



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Hoitotyön yhteenvedon kehittäminen Lohjan sairaalan kirurgisella osastolla

Mikkonen, Ritva
Toivio, Minna

Laurea Lohja

Hoitotyön yhteenvedon kehittäminen
Lohjan sairaalan kirurgisella osastolla

Mikkonen, Ritva
Toivio, Minna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2011

Ritva Mikkonen ja Minna Toivio

Hoitotyön yhteenvedon kehittäminen Lohjan sairaalan kirurgisella osastolla

Vuosi 2011 Sivumäärä 86

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitotyön prosessin mukaista rakenteista kirjaamista kansallisen mallin mukaisesti. Tavoitteena oli auttaa osaston henkilökuntaa kehittämään omaa toimintaansa ja kirjaamisprosessiaan vaihtamalla ajatuksia ja kokemuksia hoitotyön prosessin kulusta. Opiskelijat työryhmän kanssa tukivat työyhteisön omaa kehittämistyötä. Lisäksi tavoitteena työryhmän kanssa oli osata tutkimuksellisesti kehittää työelämää tuottamalla uusia ratkaisuja tuotteina, toimintamalleina tai työkuluttuurina.

Tämä opinnäytetyö kuului osana valtakunnallista eNNI-hanketta. Opinnäytetyön ja koko kirjaamishankkeen perustana oli Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (1227/2010), mikä käsittää terveydenhuollon siirtymisen valtakunnalliseen, sähköiseen potilastietojärjestelmään.

Opinnäytetyö tehtiin Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kirjaamisen projektissa Lohjan sairaalassa kirurgisella osastolla. Yhteistyötä tehtiin työyhteisön edustajien ja Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan paikallisyksikön kanssa. Kirurgiselta osastolta hankkeen työryhmään kuului osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, neljä sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja.

Opinnäytetyön muoto oli toimintakeskeinen. Kirurgiselle osastolle luotiin kirjaamisen ja hoitotyöprosessin mukaisen ajattelun helpottamiseksi yhteinen työkalu hoitotyön yhteenvedosta yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Kehittämismenetelmänä käytettiin juurruttamismenetelmää. Tiedonkeruun menetelminä käytettiin teemahaastattelua, litterointia ja sisällönanalyysejä.

Tuotokseksi muodostui vuokaavio uudesta menettelytavasta ja hoitotyön yhteenvedon malli. Hoitotyön yhteenvedon malli tulostettiin ja laminoitiin jokaisen työpisteen viereen. Mallissa on kuvattuna hoitotyön prosessin mukaiset otsikot ja niitä selittävät tekstit, jotka helpottavat ja auttavat yhdenmukaista kirjaamista.

Hankkeen onnistumista arvioitiin sähköpostitse lähetetyn arviointikaavakkeen avulla. Kyselyn mukaan hoitotyön kirjaaminen oli kehittynyt ja kirjaamistavoista keskusteleminen työyksikössä oli lisääntynyt oleellisesti. Uusi hoitotyön yhteenvedon malli oli otettu käyttöön niiden potilaiden kohdalla, jotka siirtyivät jatkohoitoon.

Hoitotyön yhteenvedo takaa hoidon jatkuvuuden ja tiedon siirtymisen oikeana hoitojakson päättyessä. Tämän opinnäytetyön tuotosta voidaan hyödyntää jatkossa Lohjan sairaanhoitopiiriin kaikissa yksiköissä. Tulevaisuudessa juurruttamisen kehittämistoiminnan menetelmään voitaisiin tuoda ajatuksia opinnäytetyön yhtenä tuotoksena syntyneestä kehittämisprosessikuvauksesta.

Asiasanat: sähköinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi, hoitotyön yhteenvedo, juurruttaminen.

Ritva Mikkonen and Minna Toivio

Developing Nursing Summary on the Surgical Ward of Lohja Hospital

| Year | 2011 | Pages | 86 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The purpose of this thesis was developing structured documentation in agreement with the nursing process according to the national model. The goal was to assist the staff of the ward in developing their own operations and their documentation process by exchanging ideas and experiences on the course of the nursing process. Together with the work group, the students supported the development work of the work community. In addition, one goal was to develop the working life together with the work group in a research-related manner by producing new solutions in the form of products, operations models or working culture.

This thesis was a part of the national eNNI project. The basis of the thesis and the whole documentation project was the Act on the Electronic Processing of Customer Data in Social Welfare and Health Care Services (1227/2010) comprising the transference of health care to a national, electronic patient information system.

The thesis was completed in the documentation project of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) on the surgical ward of Lohja Hospital. Cooperation was realized with representatives of the work community and the unit of Lohja of the Laurea University of Applied Sciences. From the surgical ward the work group included one head nurse, two assistant head nurses, four nurses and one practical nurse.

The form of this thesis was action-centred. In order to ease documentation and thinking in accordance with the nursing process, a common tool for the nursing summary was created on the surgical ward in cooperation with the staff. The dissemination method was used as a development model. Theme interviews, transcribing and content analysis were used as data collection methods.

As a result, a flow chart of the new method and a nursing summary model were created. The nursing summary model was printed and laminated next to each workplace. The model depicts headlines in accordance with the nursing process and explanatory texts, which facilitate in realizing consistent documentation.

The success of the project was evaluated with the help of an evaluation form sent by e-mail. According to the results of the questionnaire, nursing documentation had developed and discussion about documentation methods in the work unit had increased substantially. The new nursing summary model had been employed among the patients who had been transferred for further treatment.

The nursing summary guarantees continuity of treatment and transmission of correct information as the nursing period ends. The output of this thesis can be utilized in the future in all units of the Lohja Hospital District. In the future, ideas from the development process description created as one output of this thesis could be brought to the method of the development activity of dissemination.

Keywords: electronic documentation, nursing process, nursing summary, dissemination.

Sisällys

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Johdanto..... | 7 |
| 2 | Kehittämistoiminnan ympäristö..... | 9 |
| 2.1 | Lohjan sairaalan kirurgian vuodeosasto | 9 |
| 2.2 | Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus | 11 |
| 3 | Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut | 13 |
| 3.1 | Sähköinen kirjaaminen | 13 |
| 3.2 | Kansallinen systemaattisen kirjaamisen malli ja FinCC-luokituskokonaisuus .. | 15 |
| 3.3 | Hoitotyön päätöksenteko | 16 |
| 3.4 | Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen | 19 |
| 3.5 | Hoitotyön ydintiedot..... | 21 |
| 3.6 | Hoitotyön prosessi | 24 |
| 3.6.1 | Hoidon tarpeen määrittely sekä tiedonkeruu ja analysointi | 24 |
| 3.6.2 | Hoidon suunnittelu | 26 |
| 3.6.3 | Hoidon toteutus | 28 |
| 3.6.4 | Hoidon arviointi | 29 |
| 3.6.5 | Yhdysvalloissa käytettävästä hoitotyön prosessimallista | 29 |
| 3.7 | Lainsäädäntö ja sähköiset asiakirjat | 30 |
| 3.8 | Eettiset ohjeet | 34 |
| 4 | Kehittämistoiminnan menetelmät | 36 |
| 4.1 | Juurruttaminen..... | 36 |
| 4.1.1 | Tiedon käsittelyn kierrokset ja tiedon tuottaminen..... | 38 |
| 4.1.2 | Vuorovaikutus ja kumppanuus | 41 |
| 4.1.3 | Viestintä..... | 43 |
| 4.2 | Muutosvastarinta | 44 |
| 4.3 | Osallistava johtaminen ja voimaantuminen..... | 45 |
| 4.4 | Teemahaastattelu..... | 46 |
| 4.5 | Litterointi ja sisällön analyysi..... | 46 |
| 5 | Kehittämistoiminnan toteutus..... | 47 |
| 5.1 | Muutoksen merkityksen löytyminen ja johtajuus | 47 |
| 5.2 | Nykytilanteen kuvaaminen ja haastattelutapahtuman kulku..... | 49 |
| 5.3 | Nykytilanteen arvioiminen ja kehityskohteen valinta | 52 |
| 5.4 | Uuden toimintatavan rakentaminen | 53 |
| 6 | Tuotos..... | 54 |
| 6.1 | Vuokaavio uudesta menettelytavasta..... | 54 |
| 6.2 | Hoitotyön yhteenvedon malli..... | 56 |
| 7 | Kehittämistoiminnan arviointi..... | 58 |
| 7.1 | Kyselyn toteutus..... | 60 |

| | | |
|-----|---|----|
| 7.2 | Arvioinnin tulokset..... | 61 |
| 8 | Johtopäätökset | 66 |
| 8.1 | Kirjaamisen näkymiä HUS:ssa | 66 |
| 8.2 | Hoitotyön yhteenvedon mallin hyödyntäminen..... | 67 |
| 8.3 | Kehittämispöytäkuvaus | 67 |
| 8.4 | Oma oppiminen..... | 74 |
| | Lähteet | 76 |
| | Liitteet..... | 82 |
| | Kaaviot..... | 86 |
| | Taulukot | 86 |
| | Kuviot..... | 86 |

1 Johdanto

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) käsittää terveydenhuollon siirtymisen valtakunnalliseen, sähköiseen potilastietojärjestelmään.

1.9.2014 alkaen liittymisvelvollisuus on jokaisella julkisen terveydenhuollon alan toimijoilla ja 1.9.2015 yksityisillä toimijoilla. Näin tehostetaan palvelujen saantia ja saadaan välittömästi potilastiedot esille. (Finlex 2010a.) Tämä asettaa paineita terveydenhuollon toimijoille oppia sähköistä ja rakenteista kirjaamista.

Tietojen automaattinen käsittely tulee mahdolliseksi riippumatta käytetystä tietojärjestelmästä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 3). Koko Suomen kattava tietojärjestelmäpalvelu KanTa (Kansallinen Terveysarkisto) palvelee kansalaisia, apteekkeja ja terveydenhuoltoa tarjoamalla sähköisen reseptin (e-resepti), kansallisen lääketietokannan, potilastietokannan (eArkisto) ja mahdollisuuden potilaille tulevaisuudessa katsella omia resepti- ja potilastietojaan. (Kansallinen Terveysarkisto 2011.)

Kansallisessa terveyshankkeessa on kehitetty hoitotyön kirjaamista varten kansallisesti yhtenäinen malli. Yhtenäinen, systemaattinen kirjaamisen malli on kehitetty HoiDok - hankkeessa vuosina 2005 - 2008. Tätä työtä jatketaan eNNI-hankeessa, jossa yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin käyttöön tarvittavaa osaamista ja mallin käytäntöön juurruttamista toteutettiin terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen yhteistyössä vuosina 2008-2010. (eNNI-hanke, 2008.)

Tämä opinnäytetyö on raportti työryhmän toiminnasta ja sen aiheena on sähköisen ja rakenteisen kirjaamisen sekä hoitotyön yhteenvedon kehittäminen Lohjan sairaalan kirurgisella osastolla 3. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa osaston henkilökuntaa kehittämään itse omaa toimintaansa ja kirjaamisprosessiaan vaihtamalla ajatuksia ja kokemuksia hoitotyön prosessista. Käytännössä tämä tarkoittaa työyhteisössä ajattelumallin muuttamista kirjaamisessa hoitotyön prosessin mukaiseksi, oppimista lisää valtakunnallisen kirjaamisen rakenteesta FinCC-luokitusjärjestelmästä ja kehittymistä kirjaamaan HUS:n oman luokitusjärjestelmän tavalla. Lisäksi juurruttamismenetelmää käyttäen on tarkoitus luoda avoin vuorovaikutuksille myönteinen ja muutoksille mahdollistava ilmapiiri, joka mahdollistaa uusien kehittämisideoiden jatkumoa. Työyhteisön on tämän muutosprosessin jälkeen helpompi ymmärtää työelämässä jatkuvasti tapahtuvia muutoksia.

Opiskelijat tukivat tätä työyhteisön omaa kehittämistyötä. Lisäksi opiskelijan tavoitteena työryhmän kanssa on osata tutkimuksellisesti kehittää työelämää tuottaen uusia ratkaisuja tuotteina, toimintamalleina tai työkultuurina. Opiskelijat etsivät teoreettista ja tutkittua tietoa

aiheesta sekä työstävät raportin työryhmän toiminnasta. Organisaatiotasolla tämä opinnäyte-työ on yhtenä osana Laurea ammattikorkeakoulun ja Lohjan sairaanhoitoalueen yhteistyötä.

Opinnäytetyön muoto on toimintakeskeinen. Kirurgiselle osastolle luotiin kirjaamisen ja hoitotyöprosessin mukaisen ajattelun helpottamiseksi yhteinen työkalu hoitotyön yhteenvedosta yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Lisäksi opiskelijat tekivät kaavion, jossa kuvataan työyhteisön kehittämisprosessia. Kehittämisprosessikaavio sisältää tarpeen määrittelyn, ideointivaiheen, suunnitteluvaiheen, muutosvaiheen ja viimeisenä käyttövaiheen, jonka jälkeen muutosten uudet kierrokset alkavat jälleen. Opiskelijat ovat olleet mukana erilaisissa työryhmän palaverissa ja työpajoissa tuottaen sinne itse erilaisia materiaaleja.

Työn tarkoituksena on, että kirjaamisen käytäntö osastolla tulee vastaamaan kansallista terveyshanketta hoitotyön prosessin mukaisesti. Siinä määritellään kansallisesti yhteiset ydintiedot. Näin terveydenhuollon eri ammattiryhmät voivat tuottaa yhdenmukaisia potilastietoja, joissa käytetään samoja käsitteitä ja rakenteita.

