henkilökunta osallistui uuden toimintamallin kehittämiseen. Osastolle haluttiin hoitosuunnitelma, joka auttaisi hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen sisäistämässä ja tekisi hiljaisen tiedon näkyväksi. Kehittämistyön edetessä innostus uuden toimintatavan kehittämiseen kasvoi. Tavoitteena oli kirjaamisen kehittäminen sekä hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen oppiminen ja tarkoituksena oli hoitosuunnitelman tekeminen potilaan tavoitteiden pohjalta. Tässä tavoitteessa työryhmä onnistui hyvin. Nykyinen hoitosuunnitelma toimii apuna niin hoitohenkilökunnalle kuin potilaallekin.

Lähteet

- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E., Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Viitattu 15.4.2011. <http://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=48292>
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Viitattu 6.2.2011. <http://www.laurea.fi/optima/artikkelit>
- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. *Hoitotyön prosessi potilaan hoidon suunnittelun työvälteenä. Sairaanhoitaja 10/2007, 6-9.*
- Ahonen, Partamies & Ora-Hyytiäinen. 2008. The European Conference on Educational Research. Viitattu 12.5.2011. <http://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=40910>
- Dierkes, M., Berthoin Antal, A., Child, J., & Nonaka, I. 2001. Handbook of Organizational Learning and Knowledge. Oxford University Press.
- Finlex. 2010a. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Viitattu 2.2.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227>
- Finlex. 2007b. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Viitattu 25.3.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070159>
- Finlex. 1994c. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 2.2.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Finlex. 2010d. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 16.4.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Hartikainen, K., Häyrinen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmaa, J. & Suhonen, M. 2009. Ydintieto-opas versio 3.0. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Viitattu 8.4.2011. https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206
- Heiskanen, E. 2010. Hemodialyysipotilaan ohjaus. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 4.3.2011. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01027&p_haku=dialyysi
- Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.*
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.
- HUS. 2008. *Strategia ja arvot.* Viitattu 17.3.2011. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1;28;820;2012&print=1>
- HUS. 2010a. Dialyysiyksikkö. Viitattu 6.2.2011. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1668,16459>
- HUS. 2010b. Sairaalat. Viitattu 6.2.2011. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546>

- HUS. 2010c. Sairaalan potilasopas. Viitattu 17.3.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1667>
- Hytönen, E. 1986. Hoitotyön teoriat. Helsinki: WSOY.
- Häyrinen, K., Porrasmäe, J., Komulainen, J., Hartikainen, K. 2004. Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 5/2004. Loppuraportti 3.2.2004. Helsinki: Stakes.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Ikonen, H. 2011. eNNI. Viitattu 15.5.2011. <http://www.amk.fi/enni/>
- Jokinen, T. 2005. Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Junttila, K., Rauni, H., Konttinen, R., Kotavuopio, T., Leppänen, S., Paavilainen, E., Saloranta, T., Tuhkanen, A. & Vahteri P. 2010. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa. Viitattu. 5.1.2011.
<http://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=38996>
- Kilpiö, S. 2010. Peritoneaalidialyysipotilaan ohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 4.3.2011.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01027&p_haku=dialyysi
- Kinnunen U-M. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kotter, J. 2008. A Sense of Urgency. Harvard Business Press.
- Kuohula, S. 2008. Dialyysipotilaan toivon elävöittäminen hoitotyössä- dialyysihoidajan kuvaus dialyysipotilaan toivosta, siihen liittyvistä tekijöistä ja auttamismenetelmistä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kuusisto, A. 2008. 'Kirjaamalla näkyväks'. Sairaanhoidaja 4/2008, vol 81.
- Kratz C. R., Hargreaves I., Crow J., Duberley J. & Luker K. 1984. Hoitotyön prosessi. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 1999, 11(1).
- Laamanen, K. 2001. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona: Ideasta käytäntöön. Helsinki: Laatu keskus.
- Lajunen, J. 2009. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Lanning, H., Roiha, M. & Salminen, A. 1999. Matkaopas muutokseen. Miten kehittää organisaatiota tehokkaasti ja hallitusti. Helsinki: Kauppakaari Oyj.
- Laurea. 2007. Pedagoginen strategia 2007. Hyväksytty Laurean Oy:n hallituksessa 8.6.2007. Viitattu 17.3.2011. http://laurea.fi/fi/tietoa-laureasta/Laadunhallinta/laadun_arkisto/Documents/peda_str_250607.pdf
- Laurea. 2009. Lohjan Laurean opinnäytetyön käytänteet. Viitattu 11.9.2010.
<http://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=29998>
- Munnukka, T. 2004. Lähimmäisenä yhteistyösuhteessa. Helsinki: Tammi.

Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani - näkökulmia omahoitajuuteen. Vantaa: Tammi.

Musili. 2009. Krooninen munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito. Suomalaiset hoitosuositukset 2009. Viitattu 4.3.2011.
<http://www.musili.fi/fin/munuaistietoa/ravitsemussuositukset/>

Mäkälä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksen teko- näkyvää vai ei? Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.

Nonaka, I. & Nishiguchi, T. 2001. Knowledge Emergence. Social, Technical, and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation. New York: Oxford University Press.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Ora-Hyytiäinen, E., Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON - VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES, Aristotle University, Thessaloniki -Greece, 3-4 September 2007. 144-154.

Polaschek, N. 2003. Living on dialysis: concerns of clients in a renal setting. Journal of Advanced Nursing. 41(1): 44-52.

Pukuri, T. 2002. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa Minun hoitajani - näkökulmia omahoitajuuteen. Munnukka, T. & Aalto, P.(toim.) Vantaa: Tammi.

Ranta, H. 2006. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö. Helsinki: Talentum.

Russel-Jones, N. 2000. Muutosjohtaminen. Helsinki: Infoviestintä Oy.

Saha, H. 2009. Tietoa potilaalle: Krooninen munuaisten vajaatoiminta (uremia). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.3.2011.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01027&p_haku=dialyysi

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., ja Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: Wsoy.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: Wsoy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Kansallinen terveyshanke. Viitattu 25.3.2010.
www.vtt.fi/virtual/hl7/.../opas-spk-rakenne-2006-02-28.doc

Tantt, K., Ikonen, H., Rusi, R. & Wuopio, P. 2008 Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005-2008. Viitattu 15.4.2011.
<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3727&GUID=%7BD2E8B2F2-2B7C-48A9-8230-0D8930F35C32%7D>

Tantt, K. & Saranto, K. 2006. Rakenteistaminen hoitotietojen monipuolisen käytön mahdollistajana. Sairaalaviesti 2/2006, 23-25. Viitattu 25.3.2010.
<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tuotteet/kunta-tiedotteet/sairaalaviesti-tiedote/Documents/Sairaalaviesti-2-2006.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tuomikoski A-M. 2008. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Oulun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Valtee, P. 2002. Uhkista mahdollisuuksiksi. Työturvallisuuskeskus, Kuntaryhmä. Yliopistopaino.