2 Kehittämistoiminnan ympäristö

2.1 Lohjan sairaalan kirurgian vuodeosasto

Suomessa on menossa voimakas murrosvaihe sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Erilaiset ajankohtaiset lainsäädännön uudistukset vaikuttavat alueellisiin palvelujärjestelmiin lähitulevaisuudessa. Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen tutkimuksen 2010 mukaan eri sairaanhoitopiirisä johto on tietoinen tulevista maakuntien terveydenhuollon haasteista ja rakennemuutoksista. Tutkimuksessa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri korostaa suuruutensa etuja. HUS:llä on vahva yliopistollinen opetus- ja tutkimustyö, mahdollisuus tehdä kalliita laite- ja kiinteistöinvestointeja, yhtenäinen tietojärjestelmä, mahdollisuus hoitoprosessien koordinoitiin ja erilaisiin omiin tukipalveluihin. (Vuorenkoski & Erhola 2011, 5-15.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ydintehtävä on tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja. Se tuottaa myös erilaisia terveyshyötyjä asiakkaille perusterveydenhuollon, yliopiston ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri muodostuu viiden erikoissairaanhoidon sairaanhoitoalueista, jotka ovat HYKS, Hyvinkää, Lohja, Länsi-Uusimaa ja Porvoo. Ylin päätösvalta on 59 -jäsenisellä valtuustolla. Sairaanhoitopiirin johdos on valtuuston alaisena toimiva hallitus, joka valvoo sairaanhoitopiirin etuja. Hyksin tulosyksilöistä medisiininen, operatiivinen, naisten- ja lastentaudit sekä psykiatrian tulosyksiköt koordinoivat palvelutuotantoa. Palvelualueen tukipalveluja tuottavat HUSLAB, HUS-Röntgen, Ravioli, HUS-Apteekki, HUS-Desiko, HUS-logistiikka, HUS-Servis, HUS-Tietotekniikka ja HUS-Lääkintäteknikka. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2011a.)

HUS on Suomen suurin terveydenhuollon toimija ja työyhteisöltäänkin neljänneksi suurin. HUS:n strategiaan päämääriin vuoteen 2015 kuuluu erikoissairaanhoido, joka on asiakaslähtöistä ja vaikuttavaa. Selkeän johtamisjärjestelmä ja hyvä johtaminen tuo tulosta, jolloin hyvin ennakoitu talous pysyy hyvin tasapainossa. Uudistuvat rakenteet ja palvelut parantavat toiminnan tuottavuutta, vaikuttavuutta ja laatua. Yliopiston kanssa tehty yhteistyö kantaa maailman huipputasoista tutkimus, opetus- ja kehittämistyötä, joka antaa lisää arvoa ja on myös hyvä työpaikka. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2007.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lohjan sairaalan kirurgian vuodeosastolla on 63 sairaansijaa erikoistoimialan potilaille. Näistä 60 prosenttia tulee elektiivisesti hoitoon. Ympäri vuorokautisista osastolle tulevista potilaista on päivystyspotilaiden osuus 40 prosenttia. Kirurginen osasto jakautuu A- ja B-tiimiin. 3A:n potilaina ovat yleiskirurgiset, korva-, nenä- ja kurkkutauti-, tulehdus-, tutkimus-, kuntoutus- ja lääkehoitopotilaat. Kirurgian vuodeosastolla 3A:lla on 42 sairaansijaa yleiskirurgisille, virtsaelinkirurgisille, maha- ja suolistoalueen leikkauspotilaille sekä tutkimus- ja tulehduspotilaille. Osaston 3A:n hoitotyössä korostuu potilaiden

yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ja omatoimisuuden tukeminen sekä hoidon turvallisuus ja jatkuvuus. Keskeistä potilaiden hoidossa on myös leikkauksen jälkeinen hyvä kivunhoito. Kirurgian vuodeosastolla 3B on 19 potilaspaikkaa. 3B:n potilaita ovat taas ortopediset leikkaukset, traumatologiset, tutkimus-, ortopediset kuntoutuspotilaat sekä jatkohoitoa odottavat potilaat. Osaston yleisimmät leikkaukset ovat lonkan ja polven tekonivelleikkaukset, selkäleikkaukset sekä reisiluunkaulan ja reisiluun murtumaleikkaukset. Lisäksi pääkaupunkiseudun sairaaloissa hoidetut erityystason ortopediaa tarvinneet potilaat siirtyvät osastolle jatkohoitoon. Keskimääräinen hoitoaika 3A:lla on 4,3 vuorokautta ja 3B:llä 4,1 vuorokautta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2011b.)

Kirurgian yksikössä toimii monia eri ammattilaisia; seitsemän erikoislääkärinä, urologit; ylilääkäri ja osastonylilääkäri, gastroenterologit; apulaisyylilääkäri ja osastonlääkäri, ortopedit; apulaisyylilääkäri ja kaksi osastonlääkärinä, kahdesta kolmeen sairaalalääkärinä, osastonhoitaja, 33 sairaanhoitajaa, yksi sairaanhoitajan varahenkilö, hygieniahoitaja, 16 perushoitajaa, neljä osastonsihteerinä ja 10 laitoshoitajaa. Kirurgisen osaston hoitotyötä ohjaavat hoitotyön ja hoitamisen arvoperusta, HUS:in arvot, sairaalan laatupolitiikka, spontaanipalautteet sekä Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen potilastyytyväisyysmittauksen tulokset. Hoitotyötä pyritään kehittämään potilaslähtöisemmäksi erilaisilla järjestelmällisillä potilaskyselyillä ja palautejärjestelmillä. Hoitotyön yksi tärkeimmistä osista on myös opiskelijaohjaus. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2011b.)

Yksikkö toteuttaa potilaan hoidossa moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat lääkärien ja kirurgiseen hoitotyöhön perehtyneen hoitohenkilökunnan lisäksi muun muassa fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät. Tarvittaessa potilaan hoitoon osallistuvat myös osteoporoosihoitaja, ravitsemusterapeutti ja sairaalapastori sekä muut sairaalan erityistyöntekijät. Osasto toteuttaa HUS:n arvoa ”Yhteistyöllä huipputuloksiin”. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010.)

Yksikön sisäinen yhteistyö ilmenee moniammatillisessa tiimityössä ja osaston sisäisissä kollegakonsultaatioissa. Eri yksiköiden välistä yhteistyötä tehdään yksiköiden välisissä kollegakonsultaatioissa ja erityisasiantuntijoiden konsultoinneissa. Osaston muina yhteistyökumppaneina toimivat kotisairaanhoito, kotihoito, terveyskeskukset ja muut hoitolaitokset. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2011b.)

Hoitotyön yhtenä tärkeänä periaatteena on hoidon yksilöllisyys. Sen toteuttamistapana osastolla on yksilövastuinen hoitotyö, johon kuuluu omahoitajuus, vastuullisuus ja hyvä kirjaaminen. Osaston tavoitteena on edistää ja tukea potilaan terveyttä ja hyvää elämänlaatua sekä kannustaa potilasta ottamaan osaa omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Osasto toteuttaa HUS:n arvoa ”Arvostamme asiakkaitamme ja toisiamme”. Lohjan sairaala toimii myös ope-

tussairaalana. Sairaalassa harjoittelee sekä sairaanhoitaja-, lähihoitaja- että lääketieteen opiskelijoita. Kouluttautumisella ja osaston toiminnan kehittämällä pyritään antamaan työntekijöille ja opiskelijoille ammatillista ohjausta sekä potilaille mahdollisimman hyvää, yksilöllistä ja laadukasta hoitoa. Tässä toteutuu HUS:n arvo ”Tahto toimia edelläkävijänä”. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010.)

Hoidon tavoitteena osastolla on parantaa potilaan liikuntakykyä ja vähentää kipuja leikkauksen avulla. Keskeistä hoitotyössä on paitsi potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen myös leikkauksen jälkeinen hyvä kivunhoito. Kuntouttavan hoitotyön merkitys on osastolla tärkeässä roolissa. Potilasta ohjataan hoitotyön keinoin itsenäiseen selviämiseen ja omatoimisuuteen apuvälineiden avulla. Fysioterapeutit ohjaavat potilaita kuntoutumiseen liittyvissä asioissa arkipäivisin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010.)

Osastolla on käytössä hiljainen raportointi. Vuorojen vaihtuessa kokoonnutaan lukemaan potilastietoja erilliseen huoneeseen. Potilaat jaetaan omahoitajuuden mukaan sekä niin, että jokaiselle tulee suhteellisesti saman verran potilaita. Tämän jälkeen hoitajat lukevat potilaan tiedot ja tarvittaessa tietoja siirretään myös suullisesti. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010.)

2.2 Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on yleisesti käytössä Miranda ja Uranus-potilashallinnon tietojärjestelmät. Mirandassa otsikkorakenne on moniammatillinen. Siihen kuuluvat esitiedot, keskeiset tiedot (päivittäisen hoidon suunnittelu ja toteutus) ja hoitopäivä/käynti.

Sähköinen, moniammatillinen hoitokertomus muodostuu tiivistelmätason näkymistä ja päivittäisistä perustason dokumenteista. Se koostuu terveydenhuollon eri ammattihenkilöiden tekemistä päivittäisistä merkinnöistä ja jäsentää niitä. Siinä on otsikoita ja käsitteitä, jotka noudattelevat hoidon prosessia. Moniammatillisen hoitokertomuksen tarkoituksena on saattaa päivittäiset merkinnät sellaiseen rakenteeseen muotoon, joka on yhteisesti sovittu. (Pohjanvuori 2007, 167-169.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on omat kirjaamisen periaatteet, jotta hoitotyö pysyisi laadukkaana ja turvallisena, etenkin kun paperisesta hoitokertomusvaiheesta siirrytään sähköiseen hoitokertomukseen. HUS on kehittänyt myös hoitotyön kirjaamista ja ohjeistusta yksikkö- ja sairaalakohtaisesti huomioiden lait ja asetukset sekä käyttäen hyväksi HUS:n potilaskertomusopasta ja muita hoitokertomukseen liittyviä omia ohjeistuksia ja linjauksia. Näillä

erilaisilla ohjeilla kiinnitetään huomiota kirjaamisen rakenteellisuuteen ja sisältöön. Näin korostuu potilaan yksilöllinen, hyvä hoito ja potilaan hoidon jatkuvuus. Ohjeistuksen avulla laaditaan hyvä hoitosuunnitelma sekä hoitoprosessia pyritään kirjaamaan laadukkaasti. Potilaskertomus kattaa tällöin kaikki dokumentoinnit erilaisista tapahtumista ja saaduista palveluksista. (Junttila, Heija, Konttinen, Kotavuopio, Leppänen, Paavilainen, Saloranta, Tuhkanen & Vahteri 2010, 2.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä noudatetaan sen kehittämää moniammatillista otsikkoluetteloä, johon on lisätty hoitotyön otsikoita. HUS:n Hoitotyön koordinaatioverkosto onkin todennut, että nykyinen otsikkoluettelo ei estä FinCC-luokituksen käyttöönottoa. HUS:n kirjaamiskäytäntö noudattaa yliopistosairaaloiden moniammatillista kirjaamisrungon mukaista kirjaamista. Kirjaamista yhtenäistetään ja potilastietoja tallennetaan standardoidulla mallilla sekä yhtenäisen rakenteen mukaisesti, jotta potilaan tiedot pystytään yhdistämään valtakunnalliseen e-Arkistoon (Kansallinen sähköinen arkisto). Valtakunnallisesti on tehty ja kehitetty Finnish Care Classification (FinCC) hoitotyön luokitusjärjestelmä, mutta HUS:n hoitotyön kirjaamiseen käytetään HUS:n itse kehittämää moniammatillista otsikkolistaa Uranus-ohjelmassa. HUS:n kirjaamisen oma malli tuo kansalliseen arkistoon tiedon potilaan hoitotyön yhteenvedosta, joka sisältää hoitotyön eri prosessin vaiheet ja hoitoisuuden. (Junttila ym. 2010, 2-3.) Lohjan sairaalan kirurgisella osastolla käytetään hoitotyön yhteenvedosta myös sanaa hoitoseloste.

Siirryttäessä paperikirjaamisesta sähköiseen versioon HUS:n käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen toimii hyvänä apuvälineenä hoitohenkilökunnalle näyttäen millaiset otsikot löytyvät Miranda-ohjelmasta ja kertomalla sen otsikoiden sisällöstä. HUS:n omassa kirjaamismallissa tulotilanteessa kirjaamisessa ovat tärkeitä potilaan esitiedot, fysiologiset mittaukset ja riskitietojen kirjaaminen. Hoidon suunnittelussa on otettava huomioon hoidon suunnittelu koko hoitotilanteelle, päivittäinen kirjaaminen, määräysten ja erilaisten ohjeiden kirjaaminen. Hoidon toteutusvaiheessa päivittäinen kirjaaminen on tärkeää, kuten myös suunnitelmien kirjaaminen potilaan yhteydenottoja ja jatkohoitoa varten. Potilaan hoitotyön tulokset ja hoidon laatu arvioidaan. Hoitotyön yhteenvedo-osuudessa löytyvät loppuarvio, hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus, jatkohoito, lääkehoito sekä yhteystiedot. (Junttila ym. 2010, 5-6.)

HUS:ssa on käytössä tällä hetkellä Logican tuottamat potilashallinnonjärjestelmät Oberon ja Miranda, joka on potilaskertomusjärjestelmä. Näiden yhteisnimitys on Uranus, jota puolestaan kutsutaan potilastietojärjestelmäksi. Tällä hetkellä ei vielä tiedetä, mikä potilastietojärjestelmä on HUS:ssa käytössä tulevaisuudessa. 1.5.2011 HUS irtisanoi Logican kanssa solmitun puitesopimuksen, jonka olisi tarkoitus loppua 2012. Sen jälkeen käynnistetään hankintamennettely eri potilastietojärjestelmiä tuottavien yritysten kanssa ja etsitään informaatiotekno-

logialtaan käyttäjäystävällinen ja potilashoidon sujuvuuteen sopivampi ohjelma (Kauppalehti, 2011.)

3 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

3.1 Sähköinen kirjaaminen

Suomessa on toistaiseksi kirjava käytäntö hoitotyön kirjaamisissa. Osa on vielä paperisilla lomakepohjilla ja osa kirjaa tietojärjestelmiin sekä muutamat käyttävät molempia kirjaamistapoja. Useissa organisaatioissa ja yksiköissä tehdään vielä kuumekurvaan ja erilaisille, osin strukturoiduille, lomakkeille kirjauksia, joihin on kerätty potilaan hoidon keskeisimmät tiedot. Näiden runsaasti erilaista tietoa sisältävien lomakkeiden hyötykäyttö vaihtelee niin organisaatioittain kuin yksiköittäinkin, koska tiedonhallinta on hankalaa ja samaa tietoa saatetaan kirjata useasti. Ongelmaksi on koettu etenkin paperilomakkeellinen hoitosuunnitelma, koska se koostuu hyvin pienistäkin tiedoista ja myös laajoista hoidon tavoitteista, hoidon suunnitelmasta, toteutetusta ja arvioinnin kirjauksista. Sähköinen kirjaamisen etuja onkin näiden erilaisten laajojen ja yksityiskohtaisten tietojen hyödyntäminen, selkeämpi jäsentely sekä käytettävyys samanaikaisesti eri yhteyksissä, tilastoinneissa ja hoitotietojen tulosteissa paperilomakkeistoja tehokkaammin. (Ensio & Saranto 2004, 30 - 34.)

Sähköinen potilaskertomus perustuu rakenteiseen tietoon. Rakenteinen tieto helpottaa tiedon käsittelyä ja laajentaa käytön mahdollisuuksia. Rakenteisesta tiedosta muodostuva sähköinen potilaskertomus toteutuu erilaisina näkyminä. Näille näkymille kirjataan vaihteittain otsikoita käyttämällä. Näin näkymien avulla voi tuottaa monipuolisesti moniammatillisten hoitotiimien käyttämää tietoa. (Ensio 2008c, 96.)

Sähköisen kirjaamisen selkeyttämiseksi tarvitaan yhdenmukainen kirjaamisen rakenne, joka määrittelee miten kirjataan eli hoitotyön prosessin mukaiset tiedot, jotka muodostavat yhdenmukaisen kirjaamisen perusrakenteen. Näitä tietoja rakenteistetaan sovitulla luokituksilla. Ohjeiden rakentaminen hoitotyön kirjaamisen yhteyteen auttaisi hoitohenkilökuntaa kehittämään työtään laadullisesti oikeaan suuntaan. Moniammatillisen hoidon näkökulmasta kaikki ammattiryhmät kirjaavat oman osionsa potilaan hoidosta samaan järjestelmään ja silloin kaikkien dokumentoima tieto on kaikkien saatavilla, näin saadaan myös joustava palvelukokonaisuus, joka hyödyntää muiden potilaan hoitoon osallistuneiden tuomaa tietoa päätöksenteon tueksi. (Tanttu 2008a, 128-130.)

Sähköisen potilaskertomuksen rakenne on määritelty kaksitasoiseksi; ydinkertomus ja perustason kertomus. Ydinkertomus sisältää hoitokoosteen, jossa on potilaan henkilö- ja yhteystieto-

jen lisäksi terveyden- ja sairaanhoitoon liittyviä merkintöjä. Nämä tiedot ovat tiivistetysti hoitoon tai tarkastukseen hakeutumisen syyt, hoidon päätavoitteet, erilaiset hoitomenetelmät ja toimenpiteet. Siihen kuuluu myös loppuarvio ja jatkohoitosuunnitelma. Perustason kertomuksessa on ammattilaisten merkinnät terveyden- ja sairaanhoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Sen rakenteena toimivat tutkimus- ja hoitosuunnitelmat, sairauksien yksityiskohtaisen seurantasuunnitelmat, terveysneuvontaa, kasvun kehityksen seurantasuunnitelma. Perustasomerkinnot sisältävät kaikki potilaan hoidosta ja ohjauksesta tehdyt merkinnät. (Häyrinen & Ensio 2008, 97-99.)

Suomessa pitkään käytössä oleva valtakunnallinen sairauskertomusjärjestelmä on antanut hyvän pohjan yhtenäiselle, rakenteiselle, sähköiselle potilaskertomukselle. Sähköinen potilaskertomus on elektronisesti tallennettua tietoa, joka voi olla skannattua (koneellisesti luettua ja koneella käsiteltävään tietoon muokattua) tekstiä tai koodattua dataa. Se voi olla myös yli organisaatorajojen olevaa potilaskertomusta tai tietojärjestelmää. Se on digitaalisesti tallennettua yksilön elinikäistä terveystietoa ja potilaalle annetun kokonaisvaltaisen hoidon asiakirja, joka välittyy eri ammattiryhmien välillä. Terveydenhuollon palvelujärjestelmän muuttuessa potilaan rooli aktivoituu hoitoratkaisuissa ja hän saa, sekä osallistuu tietojensa hakemiseen ja hyödyntämiseen. (Häyrinen & Ensio 2008, 97.)

Paperisesta kirjaamisesta siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen vaatii henkilökunnalta tietokoneen järjestelmien teknisempää hallintaa sekä sen laajaa kokonaisoppimisprosessia. Kun järjestelmä on tullut tutummaksi, sen käyttö on muuttunut joustavammaksi ja helpottaa hoitajan työskentelytapoja. Jotta henkilökunta sisäistäisi uudenlaisen tavan kirjata, koulutuksen lisääminen on tärkeää, niin organisaatioille ja ammattioppilaitoksillekin. Rakenteisen kirjaamisen ymmärtäminen hoitotyön prosessissa ja kliinisissä hoitopoluissa on tärkeää. (Ensio & Saranto 2004, 32.)

Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä 2010 -tutkimus tehtiin yhdessä Suomen Lääkäriliiton, Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen, Aalto-yliopiston ja Oulun yliopiston kanssa. Lääkärilehdessä esiteltiin tutkimusta ja siinä tuli esille mielipiteitä tämänhetkisistä potilastietojärjestelmistä. Lääkärit kokivat niiden ongelmiksi tiedonkulun vaikeuden eri organisaatioiden välillä sekä tiedon käsittelyn hitauden. He kaipasivat myös toimivaa yhteenvetonäkymää. Kirjattujen tietojen hyödynnettävyys koettiin heikoksi ja näin sen ei koettu tukevan moniammatillista yhteistyötä. (Vänskä, Viitanen, Hyppönen, Elovainio, Winblad, Reponen & Lääveri 2010, 4177.)

3.2 Kansallinen systemaattisen kirjaamisen malli ja FinCC-luokituskokonaisuus

Hoidon systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan hoidon kuvaamista hoidon päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. Hoitotyön keskeisiä sisältöjä kuvataan hoitotyön ydintiedoilla. Ydintietojen tarkoituksena on antaa kokonaiskuva henkilön terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Ydintiedot ovat tietoja, jotka on oltava kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla. Valtakunnallisessa hoitotyön kehittämishankkeessa on esitetty, että hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli olisi käytössä vuoden 2010 loppuun mennessä koko maassa. Hankkeen päätavoitteena oli juurruttaa kehitetty hoitotyön systemaattinen kirjaamisen malli käytäntöön. (Hoi-Data hanke 2009, 4-5.)

Osana kansallista terveyshanketta 2002, käynnistyi myös sähköisten potilasasiakirjojen määrittelyhanke. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuosina 2003-2004 työryhmän, joka laati strategian rakenteellisesti ja toiminnallisesti yhteensopivien tietojärjestelmien käyttöönoton edistämiseksi kunnissa ja kuntayhtymissä. Valtakunnallinen, yhteistoiminnallinen tietojärjestelmä tukee sekä hoidon laadun parantamiseen tähtäviä uusia toimintamalleja ja toiminnan suunnittelua sekä seuranta. (Häyrinen & Ensio 2007a, 103.)

KanTa-arkiston tarkoitus on saada kaikki potilaista kerätty tieto järjestettyä niin, että sitä voidaan lukea ja hyödyntää myös muualla kuin sen tuottaneessa organisaatiossa. Tieto täytyy rakenteistaa niin, että terveydenhuollon ammattihenkilöt löytävät tarvitsemansa ja pystyvät lukemaan ja käsittelemään sitä. Kansallisessa terveyshankkeessa yhteiset ydintiedot, jotka ovat kansallisesti yhdenmukaisia, täytyy määrittellä. Niiden avulla samoja käsitteitä ja rakenteita käyttämällä voidaan tuottaa yhdenmukaisia potilastietoja. Näin tietojen automaattinen käsittely ei ole käytettävästä tietojärjestelmästä riippuvainen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 3.)

eNNi-hankkeen kehittämistoiminnan perusajatuksena on hoitotyön kirjaamisen käytännön uudistaminen. Kansallisessa terveyshankkeessa on kehitetty hoitotyön kirjaamista varten kansallisesti yhtenäinen malli. Yhtenäinen, systemaattinen kirjaamisen malli on kehitetty HoiDok -hankkeessa vuosina 2005 - 2008. Hoitotyön ydintiedot kirjataan rakenteisesti hankkeessa kehitettyä Finnish Care Classification- luokituskokonaisuutta (FinCC) käyttäen. Kansallinen hoitotyön kirjaamisen mallia viedään potilastietojärjestelmiin ja tuetaan organisaatioita systemaattisen hoitotyön kirjaamisen käyttöönotoissa HoiData -hankkeessa vuosina 2007-2009. Tätä työtä jatketaan eNNI-hankeessa, jossa yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin käyttöön tarvittavaa osaamista ja mallin käytäntöön juurruttamista toteutetaan terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen yhteistyössä vuosina 2008-2010. (eNNI-hanke, 2008.)

Enni-hankkeen toimintamallina on tutkimus- ja kehittämisprosessi, joka jakautuu neljään eri osaan; toimintaympäristödialogiin, osaamisen tuottamiseen, osaamisen hyödyntämiseen ja vaikuttavuuden arviointiin. Hankkeessa sairaanhoitajat, hoitotyön opiskelijat, opettajat ja johtajat oppivat yksilöinä ja osallistuvat työtään kehittävän yhteisön yhdessä oppimiseen sekä uuden osaamisen tuottamiseen ja hoitotyön käytäntöjen uudistamiseen. Hankkeen tavoitteena on syventää työelämän ja koulutuksen yhteistyötä kehittämällä sitä kumppanuudeksi. Kumppanuudella tarkoitetaan uudenlaista kehittämissyhteistyötä. Sen ominaisuuksia ovat tasa-vertaisuus, vuorovaikutus, tulevaisuussuuntautuneisuus sekä oppimisen ja kehittymisen arvostaminen. (eNNI-hanke, 2008.)

FinCC-luokituksen tarkoitus on auttaa hoitajaa kirjaamaan hoitotyötä systemaattisesti. Siinä kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen tietoja hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Luokitus muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1), suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL 2.0.1) ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTuL 1.0). FinCC-luokitus perustuu kansainväliseen Clinica Care Classification (CCC)-luokitukseen. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3.)

Hoidon tarpeita kuvaavat termit on luokiteltu kolmeen tasoon: komponentteihin, pääluokkiin ja alaluokkiin. Komponentit ovat samat sekä tarve- että toimintoluokituksessa. Tuloluokitus sisältää arviointiasteikon. Sen avulla voidaan arvioida lähtökohtana olleen tarpeen muuttamista hoitotyön toiminnan seurauksena. Komponentit ovat luokituksen abstraktein taso. Käytännön kirjaaminen tapahtuu pää- ja alaluokkien tasolla. Uusia alaluokkia on tarkoitus kehittää jatkossa. (Liljamo ym. 2008, 3.)

3.3 Hoitotyön päätöksenteko

Päätöksenteon taidolla on huomattava rooli käytännön hoitotyössä ja dokumentoinnissa. Päätöksenteon taitoja voi hankkia kouluttautumalla ja sen merkitys kasvaa myös kriittisen ajattelun kehittämisessä. Huolellisen ajatteluprosessin luomat suunnitelmat takaavat potilaan hoidon yksilöllisyyden ja tavoitteellisen toiminnan. Aloittelijan päätöksenteko on rationaalisempaa toiminnan alussa, sillä hän kokoaa yksittäisiä tietoja, yhdistelee niitä ja tekee niistä mahdollisen yhteenvedon. Kokenut ammattilainen puolestaan tarkastelee enemmän potilaan kokonaisuutta ja liittää yhteen aikaisempia kokemuksiaan. Näin hän pystyy hyödyntämään intuitiota ja aikaisempia kokemuksiaan, jotka tulevat esiin hoitotyön päätöksenteon taidoissa. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 56.)

Hoitotyön päätöksentekoprosessi on jaettu neljään eri kohtaan. Ensimmäisenä on tiedon keruu ja analysointi eli hoitoprosessin edetessä kerätään ja analysoidaan jatkuvasti tietoa poti-

laasta. Toisena kohtana on hoidon tarpeiden ja voimavarojen määrittäminen, sekä priorisointi. Hoidolle on myös asetettava tavoitteet, joita kohti suunnitelluilla toiminnoilla pyritään. Hoidon tulos kertoo päästiinkö tavoitteisiin. (Ahonen ym. 2007, 7.)

Suomessa on käytössä oleva päätöksenteon prosessimalli on nelivaiheinen, joka sisältää hoidon tarpeen määrittämisen, hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen ja arvioinnin. Näiden sisälle voidaan löytää jopa kahdeksan eri vaihetta. (Sonninen & Ikonen 2008, 76.) Hoitotyön mallin tulee vastata kysymyksiin; kuka, mitä, missä, milloin, miksi ja kuinka. Potilaan ongelmamäärittelyssä vaikuttavat aika ja täsmällisyys päätöksenteon etenemiseen sekä ajattelu- prosessit hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arvioinnin käyttöön. (American Nurses Association 2010, 13 & Lauri ym. 1998, 109-110.)