Virkki, P. & Somermeri, A. 2000. Projektityö. Kehittämisen moottori. Helsinki: Edita.

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

Vuorenmaa, A. 2005. Hoitoprosessin ohjauksen kehittäminen. Jyväskylän yliopisto. Kandidaatti - tutkielma. Viitattu 4.3.2011.

http://users.jyu.fi/~jorma/kandi/2005/Kandi_Vuorenmaa.pdf

Kuviot

| | |
|---|----|
| Kuvio 1: SECI and Ba (from Nonaka and Konno, 1998) | 26 |
| Kuvio 2: Juurruttamisen prosessi (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007) | 28 |
| Kuvio 3: Uusi toimintatapa | 36 |

Taulukot

| | |
|--|----|
| Taulukko 1: Nykytilanteen kuvaus -taulukko..... | 34 |
| Taulukko 2: Uusi hoitosuunnitelmalomake | 38 |
| Taulukko 3: Taulukko kuvaa kysymyksiin 6-18 annettujen vastausten jakaumaa vastausvaihtoehdoittain | 45 |
| Taulukko 4: Taulukko kuvaa kysymyksiin 19-21 annettujen vastausten jakaumaa vastausvaihtoehdoittain | 45 |

Liiteluettelo

| | |
|---|----|
| Liite 1. Teemahaastattelu | 53 |
| Liite 2. Potilas case- työyhteisön työryhmän edustajien tekemä | 55 |
| Liite 3. Kansallisen mallin mukainen potilasesimerkki | 57 |
| Liite 4. Kehittämistoiminnan arviointilomakkeen vastaukset kysymyksiin 6-21. | 59 |

Teemahaastattelu

Teemahaastattelun runko

(Yleinen kysymys)

Mitä teidän työyhteisö ajattelee hoitotyön kirjaamisesta?

TULOTILANNE

Mitä asioita te kirjaatte potilaasta tulotilanteesta?

- miten ja minne?
- onko joku valmis kaavake?
- onko perushenkilötiedot jo valmiina?

Kuka /Ketkä kirjaa potilaan tietoja tulotilanteessa?

Mistä kaikkialta saatte potilaasta tulotilanteessa tietoa?

- Mistä saatte tietoa potilaan lääkityksestä?
- Mihin lääkitystieto kirjataan?
- Mistä saatte tietää potilaan riskitiedot?
- Mihin kirjataan potilaan riskitiedot?

HOIDON SUUNNITTELU

Miten potilaan hoidon suunnittelu toteutuu?

- Mitä asioita te kirjaatte potilaasta suunnitteluvaiheessa?
- Mitkä ammattiryhmät kirjaavat potilaan tietoja suunnitteluvaiheessa?
- Miten hoidon tarpeet kirjataan?
- Miten hoidon tavoitteet kirjataan?
- Miten hoidon toteutusta suunnitellaan?
- Miten potilas voi osallistua oman hoidon suunnitteluun?
- Kenelle tehdään kokonaisuhoitosuunnitelma?
- Miten potilas on tietoinen omasta hoitosuunnitelmastaan?
- Saako potilas hoitosuunnitelman kopion kirjallisena?

HOIDON TOTEUS

Miten hoidon toteutusta kirjataan?

- Kuinka hoitotyön toiminnot kirjataan päivittäiseen hoitotyön suunnitelmaan?
- Milloin toiminnot kirjataan suhteessa tehtyyn hoitotyöhön?
- Mitkä ammattiryhmät kirjaavat potilaan tietoja hoidon toteutukseen?
- Minkälaisia lyhenteitä, symboleita toteutuksessa käytetään?
- Kirjataanko mielestänne tarpeettomia tietoja? (esimerkiksi omaisia koskevaa tietoa)
- Miten varmistetaan kirjatun tiedon siirtyminen esim. tästä päivästä seuraavaan päivään(kliininen seuranta kaavake)?

HOIDON ARVIOINTI

Miten hoidon arviointia kirjataan?

- Miten arvioidaan potilaan hoidon tavoitteiden saavuttamista ja hoidon vaikuttavuutta? (Kuinka usein?)
- Mitkä ammattiryhmät kirjaavat potilaan hoidon arviointia?
- Miten potilas osallistuu hoidon arviointiin?
- Miten ja milloin hyödynnätte potilaan kirjattua hoitosuunnitelmaa käytännössä?
-

HOITOTYÖNYHTEENVETO

- Miten hoitotyön yhteenveto kirjataan?

(Lopetuskysymys)

Mitä muuta haluaisitte vielä kertoa?

Potilas case- työyhteisön työryhmän edustajien tekemä

HOITOKERTOMUKSEN PERUSTIEDOT

Hoidon syy: Hemodialyysipotilaan seuranta ja hoito

Tulosy ja oireet: Diabeettinen Nefropatia N03.39* E10.2 I tyypin diabetes

ESITIEDOT

TAUSTATIEDOT

Tulotilanne: 1947 syntynyt mies, asuu Lohjalla. Sairastaa I tyypin diabetestä ja sen pohjalta munuaisten vajaatoiminta. 6/2006 aloitettu hemodialyysihoidot väliaikaisen katetrin kautta Helsingissä. Siirtyy Lohjan dialyysiin 8/2006. Fisteli tehty vasempaan käteen 9/2006, jonka kautta hoidot aloitettu 10/2006.

AIEMMAT TUTKIMUKSET JA HOIDOT

Terveysteen vaikuttavat tekijät / Tupakointi

Tulotilanne: Ei tupakoi

Terveysteen vaikuttavat tekijät / Päihteet

Tulotilanne: Ei käytä päihteitä

Terveysteen vaikuttavat tekijät / Ravitseemus

Tulotilanne: Kalium- ja fosfori rajoitus, nesterajoitus 1800ml/vrk

Terveysteen vaikuttavat tekijät / Tieto sairaudesta

Tulotilanne: Tiedostaa sairauden

Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät / Aktiviteetti ja toiminnallisuus

Tulotilanne: Eläkkeellä, käy hoidossa taksilla, vapaa-ajalla ajaa omaa autoa

Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät / Nukkuminen ja lepo

Tulotilanne: Nukkuu hyvin, dialyysin jälkeen on väsynyt.

Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät / Liikuntakyky

Tulotilanne: Käyttää pyörätuolia liikkuessaan pitempiä matkoja, kotona liikkuu ilman apuvälineitä, ei pysty kävelemään pitkiä matkoja.

Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät / Itsestä huolehtiminen (iän mukaisesti)

Tulotilanne: Omatoiminen

Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät / Kodinhoito ja asiointi

Tulotilanne: Asuu vaimon kanssa, vaimo auttaa jokapäiväisissä toiminnoissa.

Elintoiminnot / Ravitsemustila, nestetasapaino

Tulotilanne: Ravitsemustila hyvä, albumiini taso hyvä, ei turvotuksia.

Elintoiminnot / Hygienia, eritystoiminta

Tulotilanne: Omatoiminen, omaa virtsaa tulee 1000ml/vrk

Elintoiminnot / Iho, kudoseheys

Tulotilanne: I-tyypin diabetes, riskijalat. Fistelikäden hyvä hygienia.

Elintoiminnot / Elimistön vastustuskyky

Tulotilanne: Saanut Pneoumovax rokotteen 02/2006 Helsingissä, yleistila hyvä

Elintoiminnot / Lääkehoidon tasapaino

Tulotilanne: Huolehtii oman lääkityksen omatoimisesti

Psyykkinen vointi / Muisti, kognitio

Tulotilanne: Ikää vastaava

Potilaan elämäntilanne / Perhe

Tulotilanne: Asuu vaimon kanssa, vaimo myös eläkkeellä, aikuinen poika asuu omillaan

Potilaan elämäntilanne / Ihmissuhteet

Tulotilanne: Asuu vaimon kanssa ja poika auttelee jos tarvetta.

Potilaan elämäntilanne / Asuminen

Tulotilanne: Asuu kerrostalossa jossa pärjää hyvin ilman ulkopuolista apua.

Potilaan elämäntilanne / Työ, opiskelu

Tulotilanne: Eläkkeellä

Potilaan elämäntilanne / Toimeentulo

Tulotilanne: Eläkkeellä ja on hakenut hoitotukea. Sosiaalihoitaja käynyt keskustelemassa dialyysipotilaan etuisuuksista ja matka korvauksista.

KESKEISET TIEDOT

HOITOJAKSON SUUNNITELMA

Hoidon / Kuntoutuksen tarve / Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät / **AKTIVITEETTI JA TOIMINNALLISUUS**

Hoidon suunnittelu: Huolehtii omatoimisesti päivittäisistä toiminnoista. Kannustetaan osallistumaan omaan hoitoon ja suunnitteluun. Keskusteltu fisteli käden liiallisesta rasituksesta, on innokas rakentelija mökillään.

Hoidon / Kuntoutuksen tarve / Elintoiminnot / **RAVITSEMUSTILA JA NESTETASAPAINO**

Hoidon suunnittelu: Kalium- ja fosfori rajoitus, Nesterajoitus 1800ml/vrk. Käydään tarvittaessa läpi kalium ja fosfori dieettiä ja on annettu ohje kirjat dieeteistä, mahdollisuus tavata ravitsemusterapeutti jos haluaa.

Hoidon / Kuntoutuksen tarve / Elintoiminnot / **HYGIENIA JA ERITYSTOIMINTA**

Hoidon suunnittelu: Omaa virtsaa tulee 1000ml/vrk. Huolehtii omatoimisesti päivittäisestä hygieniasta. Vuorokausi virtsan mittaus kerran kuussa. Fistelikäden hoito ja tarkkailu. Infektioiden ehkäisy.

Hoito / Kuntoutusjakson tavoitteet / **AMMATTIHENKILÖN ARVIO**

Hoidon suunnittelu: Hoidot sujuvat tasaisesti, matalat verenpaineet aiheuttavat ajoittain huimausta ja joskus pyörtynyt, EI LIIAN SUURIA POISTOJA, omaa eritystoimintaa hyvin. Osallistuu oman hoidon suunnitteluun ja on kiinnostunut hoidosta ja omasta terveyden tilastaan. Hoito-aika 3x5 tuntia, HDF-hoito, FX 1000 dialysaattori, Fragmin 5000ky + 1250ky.

Hoidon suunnittelu: Viimeaikoina Arteria nappailee ja pisto-ongelmia esiintynyt normaalia enemmän, tehdään fistelin ultra jossa todetaan ahtaumaa, laitetaan lähete fistelin angiografiaan ja mahdolliseen pallolaajennukseen.

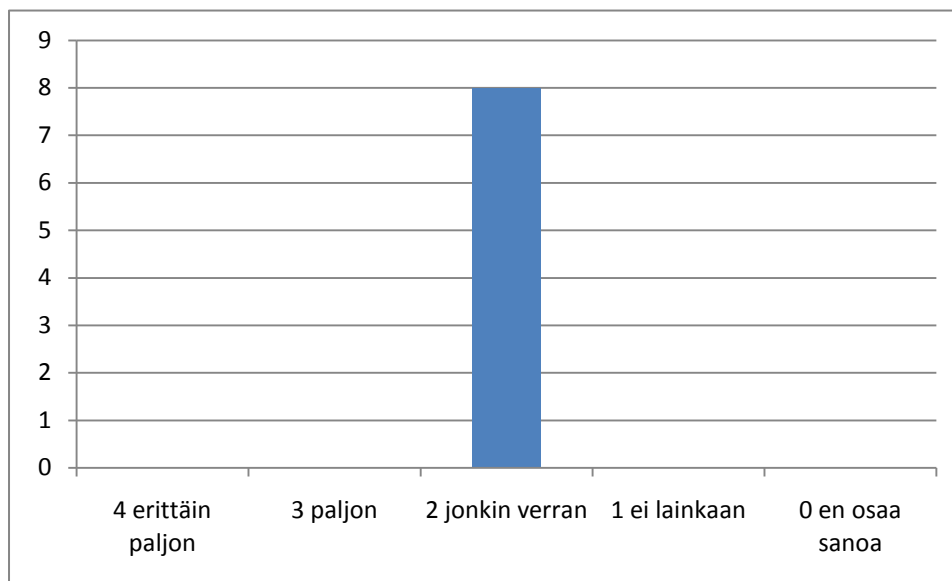
Hoidon suunnittelu: Potilas transplantaatio listalle 06/2008.