Hoitotyön päätöksenteosta puhuttaessa käsitellään ihmisten hyvinvointia ja monenlaisia sairauksia sekä näiden hoitamista sisältäviä tietoja. Erilaiset päivittäisen päätökset ovat ajatteluprosessin tulosta ja ne voivat olla tietoisesti prosessoituja tai tiedostamattomasti toimivia. Päätöksenteko perustuu aina tietoon. Hoitamisen tietorakenne luo pohjan hoidolliselle päätöksenteolle. Kun tieto koostuu eettisestä, empiirisestä, esteettisestä tai henkilön omakohtaisista tiedoista, on kyseessä ammatillinen tietorakenne, joka on perusta hoidolliselle päätöksenteolle. Hoidollisen päätöksenteon tavallisimpia lähestymistapoja ovat potilas- ja hoito- henkilökuntalähtöinen, yhteinen, työntekijän ja moniammatillinen päätöksenteko. Päätöksenteon ajatteluprosessi voi toimia analyyttisesti, intuitiivisesti tai se voi olla näiden molempien prosessien yhdistelmä. Intuitiivisessa prosessissa ajatellaan kokonaisuutta nopeasti ja hahmotetaan oleelliset ongelmat. Se on prosessina suurpiirteisempi ja siksi siinä voi esiintyä virheitä. Ajatteluprosessi voi olla myös informatiivista eli ongelmaratkaisuprosessiin haetaan tietoa systemaattisesti. Rationaalisessa ajatteluprosessissa tiedot kootaan ja analysoidaan yleensä yksi vaihe kerrallaan, asetetaan tavoitteet, tuotetaan erilaisia ratkaisuja ja valitaan niistä siihen paras vaihtoehto. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 9-12, 39, 86-89.)

Ajatteluprosessit toimivat pohjana erilaisille päätöksentekoteorioille. Päätöksentekoteorioita ovat rationaalinen, informatiivinen ja analyyttis-intuitiivinen päätöksentekoteoria sekä informatiivinen prosessoinnin teoria. Rationaalisessa päätöksentekoteorian prosessissa päätöksenteon eri vaiheissa hankitaan ongelmakohtaan liittyvää tietoa, jota samalla myös analysoidaan. Kun ongelmakohtaa on tarkasteltu, asetetaan siihen hoitamisen tavoitteet. Ongelman selvittämiseksi tarvitaan hoidon toiminnan suunnittelua ja päätöksentekoa, jotka toteutetaan ja arvioidaan. Informatiivisessa prosessoinnin teoriassa etsitään järjestelmällisesti ongelmaa ja siihen ratkaisuja. Se alkaa tiedon ja vihjeiden hankkimisella tai niiden vertailemisella hoidolliseen tai omaan tietorakenteeseen. Ongelman hahmottamiseksi otetaan hypoteeseja erilaisista ratkaisuvaihtoehdoista, joita tarkastellaan, testataan, hyväksytään tai hylätään. Päätös ja toiminta tehdään näiden tulosten perusteella. Kun tarkastellaan kokonaistilannetta nopeas-

ti, mikä vielä aiheuttaa välitöntä toimintaa, kysymyksessä on intuitiivinen päätöksentekoteoria. Tässä teoriassa huomataan nopeasti toimintamallin ja sen sisällön samankaltaisuudet. Siihen liittyvät voimakkaasti myös aikaisemmat päättelyt samasta asiasta ja siihen liittyvät erilaiset toimintatavat, asioiden tärkeysjärjestys ja kuinka nämä asiat liitetään toisiinsa. Analyttis-intuitiivisessa päätöksentekoteoriassa kokonaistieto ei ole hoitajilla aina saavutettavissa. Jokaisella päätöksentekijällä on päätöksien suhteen omat rajansa ja erilaiset epävarmuustekijät päätöksiä tehtäessä. Tämän teorian ongelmat, niiden luonne ja ympäristö eivät ole myöskään yksinkertaisia tai samanlaisia. Nämä kaikki puolestaan vaikuttavat päätöksen tekijän ajatteluprosesseihin. (Lauri ym. 1998, 14-19.)

Lundgrén-Laine ja Salanterä (2007, 25-26) pohtivat Sairaanhoidajaliiton Hoitotyön vuosikirjassa 2007 artikkelissaan pystyvätkö sähköiset järjestelmät muuttamaan hoitotyön päätöksentekoa näkyvämmäksi. Päätöksenteon näkyvyysongelmaa ei ole pystytty ratkaisemaan moderneilla systeemeilläkään huolimatta hoitotyön laajasta ja leveästä tietotaustoista tai hoitajien kirjaamista helpottavista sähköisistä systeemeistä. Sähköiset järjestelmät tuovat tullessaan lisää uusia haasteita päätöksenteon näkyvyydelle ja vaikuttavat voimakkaasti hoitajien tiedon hakemiseen, päätöksiin ja kirjaamisiin. Hoitotyön päätöksentekoon liittyy paljon monenlaisia erilaisia tekijöitä ja muuttujia. Näitä tekijöitä ja muuttujia onkin hankala saada kirjaamisessa esille. Tätä hankaloittavat myös tietämättömyys tuloksellisuudesta ja vähäinen ajankäyttö hoitotyöhön. Päätöksenteko näkyikin hoitotyössä henkilökunnan toiminnassa, koska henkilökunta jatkuvasti tarkastelee, ajattelee, arvioi ja laittaa erilaisia asioita tärkeysjärjestykseen. Heiltä vaaditaan myös ongelmanratkaisukykyä selvittää tilanne. Hoitotyön prosessissa tarpeen määrittely, suunnittelu ja toiminnan toteutuminen sisältävät hyvin paljon hoitajan päätöksiä ja valintoja potilaan hoidon aikana ja niiden pitäisi olla myös kirjattuina, jotta ne tulisivat näkyviksi. Hoitotyön tietoperustat rakentuvat hoitotyössä tehtäviin päätöksiin ja valintoihin. Jotta hoitajan toimintaa tulisi päätöksenteossa enemmän esiin, on hoitotyön systemaattisella kirjaamisella hoitotyön prosessin mukaisesti suuri merkitys.

Kehittämishaasteita hoidolliseen päätöksentekoon ovat esimerkiksi sellaisten psykologisten tutkimusten lisääminen, jotka käsittelevät ihmisten ajattelua ja päätöksentekoa. Miettiä voitaisiin myös millaiseen tietoon päätöksenteko perustuu, miten ajatteluprosesseja ja päätöksentekoteorioita käytetään ja miten ongelmanratkaisu ja hoidollisen tapahtuman luonne liittyvät päätöksentekoon. Koulutuksessa on myös huomioitava päätöksenteon ajatteluprosessit, teoriat, monimuotoisuus ja sen vaikutus hoitotyöhön ja hoitamiseen. Näiden havaitseminen ja kokeminen tuo uuden näkökulman hoitamiseen. Hoidollisen päätöksenteon kehittämisessä oleellista on sen merkityksen ymmärtäminen toiminnassa. (Lauri ym. 1998, 109-110.)

3.4 Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen

Ahonen, Ikonen & Koivukoski (2007, 9) korostavat artikkelissaan hoitotyön prosessin olevan hyvin tärkeä työväline, joka on samalla ensimmäinen askel rakenteisen kirjaamisen oppimiselle. Rakenteiselle kirjaamiselle luo rungon suomalainen hoidon tarve- ja toimintoluokitus sekä yhtenäinen kansallinen sairaskertomus. Potilaan päivittäisessä hoidon kirjaamisessa hyödynnetään tarve- ja toimintoluokituksia hoitotyön prosessissa.

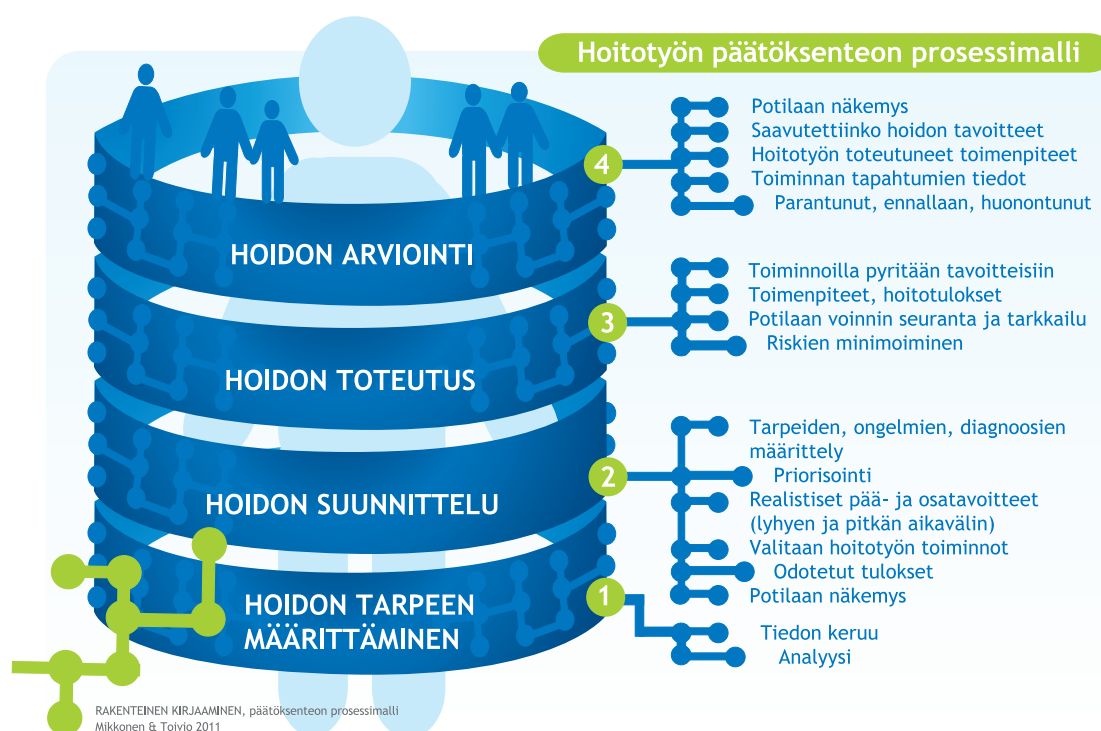
Ongelmanratkaisu on pohjana sairaanhoitajan päätöksenteolle ja toiminnalle. Hoidon aikana joudutaan miettimään ratkaisuja prosessin mukaan. Potilaan hoitoa toteutetaan yksilöllisesti niin, että potilas osallistuu hoitoonsa. Sairaanhoitaja henkilökohtaisesti itse ratkaisee mitä etsii, mikä on se tärkein toimenpiteen kohde, mitkä ovat sen tavoitteet ja millaisia toimenpiteitä potilaalle yleensäkin tehdään. (Ahonen ym. 2007, 6-7, Skaug & Andersen 2006, 189-193.) Ongelmaratkaisumenetelmän vaiheisiin kuuluu tiedonhankintavaihe (kerätään tietoa potilaasta), epätoivotun tilanteen tunnistaminen (varsinaisen ongelman tai ongelmien tunnistaminen), päämäärän selvittämisvaihe (tavoitteen tunnistaminen ja laatiminen), toimenpidevaihe (hoitotyön erilaiset toiminnot) ja arviointivaihe. Erilaiset hoitotyön tilanteet asettavat hoitohenkilökunnalle hyvin monenlaisia vaatimuksia. Potilaan kohtaamisessa on hoitajan osattava arvioida ja miettiä sekä tehtävä erilaisia toimenpiteitä riippuen potilaan tarpeesta. Tähän ajatteluprosessiin vaikuttaa myös hoitavan henkilön aikaisemmat kokemukset, tiedot, potilaan tuntemus, omat arvot, tiedot ja taidot. (Skaug & Andersen 2006, 189-193, 197-199.)

Hoitotyön prosessin hallinta kuuluu potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin; se on sairaanhoitajan ydinosaamista. Hoitotyön prosessimalli on hyvä apuväline potilaiden hoidon suunnitteluun ja kirjaamiseen. Tämän lisäksi kirjaamisen rakenteisuus kuuluu oleellisesti sähköiseen kirjaamiseen. Prosessin mukainen rakenteinen kirjaaminen alkaa potilaan hoidon tarpeesta, jolloin terveydenhuollon ammattihenkilö merkitsee potilasasiakirjoihin käyttötarkoituksen kannalta oleelliset tiedot. Seuraavaksi kirjaaminen etenee potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hoitaja ohjautuu kirjaamaan hoidon hoitoprosessin eri vaiheiden kautta. (Ahonen ym. 2007, 6-7.)

American Nurses Association (ANA) on ollut jo kehittämässä ja standardoimassa omaa hoitotyötään jo 1990-luvulta lähtien. ANA:n standartoitu hoitotyön prosessi jakaantuu kuuteen eri luokkaan, joita ovat hoitotyön hoidon tarve (Assessment), diagnoosin määrittely (Diagnosis), tulosten määrittely (Outcomes Identification), hoitotyön suunnittelu (Planning), hoitotyön toteutus (Implementation) ja hoitotyön arviointi (Evaluation). (American Nurses Association, 2010, 7-15.)

Hoitotyön standardit ilmentävät hoitotyön arvoja, priorisoivat ja antavat suunnan ammatillisille hoitokäytännöille sekä mahdollistavat hoitotyön arvioinnin. Näin myös saadaan näkyväksi sairaanhoitajien hoitotyön toimintoja. (American Nurses Association 2011a.)