Kansallisen mallin mukainen potilasesimerkki

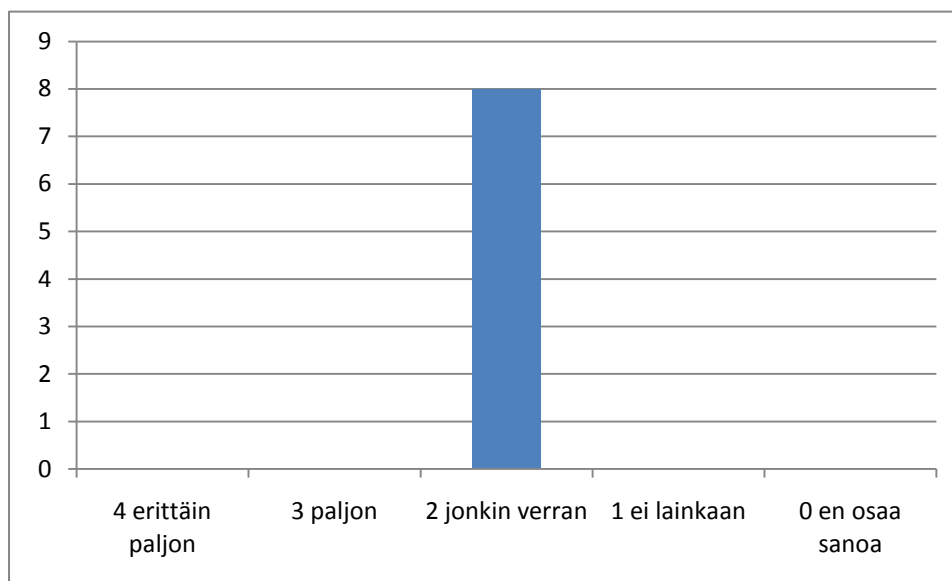
| HOIDON SUUNNITTELU | | HOIDON TOTEUTUS | | HOIDON ARVIOINTI |
|---|--|---|--|---|
| Hoidon tarve (Luokitus: SHTaL) | Hoidon tavoitteet (komponentti siirtyy tarpeesta > ei koodia) | Suunnitellut toiminnot (SHToL) | Hoitotyön toiminto (SHToL) | Potilaan tila: Parantunut Ennallaan Huonontunut |
| Varmuusaste: EP = epäily, TOD= toden- näköinen, VAR= varma | | | | |
| 5204 Verenkierto - Verenpaineen seuranta munuais- ten vajaatoiminnan ja verenpainetaudin vuoksi. Lääkityksen vuoksi matalat verenpaineet aihe- uttaneet välillä huimausta. RR ollut usein 100/60mmHg. | Verenkierto -verenpaineen normaaliarvot alle 130/85mmHg ja yli 100/60mmHg. | 1359 Verenkierto 1360 Verenkierron seu- ranta. 1361 Verenpaineen seu- ranta. - Mitataan verenpaine dialyysihoitojen yhteydes- sä. | 1359 Verenkierto 1360 Verenkierron seuranta 1361 Verenpaineen seuranta - Mitattu RR ennen dialyysia, ollut 131/90. Dialyysin jälkeen RR 125/85. | (EN) |
| 5145 Ravitsemus | Ravitsemus | 1242 Ravitsemus | 1242 Ravitsemus | (EN) |
| 5161 Erityisruokava- lion tarve -Dialyysihoidon aikainen ruokavalio. Kalium- ja fosfori- rajoitus. Nestera- joitus 1800ml/vrk. | -oppia dialyysi- hoidon aikainen ravitsemus ja löytää mielekäs ruokavalio. | 1248 Ravitsemustilan seuranta 1244 Ravitsemuskartoituk- sen tekeminen. -Ravintoterapeutille varattava aika. Keskustel- tava dialyysihoidon aikai- sesta ruokavaliosta. | 1244 Ravitsemuskartoi- tuksen tekeminen -Ravintoterapeutin kanssa tehdään ravit- semuskartoitus. Ravin- toterapeutille varattu aika, joka on 2.2.2011 -Keskusteltu tänään dialyysihoidon aikaises- ta ruokavaliosta ja kerrattu ohjeita. | |
| 5021 Erittäminen Dialyysihoidon toteuttaminen -Ei liian suuria poistoja! | Erittäminen -Dialyysihoito 3krt/vk: ma, ke ja pe aamuisin. | 1022 Erittäminen 1070 Dialyysinesteen määrän ja laadun seuran- ta | 1022 Erittäminen 1070 Dialyysinesteen määrän ja laadun seu- ranta | (EN) |

| | | | | |
|---|---|--|---|-------------------------------------|
| <p>5044 Muut mahdollisesti erittämiseen liittyvät häiriöt.</p> <p><i>-Fistelin seuranta</i></p> <p>5324 Kudoseheys</p> <p>5325 Ihon eheyden muutos</p> <p>5327 Ihon rikkoutumisen riski</p> <p><i>-Diabeettisen neuropatian vuoksi jalkojen tuntoaisti heikentynyt. Seurattava ihon kuntoa päivittäin, jotta leikkausjonossa pysyminen toteutuisi.</i></p> <p>5090 Terveyskäyttäytyminen</p> <p><i>-Omaan hoitoon osallistuminen.</i></p> | <p><i>-Fisteli toimii</i></p> <p>Ihon eheys</p> <p>Terveyskäyttäytyminen</p> <p><i>Hoidon suunniteluun että toteutukseen osallistuminen. Pöydän kokoaminen itsenäisesti ja pistäminen itsenäisesti.</i></p> | <p>1022 Erittäminen</p> <p>1067 Dialyysihoidon toteuttaminen</p> <p>1071 Fistelin seuranta ja hoito</p> <p><i>-Hoitokertojen yhteydessä seurataan fistelin toimintaa ja ihon kuntoa.</i></p> <p>1540 Kudoseheys</p> <p>1541 Ihon kunnan seuranta</p> <p><i>-Jalkojen ihon kunnan seuranta päivittäin. Ihon huolellinen hoito.</i></p> <p>1127 Terveyskäyttäytyminen</p> <p>1146 Hoitoon sitoutumisen edistäminen</p> <p>1148 Hoidon suunniteluun ja toteutukseen osallistuminen.</p> <p><i>-Kokoa pöydän ja opettelee hoitamaan pistämisen itse.</i></p> | <p>1022 Erittäminen</p> <p>1067 Dialyysihoidon toteuttaminen</p> <p>1071 Fistelin seuranta ja hoito</p> <p><i>-Fisteli ei toimi kunnolla. Laitettu lähete fistelin angiografiaan.</i></p> <p>1540 Kudoseheys</p> <p>1541 Ihon kunnan seuranta</p> <p><i>- Jalkojen iho pysynyt kunnossa, ei ihorikkoja.</i></p> <p>1127 Terveyskäyttäytyminen</p> <p>1146 Hoitoon sitoutumisen edistäminen</p> <p>1148 Hoidon suunniteluun ja toteutukseen osallistuminen.</p> <p><i>-Potilas tarvitsee edelleen hoitajien apua pistämisen kanssa. Pistämisessä ongelmia ollut lähiaikoina.</i></p> | <p>(EN)</p> <p>(EN)</p> <p>(HU)</p> |
|---|---|--|---|-------------------------------------|

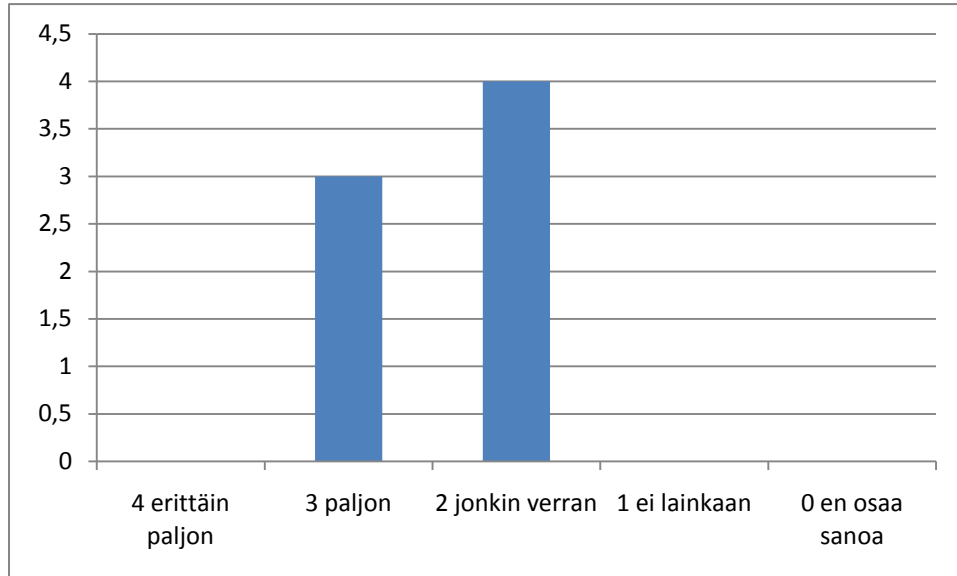
Kehittämistoiminnan arviointilomakkeen vastaukset kysymyksiin 6-21.



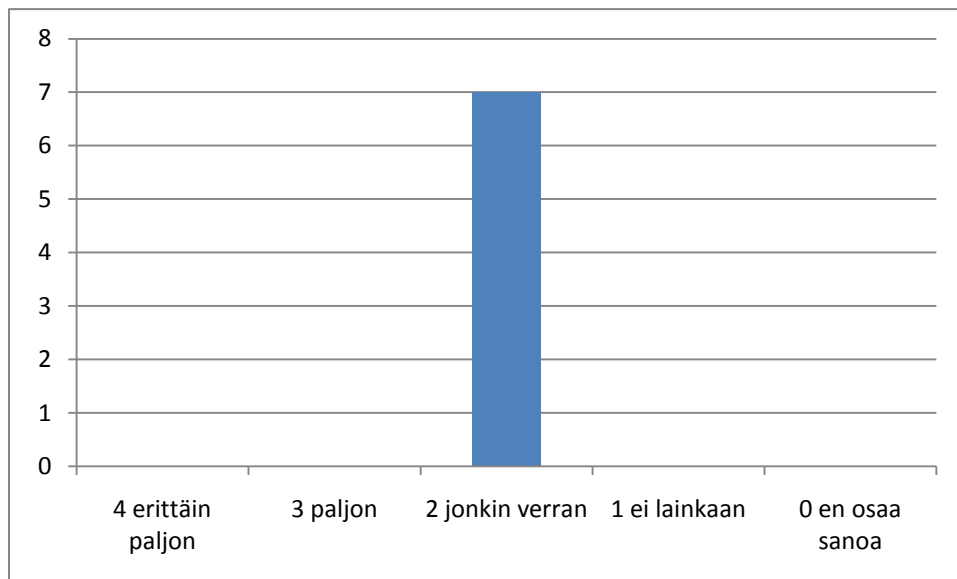
Kysymys 6. Olen oppinut kirjaamishankkeen aikana



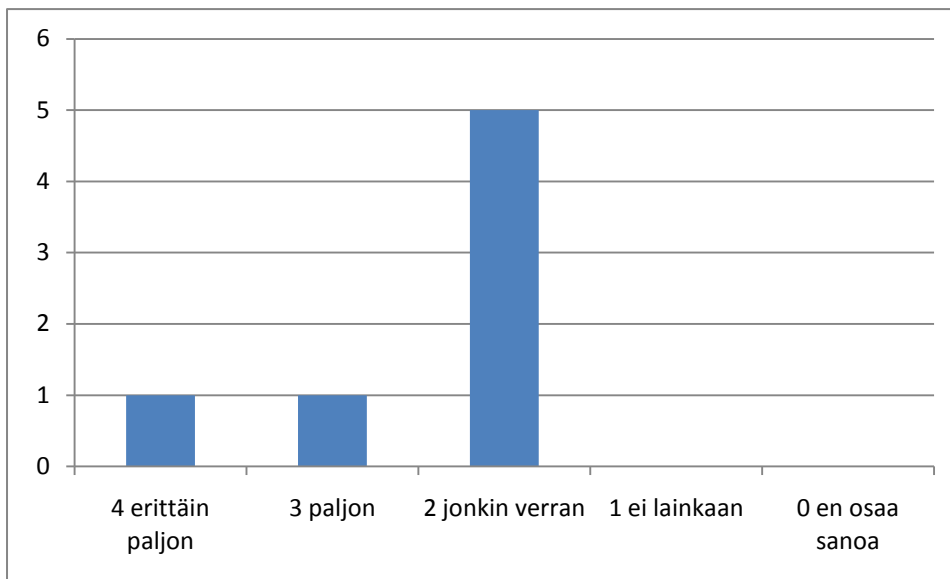
Kysymys 7. Työyksikkösi hoitohenkilökunnan osaaminen on lisääntynyt kirjaamishankkeen aikana