Suurin ongelma päätöksenteon kirjaamisessa on se, että useimmilla sairaanhoitajilla ei ole kokonaiskäsitystä hoitotyön prosessista. Ongelmana koetaan potilaan tarpeiden tunnistaminen, tavoitteiden tekeminen potilaalle ja miten potilaalle suunnitellaan toiminnot ja toteutus. Ongelma on myös se, etteivät hoitajat ajattele tekevänsä päätöksiä, joita pidetään itseltään selvyyksinä, jolloin niiden kirjaaminen helposti jää. Hoitajan tekemä päätöksenteko ja miksi hän juuri näin tekee, tulisikin kirjata ylös. Näin päätöksentekoa tehdään myös näkyvämmäksi. Hoitajat kirjaavat turhankin herkästi pelkästään erillisiä lauseita toteutusosiossa jättäen väliin arvioinnin ja päätöksenteon kirjaamiset. Usein puuttuu juuri se oleellinen tieto, jota ei kirjattu potilaan tietoihin. Jotta näitä asioita voidaan parantaa, vaatii se järjestelmällistä kouluttamista hoitoprosessista, ohjaus- ja neuvontakirjausten sekä päätöksenteon merkitsemisestä. (Mäkilä 2007, 35-40.)



Kuvio 1: Hoitotyön päätöksenteon prosessimalli (mukaillen Kratz 1988, Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008)

Kuviossa hoitoprosessi alkaa hoidon tarpeen määrittämisellä, johon liittyvät tiedon keruu potilaasta ja saatujen tietojen analysointi. Hoidon suunnittelussa huomioidaan potilaan tarpeet,

ongelmat ja diagnoosit. Tarpeet laitetaan tärkeysjärjestykseen. Sen jälkeen asetetaan realistiset lyhyen ja pitkän aikavälin pää- ja osatavoitteet. Sitten valitaan hoitotyön toiminnot ja laaditaan tavoitteet. Hoidon toteutusvaiheessa toiminnoilla pyritään tavoitteisiin. Potilaan hyväksi tehdään erilaisia toimenpiteitä. Hoidon tulokset vaikuttavat hoidon suunnitteluun ja mahdollisesti tarpeenmäärittelyyn. Potilaan vointia seurataan ja tarkkaillaan jatkuvasti ja näin voidaan minimoida ja ennaltaehkäistä mahdolliset hoitotyöhön liittyviä riskejä. Hoidon arviointivaiheessa tarkastetaan, onko saavutettu hoidon tavoitteet ja mitkä toimenpiteet ovat toteutuneet. Toimintaa arvioidaan käsitteillä parantunut, ennallaan tai huonontunut. Arviointivaiheeseen kuuluu myös potilaan oma näkemys hoidostaan.

3.5 Hoitotyön ydintiedot

Hoitohenkilökunta ja muut ammattiryhmät yhteisesti laativat potilaasta hoitokertomusta. Hoitokertomus on osa potilaskertomusta, joka käsittää hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Hoitokertomus sisältää erilaisia hoidon kokonaisuuteen liittyviä tietoja, kuten lausuntoja, tutkimustuloksia, hoitosuunnitelmia, tutkimussuunnitelmia ja päivittäistä seurantatietoa. Hoitokertomus säilytetään 10 vuotta hoitajakson loppumisesta, jonka jälkeen se hävitetään. (Tanttu & Ikonen 2008, 112.)

Sähköisen potilaskertomuksen ydintietoihin kuuluvat osana hoitotyön ydintiedot, joilla tarkoitetaan potilaan keskeisiä terveyden ja sairaanhoidon tietoja. Ydintietoja ovat tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Näillä potilaan tiedoilla kuvaillaan tai arvioidaan joko suunniteltua ja/tai toteutettua hoitotyön suunnitelmaa. Rakenteinen ydintieto jaetaan hallinnollisiin tietoihin ja potilaan hoitoprosessin tietoihin. Hallinnollisissa tiedoissa on potilaan, hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot. (Häyrinen & Ensio 2007a, 103-147.)

”Rakenteisella ydintiedoilla tarkoitetaan kaikkia potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, jotka on ohjelmistoissa kuvattu yhtenevällä määrämuotoisella tavalla ja jotka tulee tarpeen vaatiessa pystyä siirtämään standardoitujen määritysten mukaisesti eri tietojärjestelmästä toiseen.” Ydintietoihin muodostuu kronologinen järjestys, kun terveydenhuollon eri ammattiryhmät kirjaavat niitä palvelutapahtumien yhteydessä. (Häyrinen & Ensio 2007a, 103-104.)

Rakenteisista ydintiedoista pystytään laatimaan tiivistelmiä ja jatkohoidon suunnitelmia. Niitä hyödynnetään moniammatillisen hoidon- ja palvelusuunnitelmien laadinnassa, laadun tarkkailemisessa ja tilastoinnissa. (Tanttu & Ikonen 2008, 112)

Rakenteisten ydintietojen käyttöönottoaminen on merkittävä lisäarvon antaja käyttäjille. Aiemmin kirjattua tietoa voidaan uudelleen käyttää ja siirtää. Tätä valmiiksi kirjattua tietoa voidaan käyttää hallinnollisissa raporttien tuottamisessa, esimerkiksi potilasryhmäkohtaisista hoidoista. Oleellisen tiedon hakeminen helpottuu suuresta tietomäärästä ja niistä voi tehdä koosteita. Rakenteista tietoa voidaan tuottaa erilaisina tulosteina organisaatiokohtaisiin, alueellisiin tai valtakunnallisiin tarpeisiin. Esimerkkinä voi olla vaikkapa tiedon siirtyminen automaattisesti sähköiseen reseptiin, läheteisiin ja hoitopalautteisiin. Automaattinen siirto toimii myös hoitoilmoituksiin ja erilaisiin lakisääteisiin rekistereihin, kuten kudos- ja elinsiirrekistereihin. Tiedon hyödyntäminen helpottuu myös kliinisessä tutkimuksessa. Siitä on myös paljon apua laadun arvioinnissa, johtamisessa ja kustannusten seurannassa. (Häyrinen & Ensio 2007a, 110.)

Hoitotyön yhteenveto koostuu ydintiedoista, jotka ovat hoitajakson kannalta keskeisiä. Ydintietoja lisätään tarvittaessa pää- ja alaluokkien avulla. Näiden luokkien alle merkitään vapaamuotoista tekstiä. Hoitotyön yhteenvedon koostaa terveydenhuollon ammattihenkilö. Yhteenvetoon siirtyvät moniammatilliset yhteiset tiedot kuten henkilötiedot, osasto tai yksikkötiedot, hoidon aloitus, hoitajakso ja tulotilanne. Hoitoisuus ilmaistaan numeerisesti ja sanallisesti. Hoitotyön yhteenvedossa hoidon tulosta arvioidaan suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen, tavoitteeseen ja toteutuneeseen hoitoon. Lisäksi valitaan hoidon tuloksen tila. (Liljamo ym. 2008, 6-11.)

Hoitotyön yhteenvetoa voidaan hyödyntää lähetettäessä hoitopalautetta jatkohoitopaikkaan. Sitä voidaan myös tarvita seuraavilla hoitotapailla. Yhteenvetoon voidaan siirtää automaattisesti jo kirjattua tietoa ja muokata sitä tarpeen mukaan, kun kirjaamisessa käytetään tarve- ja toimintoluokituksia sekä erilaisia arviointiasteikkoja ja -mittareita. Hoitotyön yhteenveto on osa palvelutapahtuman yhteenvetoa. (Hartikainen, Häyrinen, Luomala, Komulainen, Porrasmaa & Suhonen 2009, 50.)

Sähköisen kertomusjärjestelmän muodostavat moniammatilliset hoitotiedot tukien potilasläh- töistä hoitoa, moniammatillista yhteistyötä ja turvaa näin potilaan hoidon jatkuvuutta. Eri ammattiryhmät tuottavat tietoa potilaasta ja se on viiveettä myös kaikkien käytettävissä. Jotta päällekkäistä dokumentointia ei tapahtuisi ja vastuu kysymykset on selkeitä, tarvitaan yhteiset ja yhteistyö pelisäännöt. Oikeusturvan näkökulmasta tieto, jota ei ole kirjattu, ei voi luottaa. Hoitotyöntekijän ja potilaan oikeudet turvataan hoitotyön huolellisella kirjaamisella ja samalla luodaan edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle. (Tanttu 2008a, 128.)

Hoitojakson keskeiset tapahtumat kootaan yhteenvedoon aloittaen potilaan tilasta ja hoidon tarpeista hänen tullessaan hoidon piiriin sekä hoidon tavoitteet. Yhteenvedoon kirjoitetaan myös millaisia hoitotyön toimintoja on käytetty ja millaisilla auttamismenetelmillä potilasta on autettu. Samalla selvitetään hoidon tuloksellisuus ja arvioidaan miten hoito on onnistunut. Kun potilas on poistumassa hoidon piiristä, kuvataan potilaan tilanne sillä hetkellä sekä tehdään jatkohoitosuunnitelmat. Yhteenvedon tekeminen vaatii hyvää päivittäistä kirjaamista potilaasta. (Tanttu & Ikonen 2008, 112.)

Potilaan hoidon jaksoutuessa useisiin eri paikkoihin, hoidon saumattoman jatkuvuuden kannalta on tärkeää saada potilaan suostumus hoitoa koskevan tiedon käyttöön. Näin moniammatillinen yhteistyö pystyy mutkattomasti jatkumaan ja hoitotiimeillä on mahdollista saada potilaan hoitoa koskeva tieto käyttöönsä. Näiden tietojen sähköinen välittäminen mahdollistaa hoitokäytäntöjen ja potilasohjeiden yhdenmukaistamista. Samalla korostuu potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa suunnittelun ja toteutuksen kautta, sillä hoidon tarpeen määrittely tehdään potilaan kanssa ja potilas itse päättää hoitotietojensa käytöstä. (Tanttu 2008a, 132.)

Ajantasainen yhteenvedo tai tiivistelmä muodostetaan tietojärjestelmien avulla, jossa tieto päivittyy ja siirtyy nopeasti jatkohoitopaikkaan tai organisaatiosta toiseen. Palvelukokonaisuudesta voi luoda myös yhteenvedon. Potilaan jatkohoitojen koordinointi voi toisinaan olla puutteellista ja hänellä saattaa olla samanaikaisesti useita lähetteitä palveluihin. Hoidon tiivistelmälehti toimii lähetteenä toiseen hoitolaitokseen, kotisairaanhoidon tai muualla toimivalle potilaan jatkohoidosta vastaavalle henkilölle. Potilas, kuin terveydenhuollon ammattilainen tarvitsevat tietoa, jonka perusteella voidaan muodostaa kokonaiskäsitys palvelu- tai hoitokokonaisuuden keskeisistä tavoitteista, tapahtumista, etenemisestä ja keskeisistä toiminnoista. (Tanttu 2008b, 168-171.)

Hoitoisuudella tarkoitetaan eri potilasryhmien tarvitsemaa hoidon määrän, laadun ja vaativuuden mittaamista. Hoitoisuudella voidaan myös arvioida tarvittavaa hoitohenkilöstömäärää ja hoitotyön kustannuksia. Hoitoisuuden arviointi on yksi osa hoitotyön prosessia ja hoitoisuus yksi ydintieto. (Tanttu & Ikonen 2008, 124.)

Hoitoisuutta voidaan arvioida hoitoisuusluokitusmittarin tai hoitoisuusjärjestelmän avulla. Suomessa yleisimmin käytössä on Oulu-hoitoisuusmittari OPC (Oulu Patient Classification). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä käytetään Rafaela-hoitoisuusjärjestelmää. Hoitoisuutta arvioidaan yleensä kerran vuorokaudessa. Tarkoituksena on mitata annettua hoitoa. Hoidon tarpeen mittaaminen ei kuulu hoitoisuuden arviointiin, vaikka luokituksessa käytetään hoidon tarvetta kuvaavia luokkia. (Tanttu & Ikonen 2008, 125.) OPC-hoitoisuus koostuu hoitotyön tarpeista, suunnittelusta ja toteutuksesta (SHTaL ja SHToL-luokituksista) ja näiden jälkeksi etsitään vaativuustasot kuvaamaan toteutunutta hoitoa (Liljamo ym. 2008, 7).

3.6 Hoitotyön prosessi

Kratz (1988, 15) selittää hoitotyön prosessin kuvaavan järjestelmällisesti sitä hoitotyötä, joka puolestaan pohjautuu hoitajan päätöksiin. Nämä ajatteluista lähtevät hoitotyön prosessit vievät kohti tehtäviä hoitotoimia, jossa toiminnan keskipisteenä on potilas.

Potilaan hoitotyössä merkittävässä roolissa on hoitajan oma taito ja opittu alan tiede. Terveystieteiden ammattilaisen on tiedettävä mitä tehdään, hankkia teoriaosaaminen ja sellaiset kädentaidot, joiden vaikuttamina tehdään hoitoon liittyviä päätöksiä. Päätöksenteko antaa puitteet hoitotyön toiminnalle ja dokumentoinnille. Huolellinen suunnittelu vuorostaan parantaa potilaan yksilöllistä hoitoa ja hoidon kannalta tavoitteellista toimintaa. Hoitotyötä toteutetaan erilaisissa ympäristöissä, joissa hoitotyön prosessin vaiheet toteutuvat eri tavalla ja myös eri painotuksin. (Ensiö 2008b, 56-58.)

3.6.1 Hoidon tarpeen määrittely sekä tiedonkeruu ja analysointi

Ensimmäinen askel potilaan hoitotyöhön on potilaan hoidon tarpeen arviointi. Se sisältää fyysiologisen, psykologisen, sosiokulttuurisen, taloudellisen, hengellisen ja potilaan elintapoja koskevia tietoja. Kun arvioidaan esimerkiksi potilaan kipua, pitäisi myös huomioida mistä se johtuu, miten se ilmenee, kuinka potilas pääsee liikkumaan, vaikuttaako kipu ruokahaluun tai vaikuttaako se perheenjäsenten välisiin suhteisiin ja kuinka se huomioidaan. (American Nurses Association 2011b.)