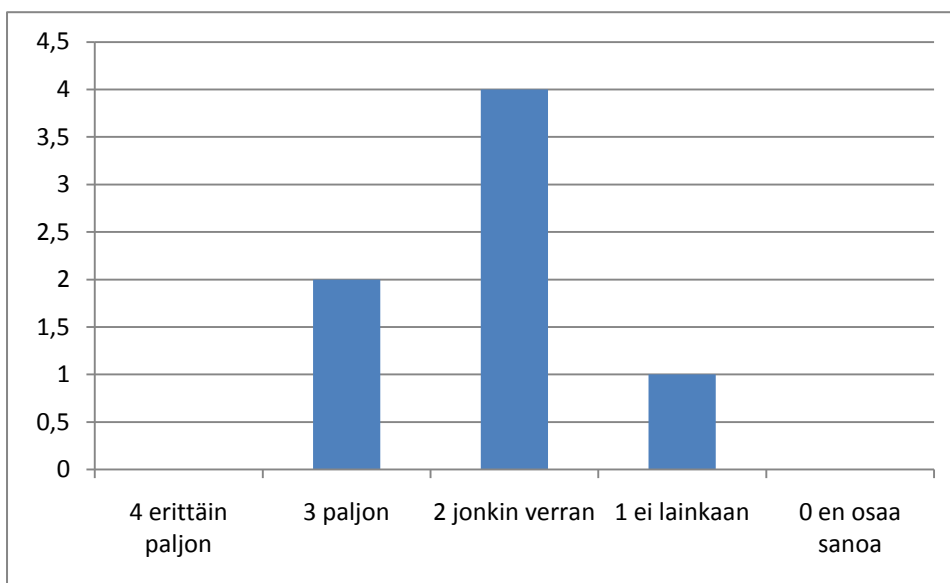
Kysymys 8. Käytännön kokemus vaikutti hankkeessa työyksikkösi kehittämän kirjaamisen toimintatavan muodostamiseen



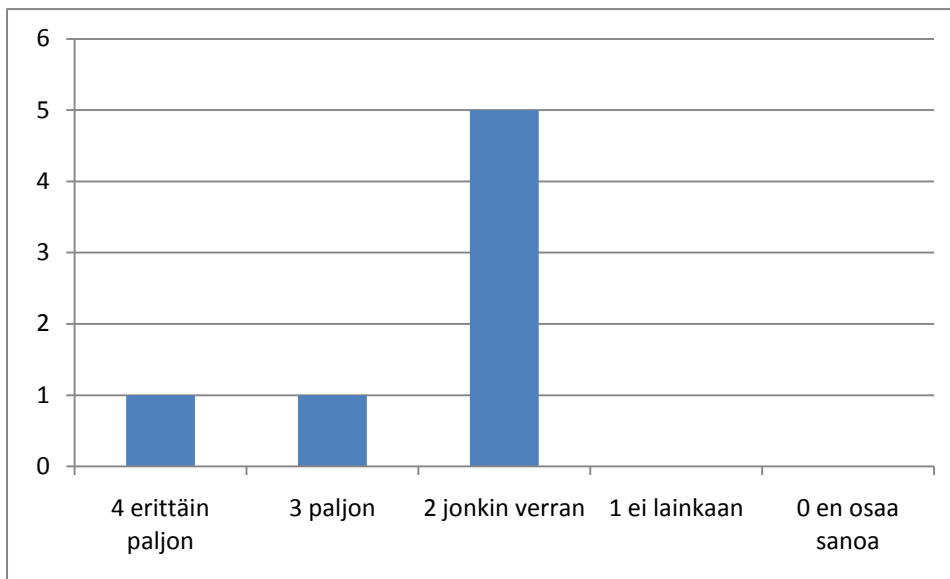
Kysymys 9. Työyksikkösi työryhmän (2-4 hlöä) etsimä tutkimustieto vaikutti uuden kirjaamisen tavan muotoutumiseen



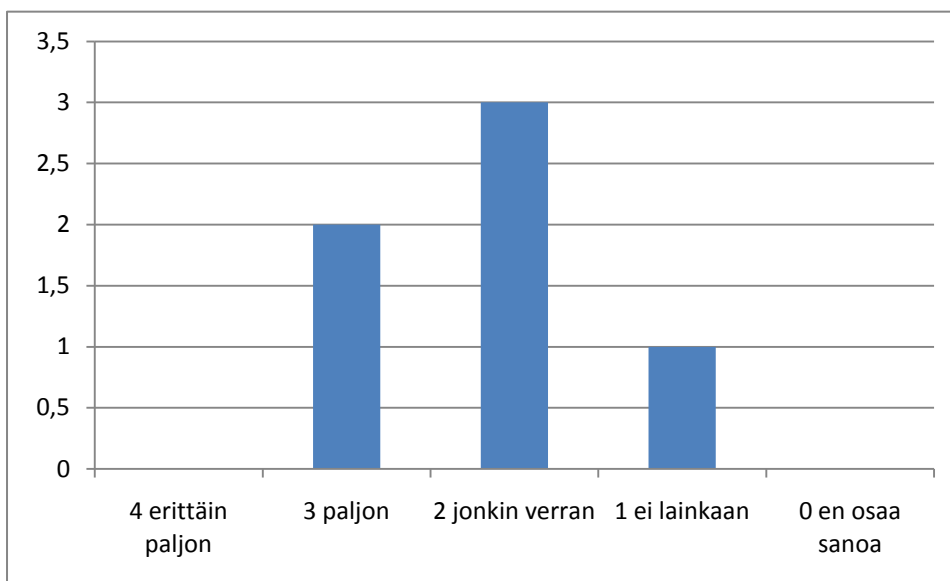
Kysymys 10. Miten kehittämisprosessi on sujunut sinun kohdallasi?



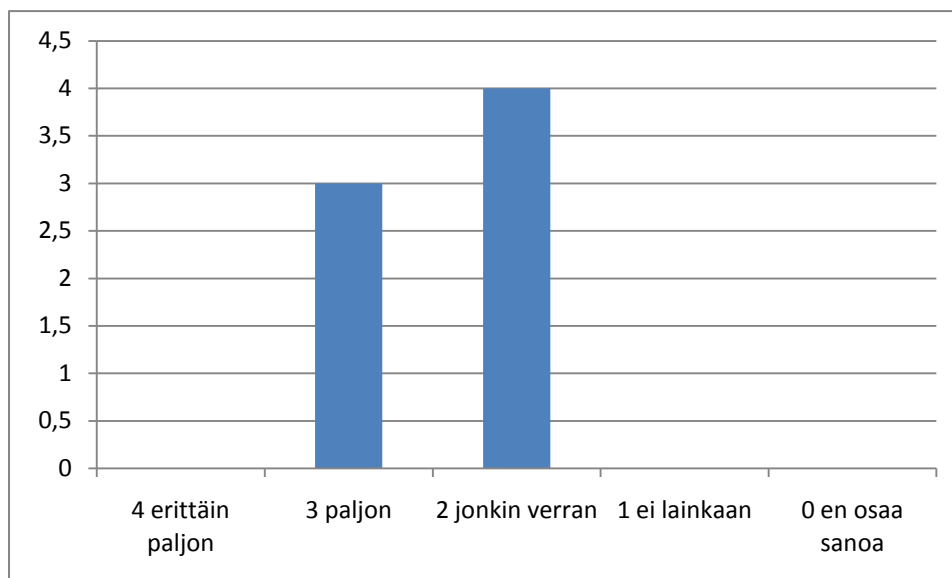
Kysymys 11. Miten olet onnistunut päivittäisen työsi ja kehittämisprosessin yhteensovittamisessa?