Hoitotyön tarpeen määrittelyssä hahmotetaan potilaan ongelmakohdat. Joko hoitohenkilökunta tai potilas itse tunnistaa ongelmat. Näiden ongelmien ratkaisemiseen pyritään vaikuttamaan hoitotyöllä, jos se on mahdollista. Potilas pyritään näkemään kokonaisuutena. (Kratz 1988, 16.) Tanntu & Ikonen (2008, 112) määrittelevät puolestaan hoidon tarpeen hoitohenkilöstön tekemäksi kuvaukseksi jo olevista tai tulevista ongelmista, joihin voidaan vaikuttaa erilaisilla hoitotoimenpiteillä, joko poistamalla tai lievittämällä niitä.

Hoidon tarvetta määriteltäessä kerätään tietoa, dokumentteja ja potilashistoriaa sekä mahdollisia koetuloksia potilaasta. Tiedot luokitellaan tärkeysjärjestykseen huomioiden mitä potilaan sen hetkinen kunto tai tila vaatii. Tiedon keruu potilaasta on jatkuvaa. Hoidon tarvetta määritellään sitä tukevalla diagnoosilla tai muulla tiedolla. Hoidon tarpeen määrittelyssä on huomioitava myös erilaiset riskit, kuten fyysiset, psyykkiset ja hoidolliset riskit. (American Association of Critical-care Nurses 2006, 4.)

Hoidon tarpeen määrittelyssä käytetään apuna 19 eri komponenttia, joiden alla on pääluokkia, jotka puolestaan jakautuvat alaluokkiin. Pääluokkia ovat aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveystyöskäyttö, terveyspalvelujen käyttö, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, kanssakäyminen, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykinen tasapaino, aistitoiminta, kudoseheys, jatkohoito, elämäntapa, verenkierto ja aineenvaihdunta. Tarveluokituksia voidaan täydentää vapaalla tekstillä. (Liljamo ym. 2008, 15-32.)

Potilaan keskeisten tietojen keruu alkaa jo tulohaastattelussa. Tietoja lisätään ja dokumentoidaan jatkuvasti potilaan hoitosuhteessa. Tietoja kerätään ja kirjataan kukin oman ammattialansa osalta, kuten esimerkiksi hoitohenkilökunnan lisäksi kirjaamia tekevät myös lääkärit, psykologit, sosiaalityöntekijät, fysioterapeutit ym. Näin potilaan kokonaistilanne hahmotuu laajemmin (toimintakyky, selviytyminen, liikkuminen ja sosiaalinen verkosto). Tiedot analysoidaan ja näiden tietojen perusteella tehdään määrittelyt potilaan hoidon tarpeesta, potilaan erilaisista ongelmista tai hoitotyön diagnooseista sekä mihin tällä hoitotyöllä pyritään etenemään. (Sonninen & Ikonen 2008, 76.)

Hoidon tarpeen arvioinnin tekee terveydenhuollon ammattihenkilö käyttäen fyysistä, sähköpostia, puhelinta, internetiä, tai kuvayhteyttä. Ammattihenkilön pitää olla varustettu riittävällä työkokemuksella sekä hänellä pitää olla yhteys hoitoa antavaan yksikköön. Hoidon kiireellisyyden arviointi on tärkeä osa hoidon arviointia. Siinä arvioidaan potilaan tarve hoitoon ja se, missä ajassa hänen on päästävä hoitoon. Laki hoitoon pääsystä suojaa tasapuolisesti kaikkia suomen kansalaisia. Hoitajan tehtävä on määrittellä potilaan hoidon kiireellisyys. (Syväoja & Äijälä 2009, 93-95.)

Kiire voi vaikuttaa myös hoitotyön tarpeen määrittelyyn, haastattelut voivat olla lyhyitä ja pinnallisia, tehdään liian nopeita päätöksiä hoitamisen tasosta tai ollaan liian rutinoituneita. Myös hoitajan stressitilanteet ja väsyminen vaikuttavat. Kirjaamisen osalta hoidon päätöksen kirjaaminen voi olla puutteellista, mikä voi jopa vääristää potilaan tilannetta. (Syväoja & Äijälä 2009, 62-63.)

Tieto on hoidollisen päätöksenteon keskiössä. Sitä tarvitaan terveyspalvelujen tekemiseen, sekä myös tehokkuuden arviointiin. Tiedon järjestelmällistä käsittelyä voidaan parantaa hoitotyön prosessimallilla. Tiedon tulee olla oikeaa, tarpeellista ja viiveettä saatavilla ammattihenkilöstölle. (Saranto 2008, 19-25.)

Tiedonkeruulla tarkoitetaan sitä, että potilaasta kerätään järjestelmällisesti ja jatkuvasti erilaista tietoa, jota kartoitetaan ja joilla tyydytetään hoitotyön tarpeet. Tiedonlajeja ovat objektiivinen, subjektiivinen, historiallinen ja ajankohtainen tieto. Subjektiivista tietoa potilas

antaa suullisesti tai kirjallisesti. Sairaanhoidajan havainnoima tieto on puolestaan objektiivista. Potilaan elämän, terveyden tai tilanteen aikaisempia tilanteita kutsutaan historialliseksi tiedoksi. Potilaan nykyhetki on ajankohtaista tietoa. (Skaug & Andersen 2006, 202-205.)

Potilaan taustatietoja kerätään keskeisistä tiedoista. Potilaan tai omaisen haastattelun lisäksi havainnoidaan potilaan tilaa ja oireita, joita hyödynnetään hoidon tarvetta tehtäessä (Tanttu & Ikonen 2008, 113). Potilaasta tulisi tehdä kattava tulotilanteen kartoitus, sillä se on potilaan tarpeisiin perustuvaa ja yksilöllistä hoitoa, joka auttaa moniammatillista hoitotyöryhmää saavuttamaan hoitoprosessin mukaiset tavoitteet. Hyvin jäsentyneet, selkeät ja tulokselliset potilaan hoidon prosessit välttävät päällekkäiset toiminnot ja auttaa terveydenhuollon resurssi- ja aikapulasta kärsiviä hoitoalan henkilökuntaa tekemään työnsä tehokkaasti ja vastuullisesti. (Ahonen ym. 2007, 7.)

Skaug ym. (2006, 205) kirjan mukana olleen Tiedonkeruuopas hoitotyötä varten -oppaan, mukaan oleellisia tietoja ovat henkilötiedot, tulotilanne, potilaan kokemus tilanteesta, välittömästä avuntarpeesta sekä lisätiedontarpeista hoitosuunnitelmaan, kommunikointi, fyysinen ja psyykinen toimintakyky, aistitoiminnot, verenkierto, hengitys, lämpötila, ravinto, erittäminen henkilökohtainen hygienia, aktiivisuus, uni ja lepo, turvallisuus, seksuaalisuus, ihmissuhteet, identiteetti ja omanarvontunne, selviytyminen ja elämäntyyli, elämän rohkeus ja toivo, potilaan kokemus tilanteestaan ja selviytymismotivaatio. Näillä tiedoilla potilaan tilaa pystytään hahmottamaan jo hyvin.

3.6.2 Hoidon suunnittelu

Hoitotyön suunnittelussa on käsiteltävä ja arvioitava potilaan diagnostinen tai muu ongelma ja sitten siihen tarvittava hoito (Saba 2004). Päätöksenteon prosessimallissa hoidon suunnitteluun kuuluu erilaisten tarpeiden, ongelmien tai hoitotyön diagnoosin määrittely sekä näiden tärkeysjärjestykseen asettaminen. Hoidon suunnittelun tavoitteet ja odotetut tulokset nimitään ja valitaan hoitotyön toiminnot. (Sonninen & Ikonen 2008, 76.)

Potilaan hoitosuunnitelma alkaa jo siitä kun potilas tulee vastaanotolle. Suunnitteluun sisältyvät potilaan tarpeiden arviointi ja näiden tärkeysjärjestys, tietojen keruu, tulohaastattelu ja oireiden hahmottaminen. Jotta hoitotyön tavoitteet saavutettaisiin, suunnitellaan ja asetetaan tavoitteet. (Tanttu & Ikonen 2008, 113.)

Hoidon hyvä suunnittelu tukee potilastiedon nopeaa hahmottamista moniammatillisen tiimin kanssa ja kertoo diagnostiset strategiat. Hoitotyön suunnitelmien hyvä kirjaaminen eri toimijoiden kesken minimoi myös virheitä. (American Association of Critical-care Nurses 2006, 7.)

Kun potilaan ongelmat on tunnistettu, seuraavaksi tehdään tavoitteet ongelmien poistamiseksi, lievennettäväksi tai vähennettäväksi. Tässä vaiheessa päätöksiä tehdään potilaan hoidosta ja laaditaan kirjallinen suunnitelma. (Kratz 1988, 16). Hoidon tarpeen arvioinnin ja diagnoosin avulla sairaanhoitaja asettaa lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita potilaalle. Hoitotyön diagnoosi antaa kliinisen arvion potilaasta eli mitä hoidollisia tai ennaltaehkäiseviä tarpeita potilaalla mahdollisesti on. Suunnitteluvaiheessa nämä tiedot, diagnoosit ja tavoitteet kirjataan hoitosuunnitelmaan niin, että ne ovat käytettävissä moniammatillisesti. (American Nurses Association 2011b.)

Potilaan hoitoon asetetaan tavoitteet (pää- ja osatavoitteet) ja mahdolliset tulokset suhteutettuina hoidossa oleviin tarpeisiin. Tavoitteet asetetaan tarve- ja diagnoosiluokitusten sekä arviointiasteikkojen mukaisesti niin, että ne ovat realistisia, potilaslähtöisesti rakennettuja, siinä on huomioitu käytettävät resurssit ja ne myös arvioitavissa. Tarpeiden ja tulosten dokumentointi parantavat potilaan hoitoprosessien arviointia kokonaisuudessaan. (Tanttu & Ikonen 2008, 113.)

Tavoitteiden asettamisessa mietitään, mitä potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan. Potilas on itse mukana arvioimassa millaisia tavoitteita hän haluaa. Tässä myös asetetaan jälleen asioita tärkeysjärjestykseen. On myös pohdittava milloin tehdään tilanearviointia suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. (Ahonen ym. 2007, 7.)

Potilaan hoidon tarpeet, ongelmat tai diagnoosit asetetaan tärkeysjärjestykseen helpommin sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä. Hoitokertomuksessa asetetaan tavoitteet, valitaan toiminnot ja näin päätöksentekoprosessi toteutuu potilaan kirjallisessa suunnitelmassa, sen virallisessa asiakirjassa. (Sonninen & Ikonen 2008, 77.)

Tavoite on päämäärä, johon terveydenhuollon ammattilainen ja potilas itse pyrkii ja näin ennaltaehkäistään, lievitetään, ratkaistaan tai pienennetään kyseistä ongelmaa tai hoidetaan se. Tavoitteiden asettamisessa tulisi huomioida myös potilaan omat toiveet sekä kunnioittaa hänen tahtoaan ja mielipiteitään. Myös aikarajan asettaminen voi motivoida potilasta saavuttamaan tavoitteen. Määrätty aika antaa myös rajan, mihin asti hoitotoimenpidettä tehdään ja milloin se voidaan arvioida sekä onko kyseisten tavoitteiden saavuttamisessa onnistuttu. Potilaan hoidossa voidaan käyttää pää- ja osatavoitteita. Joskus potilaan tilanteeseen vaikuttavat hyvin useat eri tekijät. Näin toimitaan etenkin moniongelmaisten potilaiden kohdalla, jotta potilas voi saavuttaa tietyn tavoitteen. On tärkeää saavuttaa osatavoitteita, jotka toimivat myös hyvänä motivaationa ja näin päästä itse päätavoitteeseen. Tavoitteet voivat olla saavutettavissa lyhyellä tai pitkällä aikavälillä. (Skaug & Anderssen 2006, 215-216.)

3.6.3 Hoidon toteutus

Hoitotyötä toteutetaan hoitosuunnitelman mukaisesti, jotta potilaan hoidon jatkuvuus turvataan hoidon aikana (American Nurses Association 2011b). Hoitotyön suunnitellut toiminnot kattavat ne hoitotyöntoiminnot (interventiot, auttamismenetelmät), joilla päästään tai pyritään pääsemään tavoitteisiin. Hoitotyön hyvän ja huolellisen suunnitelman tekeminen helpottaa huomattavasti päivittäistä kirjaamista. Tässä vaiheessa käytetään apuna toimintoluokituksia, jolloin ne siirtyvät toteutusvaiheen kirjaamispohjaksi ja näin estetään päällekkäiskirjaamista. Toimintoluokituksia vastaavat saman nimiset tarveluokitukset. (Tanttu & Ikonen 2008, 114.)

Hoitotyön toteutuneissa toiminnoissa kuvataan potilaan hoidon suunnittelu ja toteutus. Potilaan hoidon toteutuneet hoitotyön toiminnot tulee olla näyttöön perustuvia ja sen pitäisi näkyä myös kirjaamisessa. Kirjaamisessa merkitään hoidon merkittävät hoitotyön toiminnot ja niissä voidaan käyttää toimintoluokituksia. (Tanttu & Ikonen 2008, 114.) Toteutusosio kuvaa erityisesti hoitotyön auttamismenetelmien toimintaa. Se myös määrittää tarvittavat toimenpiteet, hoitotulokset, resurssit ja/tai kustannukset (Saba 2004).

Hoitotyön toteutus perustuu potilaan diagnoosiin tai oireisiin. Potilaan lisäksi on myös huomioitava hänen arvonsa, kulttuurinsa, ympäristönsä, perhe ja muut terveydenhuollon työntekijät. Hoitotyön toiminnoilla pyritään tehtyihin hoitotyön tavoitteisiin riippuen potilaan voinnista ja esittämistä toivomuksista. Toteutuksella pyritään myös minimoimaan riskit. Yhdessä moniammatillisen tiimin ja potilaan perheen avulla kootaan ja arkistoidaan potilaasta jatkuvasti tietoa. (American Association of Critical-care Nurses 2006, 6.)

Keskeisintä hoitotyön toiminnoissa onkin potilaan tilan sekä tilanteen seuranta ja tarkkailu. Hoitotyön toimintoihin vaikuttavat sairaanhoitajan omat kyvyt, tiedot ja taidot sekä miten hoitajan havainnointi ja vuorovaikutustaidot tulevat esille. Yhtälailla vaikuttaa se, kuinka hän pystyy ohjaamaan ja neuvomaan potilasta sekä omaisia sekä miten hän huomioi potilaan tarpeet, kuinka hän kohtaa omaiset ja läheiset sekä huomioi heidän näkemyksensä. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 8.)

Hoitotyön toiminnoissa on kysymys hoitajan, potilaan ja potilaan perheen välisissä hoidollisissa tilanteista (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 8-9). Hoitotyön toteutuneissa toiminnoissa tarkastellaan, kuinka suunnitellut toiminnot ovat tapahtuneet sekä mitä muita mahdollisia toimintoja on tapahtunut. Siinä myös kuvataan tarkasti potilaan vointia. Hoitajan onkin tärkeää poimia oleelliset tiedot potilaasta hoidon etenemisen kannalta. Oleelliset tiedot vaikuttavat siihen, millaisia tietoja hoitajat kirjaavat potilaan tilanteesta. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys. (Ahonen ym. 2007, 7-9.)

3.6.4 Hoidon arviointi

Jokaiseen hoitotyön diagnoosiin vaaditaan ne tiedot, joita on käytetty hoitotyön toteutuneissa toimenpiteissä ja toiminnoissa. Arvioinnissa (evaluation) käytetään kolmea määrettä kuvaamaan todellisia hoidon tuloksia. Nämä ovat potilaan tilan parantuminen, potilaan tilanteen vakauttaminen ja potilaan voimien huononeminen tai kuolema tai hoitosuhteen purkaminen. (Saba 2004.)

Kun puhutaan hoidon tuloksista (SHTuL) potilaan kunnon, terveydentilan tai selviytymisen parantumisesta, on sen kirjaamisen tunniste PA. Kun edellisissä ei ole tapahtunut erikoisempaa muutosta, tunnuksena käytetään EN-merkintää eli ennallaan. Huonontunut, tunnisteella HU, potilaan vointi on pudonnut lähtötasostaan. (Liljamo ym. 2008, 11.)

Hoidon arvioinnissa tehdään vertailua hoidon tarpeesta potilaan tämän hetkiseen vointiin. Arvioinnin jäsentämisen apuna on mahdollista käyttää otsikoiteja ja luokituksia, joissa kuvaillaan potilaan kunnon muutoksia. (Ensio & Saranto 2004, 43). Päivittäinen hoitotyön arviointi tarkastelee hoidon tarpeita sekä tavoitteita ja kuinka ne ovat toteutuneet potilaan hoidossa. Arviointi tehdään myös potilaan hoidon loppuessa. (Liljamo ym. 2008).

Arviointi on hoitoprosessin viimeinen vaihe. Hoitajan onkin osattava kirjata ja arvioida potilaan hoidon kannalta keskeiset tiedot kokonaisuudeksi. Hoitajan on asetettava arvioinnin aikaiset potilaan hoidon tarpeet ja tavoitteet, jotta hoitoprosessi etenee. Tässä vaiheessa katsotaan, onko päästy suunniteltuihin tavoitteisiin, millaisia muutoksia potilaan tilassa on tapahtunut, miten potilas on kokenut tulokset ja millaiset voimavarat hänellä on tässä vaiheessa sekä onko hänelle tullut uusia tarpeita. (Ahonen ym. 2007, 7-9.)

3.6.5 Yhdysvalloissa käytettävästä hoitotyön prosessimallista

American Nurses Associationin vuonna 2003 antaman lausunnon mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on edistää, suojella ja ylläpitää terveyttä sekä taitoja ja myös ehkäistä sairauksia. Tehtävään kuuluu myös vähentää ja lievittää kärsimystä ja vahinkoja. Hoitaja voi toimia ”asi-anajajana” väestön, yhteisöjen, perheiden ja yksilöiden puolesta. (American Nurses Association 2011b.)

Historiassaan ensimmäinen hoitotyön prosessimalli on Yhdysvalloista vuosilta 1950 - 1970, jolloin malli otettiin käyttöön ja sitä alettiin kehittää. 1960-luvulla päätöksenteko lisättiin hoitotyön prosessimalliin. 1970 -luvulla Yhdysvalloissa kehitettiin hoitotyön tarveluokituksia. Puhui-

taan toisen polven hoitotyön prosessista vuosilta 1970 - 1990, jossa vuonna 1980 erityisesti nostettiin esille hoidon tarpeiden määrittelyä. Tällä jaksolla North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aloitti kehittämistyön hoitotyön diagnoosien järjestelmällisyydestä. Vuonna 1991 American Nurses Association (ANA) ryhtyi määrittelemään yhteisiä käytäntöjä hoitotyölle. Vuosi 1990 puolestaan aloitti kolmannen sukupolven hoitotyön prosessin kehittämisen, joka sisälsi kuusi erilaista vaihetta. Näiden vaiheiden jakaminen koettiin erittäin tärkeäksi järjestelmällisen dokumentoinnin kehittämisprosesseille ja kirjaamisen koulutukselle. Suomessa vahvana opetuksessa ja tutkimuksissa on systemaattinen päätöksenteonteoria, joka kuului Maailman terveysjärjestön tutkimus- ja kehittämisohjelmiin 1970-luvulla. (Ensio 2008, 56 - 58.)

Yhdysvalloissa 1960-luvulla hoitotyön prosessimallin alkuvaiheessa käytettiin SOAP-mallia (Subjective data, Objective data, Assessment, Plan). Sitä myöhemmin paranneltiin SOAPIE-malliksi (Subjective data, Objective data, Assessment, Plan, Interventio, Evaluation), jossa hoitotyön prosessin vaiheet tulevat esiin kattavammin. PIE- mallia (Problem, Intervention, Evaluation of nursing care) puolestaan luotiin korostamaan hoitotyön prosessin loppuosaa, jossa hoitosuunnitelma kirjattiin päivittäiseen hoitosuunnitelmaan eikä se enää ollut erillisenä. (Sonninen & Ikonen 2008, 75.)

3.7 Lainsäädäntö ja sähköiset asiakirjat

Suomen perusoikeussäännökset ovat asetettu kansainvälisten ihmisoikeussopimusten määrittelyjen mukaisesti. Näiden tärkeimpiä tavoitteita ovat yksilön oikeuksien perustuslain tasoisen turvan laajentamien ja vahvistaminen. Lisäksi näissä oikeuksissa korostetaan yksilön yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa sekä yksilöä näiden oikeuksien subjektina (Palhman 2005, 20). Laki sisältää säännökset asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista. Tällä turvataan näiden tietojen käytettävyys, eheys, säilyminen sekä asiakkaan yksityisyyden suoja näitä tietoja käytettäessä. Asiakastietojen käsittelylle asetettavien yleisten vaatimusten avulla luodaan perusta asianmukaiselle sähköiselle tietojenkäsittelylle. (Salo 2007, 15.)

Suomi on sitoutunut kunnioittamaan monin kansainvälisin sopimuksin oikeudenkäyttöpiiriinsä kuuluneiden henkilöiden yksityisyyttä, joista on tehty kaksi yleissopimusta SopS 7-8/76 ja SopS 6/76. SopS 7-8/76 koskee kansalais- ja poliittisia oikeuksia. SopS 6/76 koskee puolestaan sosiaalisia, taloudellisia ja sivistyksellisiä oikeuksia. Näihin kuuluu myös lapsen oikeuksien yleissopimus SopS 60/91. Ihmisoikeuksien ja perusvapauksien yleissopimus tuli Suomessa voimaan 1990 (SopS 18-19/90). Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 95/46/EY on henkilötiedodirektiivi, joka suojaaa potilaan yksityisyyden ja henkilötiedot sekä näiden tietojen kä-

sittelyn ja vapaan liikkavuuden. Suomi sitoutui 1992 Euroopan neuvoston yleissopimukseen SopS 36/92, joka on puolestaan tietosuojasopimus eli yksilöiden suojeleminen henkilötietojen automaattisessa tietojenkäsittelyssä. Suomen perustuslain (731/1999, PL) 2. luku sisältää perusoikeudet joka tuli voimaan 1.3.2000 (Ylipartanen 2010, 34-42.)

Uusi terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 tuli voimaan toukokuussa 2011, ja osa 2010 - 2014. Sen mukaan (6 §) jokaisen potilaan tulee saada palvelua ja toimituskirjansa omalla kielellään. Hoidon tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaista (8 §). 4. Luvussa tiivistetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä (32 §) myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta (33 §). Näin turvataan hoidon jatkuvuus ja sujuvuus eri toimijoiden kesken. Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymä on myös velvollinen muodostamaan kunnallisen terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittamisen. Kunnallinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido muodostavat yhteisen potilastietorekisterin sairaanhoidopiiriin kuntayhtymän alueella. Potilastietojen käyttöön ei tarvita potilaan suostumusta. Potilas voi kuitenkin kieltää tietojensa käytön toisessa toimintayksikössä. Toimintayksikkö saa käyttää potilaan tietoja yhteisestä potilastietorekisteristä, kuitenkin vain potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Uudessa laissa on helpotettu potilaan pääsyä hoitoon (47 §) ja kotikunnan ulkopuolinen hoitoon pääsy helpottuu. (Finlex 2010b.)

Henkilötietolaissa (523/1999, HetiL) on tietosuojaan liittyvä yleislaki, jonka tavoitteena on turvata henkilön yksityisyys ja yksityiselämä perusoikeuksilla, kun käsitellään henkilötietoja ja luodaan hyvät henkilötietojen käsittelytapaan perustuvat käytänteet. Henkilörekisteri (potilasrekisteri) sisältää tietoa, joka muodostuu useista erilaisista merkinnöistä ja tiedoista kyseiseen henkilöön liittyen. Se voi olla potilasrekisterissä sähköistä tai paperiversioista potilastietoa. (Ylipartanen 2010, 44-45). 3. § henkilötietolain 2. luvussa määrittelee, että henkilötieto on merkintöjä luonnollisesta henkilöstä tai hänen ominaisuuksistaan tai elinolosuhteistaan, joilla voidaan tunnistaa hänet tai hänen perheensä. Henkilötietojen käsittely kattaa henkilötietojen keräämisen, tallentamisen, järjestämisen, käytön, siirtämisen, poistamisen, tuhoamisen ja muita toimenpiteitä, joita henkilötietoihin kohdistuu. Henkilörekisteri sisältää henkilötietoja koskevaa materiaalia. Henkilötietojen käsittelyä koskevat yleiset periaatteet tulevat esiin Henkilötietolain 2. luvussa 5. kohdassa. Lain 5 § määrittelee rekisterinpitäjälle huolellisuusvelvoitteen käsitellä henkilötietoja luotettavasti ja suojella hänen yksityiselämäänsä ja muita yksityisyyden perusoikeuksia. Henkilötietojen käsittelyn tulee olla suunniteltua (6 §) ja käyttötarkoitussidonnaista (7 §). Henkilötietolain 7. luvussa ja 32 §:ssä rekisterinpitäjä on vastuussa tarpeellisista teknisistä ja organisatorisista toimenpiteistä henkilötietojen suojaamiseksi. Tietojen (Hetil 2 luku 9 §) on oltava tarkoituksenmukaisia (tarpeellisuusvaatimus) ja oikeita ja ajankohtaisia (virheettömyysvaatimus). (Finlex 1999.)

Henkilötietolain 3. luvussa 11 § estää arkaluontoisten asioiden käsittelykiellon. Näitä ovat esimerkiksi ihmisen rotu, poliittinen tai uskonnollinen vakaumus, vammaisuus ja seksuaalinen suuntautuminen. Arkaluonteisia tietoja ovat myös henkilön terveydentila, sairaus, näihin liittyvät hoitotoimenpiteet tai niihin verrattavat toimet. Sosiaalihuollon tarve tai millaisia sosiaalihuollon palveluja tai etuuksia henkilö on saanut, luokitellaan myös arkaluonteisiksi tiedoiksi. Henkilötietolain pykälä 12 käsittelee puolestaan poikkeukset arkaluonteisten tietojen käsittelykiellosta, joka ei estä terveydenhuollon toimintayksikköä tai terveydenhuollon ammattihenkilöä käsittelemästä tietoja, jotka liittyvät henkilön terveydentilaan, sairauteen, vammaisuuteen tai häneen kohdistuneisiin hoitotoimenpiteisiin tai muihin seikkoihin, jotka ovat hoidon kannalta välttämättömiä. Sosiaalihuollon viranomaisilla ja muilla sosiaalihuollon etuuksia myöntävillä viranomaisilla ei myöskään ole arkaluonteisten tietojen käsittelykieltoa. (Finlex 1999.)

Viranomaisilla on myös viranomaismenettelyä koskeva yleislaki, hallintolaki (434/2003), joka sisältää erilaisia säännöksiä viranomaisten toimista, esimerkiksi hyvästä asiakaspalvelusta ja asioiden hoitamisesta viranomaisten kanssa (Pahlman 2005, 24). Julkisuuslaki (621/1999 JulkL) viranomaisten toiminnasta sisältää erilaisia säännöksiä henkilötietojen käsittelystä. Laki lisää tavallisten ihmisten mahdollisuutta valvoa viranomaisten toimintaa ja luoda tiedonhallintatavalle paremmat perusteet, kuten myös viranomaisten väliseen tiedonvaihtoon. (Ylipartanen 2010, 54.) Lain johtavana periaatteena on julkisuusperiaate, jonka tarkoittaa että viranomaisten asiakirjat ovat julkisia ellei julkisuuslaissa tai muussa laissa erikseen sitä toisin säädetä. Poikkeuksena tästä pääsäännöstä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjat. Nämä asiakirjatiedot ovat arkaluonteisia ja salassa pidettäviä (julkisuuslaki 24 §:n 25 kohta). Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön omia salassapitosäännöksiä lisäksi oikeusturvaa täydennetään julkisuuslain säännöksillä. (Pahlmanin 2005, 22-23.)