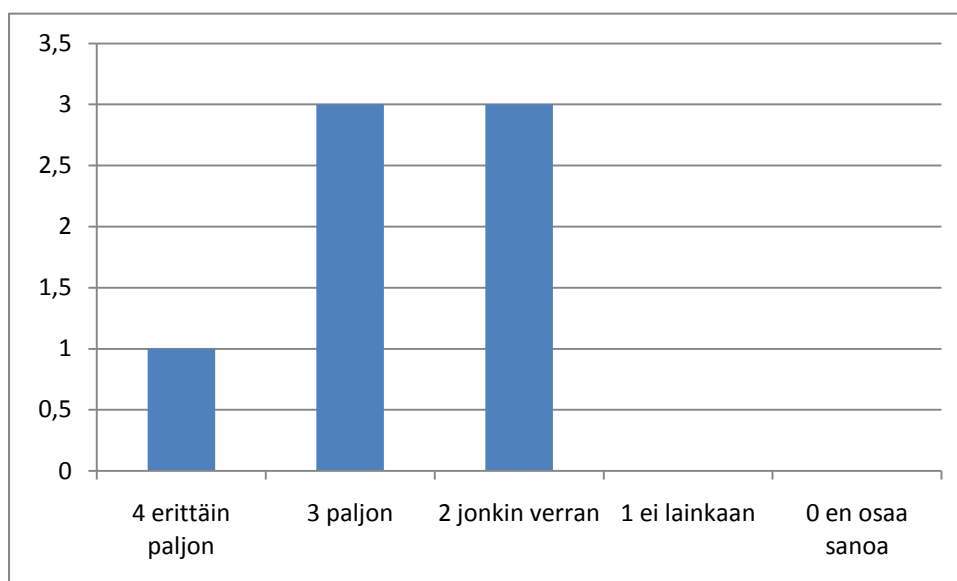
Kysymys 12. Miten mielestäsi esimiehesi ovat mahdollistaneet osallistumisesi kehittämissessiin?



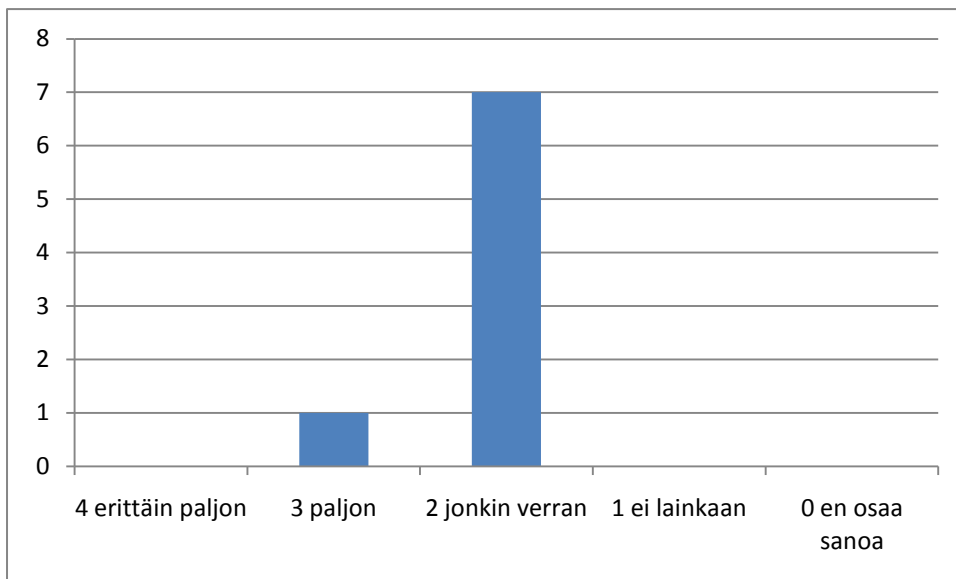
Kysymys 13. Miten mielestäsi ylihoitajat ovat mahdollistaneet hankkeen toteuttamisen käytäntöä hyödyttävällä tavalla?



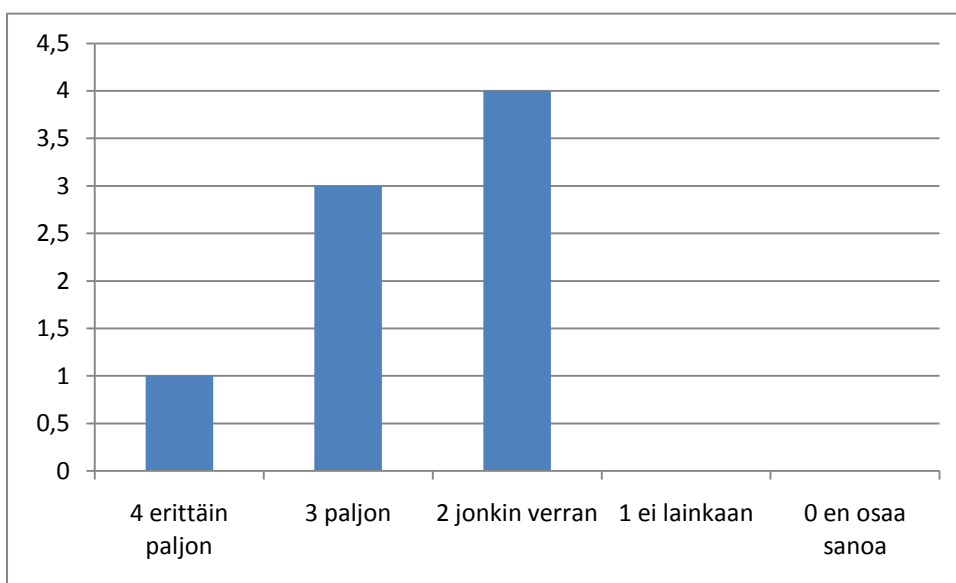
Kysymys 14. Miten mielestäsi työyksikkösi hoitohenkilökunta on osallistunut kehittämissprosessiin?



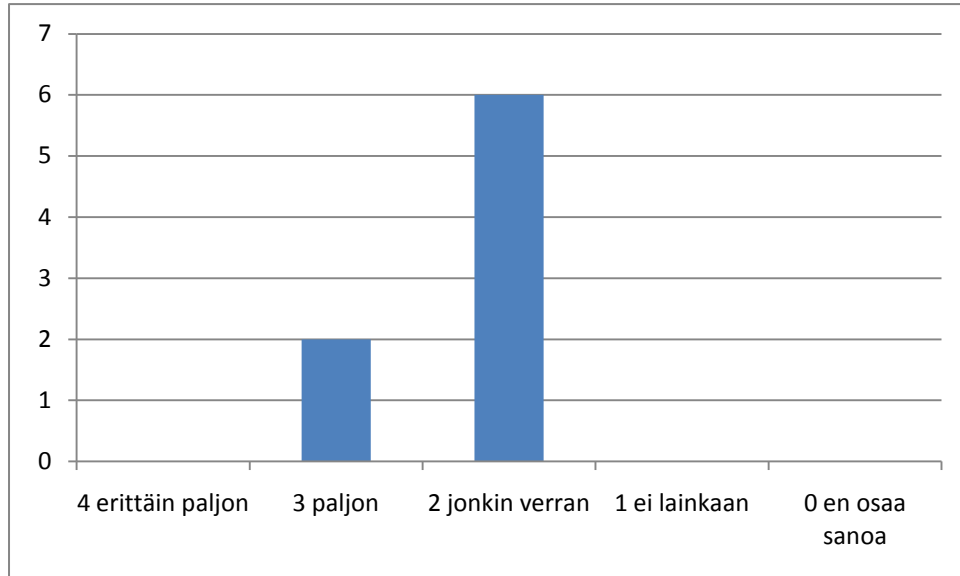
Kysymys 15. Miten työyksikkösi työryhmä (2-4 hlöä) on edistänyt kehittämissprosessia?



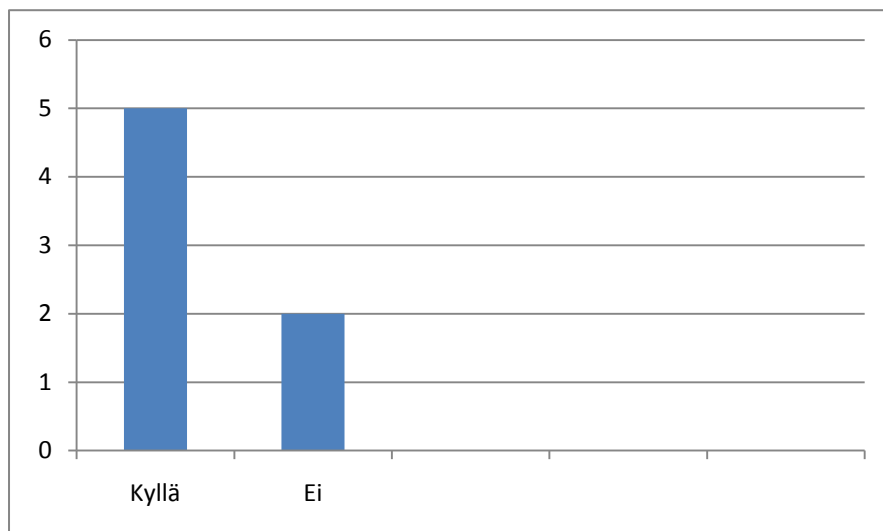
Kysymys 16. Miten arvioit kehittämishankkeen lisännen työyksikössäsi kiinnostusta hoitotyön kehittämiseen?



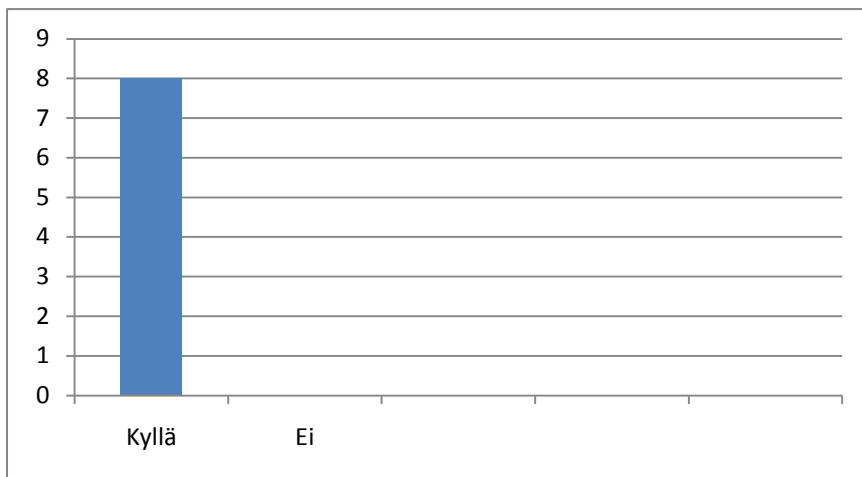
Kysymys 17. Miten arvioit kehittämishankkeen lisännen työyksikössäsi keskustelua kirjaamisen tavoista?



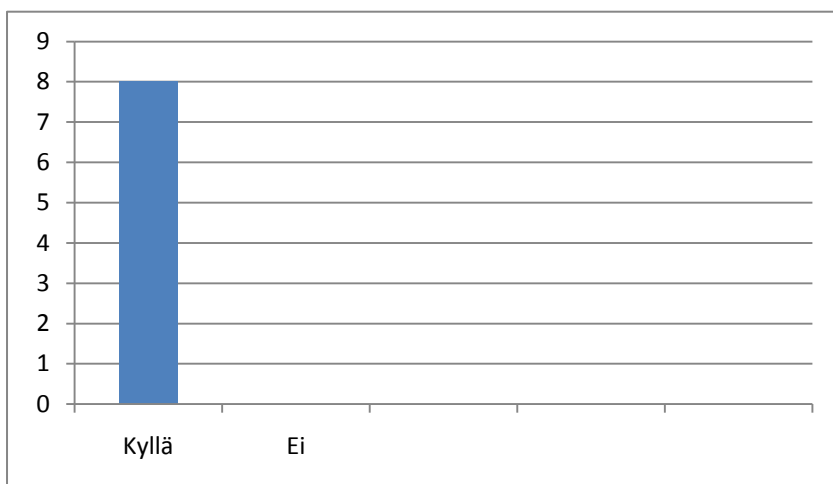
Kysymys 18. Miten arvoit kehittämishankkeen synnyttäneen uusia ideoita hoitotyön kehittämiseksi?



Kysymys 19. Onko hankkeessa kehitetty työyksikkösi uusi kirjaamisen tapa otettu työyksikkösi käyttöön?



Kysymys 20. Onko työyksikkösi uuden kirjaamisen tavan käyttöönottoa suunniteltu työyksikkösi?



Kysymys 21. Uskotko työyksikkösi ottavan uuden kirjaamisen tavan käyttöönsä?