Laki 855/2004 on hoitotakuulaki, joka tuli voimaan 1.3.2005. Se turvaa jokaiselle Suomen kansalaiselle hoitoon pääsyn tietyn ajan sisällä. Laki turvaa myös hoidon saatavuutta, jonka arvoperustana on oikeudenmukaisuus ja samanarvoisuus hoitoon pääsyssä. (Finlex 2004). Hoidon tarpeen arviointeja saavat tehdä terveydenhuollon laillistetut ammattihenkilöt. Heidän on myös päivitettävä aktiivisesti tietojaan. (Finlex 1994.)

Potilaslaki (785/1992), laki potilaan asemasta ja oikeuksista, tuli voimaan 1.3.1993. Tämä laki yhtenäistää tasa-arvoisesti potilaan oikeudet hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun. 5 §:ssä potilaalla on tiedonsaantioikeus ymmärrettävästi omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, erilaisista hoitovaihtoehdoista ja niihin liittyvistä asioista. Potilaalla on oikeus tarkastaa häntä koskevat tiedot (henkilötietolaki 523/1999) ja oikeus tietojen saantiin (julkisuuslaki 621/1999). Potilaslain 4.s luku Potilasasiakirjat 12 § mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon kannalta seuraavat tarvittavat tiedot: hoidon järjestäminen,

suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. Kun ei ole perusteita säilyttää enää potilasasiakirjoja, näytteitä ja malleja, ne nopeasti hävitetään. 13 § käsittelee potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitoa. Näihin asiakirjoihin liittyvä tieto on kaikki salassa pidettäviä. (Finlex 1999). Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan sellaisia asiakirjoja, joita käytetään potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Ne voivat olla myös muualla laadittuja tai muualta saapuneita ja ne sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. (PotL 2 § 5 k) (TEO 2007, 7.).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 on säädetty sähköisten asiakastietojen turvalliseen käsittelyyn. Yhtenäinen, sähköinen potilastietojärjestelmä tehostaa terveydenhuollon palveluja ja nopeuttaa potilaan tiedonsaantia. Se vaatii kuitenkin yleiset sähköiset tiedonkäsittelyn säännöt. 2. Luvun 4 § käsittää tietojen turvallisen saatavuuden ja käytettävyyden. 5 § määrittelee, että sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen tarjoajan on pidettävä rekisteriä myös tietojärjestelmiensä ja asiakasrekistereiden käyttäjistä sekä heidän käyttöoikeuksistaan. 6 § puolestaan korostaa valtakunnallisen tietojärjestelmäpalvelun käyttöä turvallisesti terveydenhuollon omissa potilastietojärjestelmissä sekä potilasasiakirjojen tietorakenteissa, joiden suojauksia voidaan myöhemmin säätää tarkemmin. (Finlex 2010a.)

1.1.2011 tuli voimaan lakimuutoksia valtakunnallisesta tietojärjestelmästä, jossa kansaneläkelaitoksen vastuulla on arkistoida valtakunnallisen tietojärjestelmän potilasasiakirjat ja vastata koodistopalvelusta (14§) sekä vastata potilaan tiedottamisesta tästä uudesta järjestelmästä (17 §). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos puolestaan vastaa koko maan kattavasta tietojärjestelmäpalvelujen tietosisällöistä, käsitelmällistä ja tietorakenteista, kuten myös (20§) palvelujen ja tietojen käytöstä, toteutuksen suunnitteluineen, neuvontoineen ja seurantoineen. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa asiakastietojen käsittelystä ja tähän kuuluvasta tietohallinnon suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Väestörekisteri hoitaa puolestaan varmennepalvelua (20§). 1.9.2014 lähtien valtakunnallinen tietojärjestelmä tulee liittymisvelvollisuudeksi kaikille julkisen terveydenhuollon alan toimijoille, yksityisellä puolella velvollisuus tulee vuotta myöhemmin. (Finlex 2010a.)

Tarvitaan potilaan suostumus tai luovutukseen oikeuttava lain säännös, jotta voidaan luovuttaa potilastietoja valtakunnallisesta tietojärjestelmäpalvelusta toiselle terveydenhuollon palvelun tarjoajalle. Potilaalla on myös oikeus kieltää tietojensa luovuttaminen (12 §). 4 § laissa määrittelee, että asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys. Asiakastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko niiden säilytysajan. (Finlex 2007.)

Hoitotyössä tulee potilaasta valtavasti erilaista tietoa, jota rytmitehdään ja järjestellään eri tavoin. Hoidollisessa päätöksenteossa tiedolla on keskeinen merkitys. Tiedonkäsittelyn systemaattisuudella on tärkeä rooli, jotta tietoa voidaan hallinnoida luotettavasti. Tiedonkäsittelyä voidaan kehittää systemaattisuudella ja prosessimallin avulla, jossa tiedon tarpeet, hankinta, varastointi, jakelu ja käyttö ovat keskeisiä tekijöitä. (Saranto 2008, 18-19.)

Potilasasiakirjoista on voimassa olevia erilaisia säädöksiä, ohjeita ja määräyksiä. Näillä pyritään takaamaan se, että jokaisella potilaalla olisi samanlaiset oikeudet ja asema (785/1992 potilaslaki). Sitä varten Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt asetuksen potilasasiakirjojen laatimisesta ja niiden sekä muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001), joka tuli voimaan 1.3.2001. Sosiaali- ja Terveysministeriö on tuottanut oppaan myös terveydenhuollon henkilöstölle (2001:3). Tietojen siirtymistä tietojärjestelmiin suojaava laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Valtioneuvosto on myös tehnyt asetuksen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) 2-3 §. Lisäksi on vielä mielenterveyslaki (1116/1990). (TEO 2007, 3.)

Potilasasiakirjojen tarkoituksena on palvella potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta sekä seuranta ja edistää siten potilaan hoidon jatkuvuutta. Asiakirjoilla voidaan turvata potilaan tiedonsaantia ja oikeusturvaa. Potilasasiakirjat toimivat terveydenhuollon henkilökunnan oikeusturvana; se mitä on kirjattu asiakirjoihin, on myös tehty hoitotoimenpide. Näiden perusteella voidaan myös jälkikäteen selvittää, esimerkiksi kantelun vuoksi, mitä on tehty tai jätetty tekemättä. Tällä parannetaan myös terveydenhuollon palvelujen laatua ja laadunvalvontaa. Lisäksi potilasasiakirjat pystytään hyödyntämään toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa. (TEO 2007, 6.)

Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja voidaan luovuttaa tieteellistä tutkimusta ja tilastointia varten viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa, henkilötietolaissa ja terveydenhuollon valtakunnallisesti henkilörekistereistä annetussa laissa. Tämä tapahtuu potilaan kirjallisella tai suullisella suostumuksella. (henkilörekisterilaki 556/1989). (Finlex 1992.)

3.8 Eettiset ohjeet

Kansallisella tasolla sairaanhoitajan eettiset ohjeet hyväksyttiin Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996, joiden tarkoituksena on tukea hoitohenkilökunnan eettistä päätöksentekoa päivittäisessä työssä (Sairaanhoitajaliitto 1996). Eettiset ohjeet pitävät sisällään sairaanhoitajan tehtäviä ja tavoitteita, vuorovaikutusta asiakkaan tai potilaan kanssa, ammattitaitoa

sekä sairaanhoitajaa työtoverina, yhteiskunnallisena vaikuttajana ja ammattikunnan jäsenenä (Qvik 2007, 694.)

Ammattilaiset yksilöinä ja yhteisönä sitoutuvat noudattamaan eettisten ammattisäännöksiensä periaatteita. Ammattikunnan jäsenet toimivat ammattikunnan sääntöjen ja arvojen mukaisesti. He eivät toimi omien arvojensa tai vakaumuksiensa mukaisesti. Ammattietiikan periaatteet koetaan ongelmallisiksi, sillä ne voivat toimia ihanteina. Periaatteita jouduttamatta jättämistä voidaan pitää ammatillisena epäonnistumisena tai epäammattimaisena käyttäytymisenä; niiden rikkomisella ei ole seuraamuksia. Tosin ammattikunnan arvoihin sitoutumatta jättäminen ja niiden vastainen toiminta saattaa johtaa seurauksiin, kuten ammattikunnasta erottamiseen. (Välimäki 2006, 148.)

Kaikkia yhteiskuntia säätelevät erilaiset lait, moraaliset periaatteet ja sosiaaliset säännöt. Nämä myös säätelevät yksilöiden vapautta ja yrittävät ohjata toimintaa yhteisön yleisesti ja ettujen päämäärien ja arvojen puitteissa. Kaikista yhteisöistä löytyy yksilöitä, jotka ei näe kaikkea samanarvoisena. Lainsäädännöllä on pyritty huolehtimaan yksityisyyden suojasta, hoito- ja asiakassuhteiden luottamuksellisuudesta ja ettei ulkopuolisilla ole mahdollisuutta puuttua toisen yksityisyyden alueen valintoihin. Yksityisyyden suoja on hienotunteisuus sivullisten läsnä ollessa, ei pelkästään asiakirjojen vaaliminen. Ammattikunnan käyttäytymissääntöjä ohjaavat myös erilaiset sosiaaliset säännöt, jotka tulisi ottaa huomioon. (Palhman 2005, 29-33.)

Autonomian kunnioitus vaatii myös yksityisyyden kunnioittamista ja yksilön oikeutta saada kaikki itseään koskeva tieto. Tiedon pitäisi olla myös sellaista, jota asiakaskin ymmärtää. Puhutaan monesti latinalaisin termein, jotka hoitaja kääntää suomeksi. Toisinaan voi olla vaikeaa selittää potilaille asioita niin, että hän ymmärtää, vaikka se on potilaan autonomian kannalta välttämätöntä. Jotkut ihmiset epärealistisesti luottavat siihen että sähköisesti säilötyt asiakirjat olisivat automaattisesti salassa pysyviä. Valitettavasti inhimillinen uteliaisuus, tahallinen tai tahaton hyväksikäyttö sekä toisia koskevien tietojen tutkailu ovat olemassa oleva tosiasia. Geneettisten tietojen lisääntyvästä tiedonsaannista ollaan erityisesti huolestuneita. Vaara tiedon väärinkäytöstä on olemassa. (Palhman 2005, 34.)

Sairaanhoitajaliitto (1996) on tehnyt eettiset ohjeet, joissa korostetaan sairaanhoitajille potilastietojen luottamuksellista salassapitoa, potilaiden itsemääräämisoikeuksien huomiointia ja sitä, että potilas on mukana tekemässä päätöksiä omasta hoidostaan.

Eettiset velvollisuudet määrittelevät myös sairaanhoitajan työtä. Tämä tarkoittaa sitä, että oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon osallistuvat eivät toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. Sairaanhoitajien ammattikunnan yksi velvollisuuksista on elinikäinen vai-

tiolo ammatinharjoittamisen yhteydessä saadusta toiseen ihmiseen liittyvästä henkilökohtaisesta tiedosta. Velvollisuuksiin kuuluu myös tukea jäsentensä moraalista ja eettistä kehitystä ja valvoa, että ihmisläheinen auttamistehtävä säilyy. (Qvick 2007, 694-695.)

Valitettavan monella on kokemusta huonosta salassapitovelvollisuudesta. Kirjaamisen kannalta on hyvä kirjoittautua omilla tunnuksillaan sisälle järjestelmään ja ulos siitä niin, ettei kukaan muu pääse kirjaamaan, katsomaan henkilötietoja tai väärinkäyttämään niitä avoimista olevasta järjestelmästä. Sairaanhoitaja ei saa luovuttaa työssään mitään potilaastaan samaa tietoa ulkopuolisille ja potilaasta raportoitavan tiedon pitää olennaisesti liittyä hoitoon. (Koste 2007, 695.)

Leino-Kilpi & Peltomaa (2008) käsittelevät artikkelissaan eettistä turvallisuutta, joka organisaatioissa muodostuu mahdollisuudesta toimia omien arvojen mukaisesti, oman itsensä kunnioittamisesta ja että nämä toteutuvat sivistyneessä työympäristössä. Magneettisairaaloissa on edistetty eettistä turvallisuutta ja parannettu myös sairaaloiden vetovoimaisuutta työpaikana että parannettu hoitotyön laatua.

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

4.1 Juurruttaminen

”Innovaation kehittämistä ei voida erottaa käyttäjien tarpeesta ja markkinoiden valmiudesta sen hyödyntämiseen. Kyky oivaltaa tarve ja luoda innovaation käyttöönoton edellytykset ovat osa innovaatiotoimintaa.” (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 11.)

Sirkku Kivisaari on v. 2001 esitellyt tutkimusta Tuma-hankkeesta, joka käsittelee innovaatioiden käyttöönottoa sekä sopivien edellytysten luomista käyttöönotolle. Paitsi että innovaatio täytyy saada sopeutettua ympäristöön, myös ympäristö täytyy sopeuttaa vastaanottamaan innovaatio. Kivisaari kutsuu tätä prosessia juurruttamiseksi. Juurruttaminen on nimenomaan terveydenhuoltoon soveltuva lähestymistapa. Sen tarkoituksena on helpottaa uudenlaisten, laadukkaiden ratkaisujen kehittämistä ja käyttöönottoa. (Kivisaari 2001, 7-16.)

Innovaatiolle rakennetaan tukiverkoston ja edistetään ympäristön muutosta. Juurruttaminen edistää uuden oppimista tekemisen, käyttämisen ja vuorovaikutuksen kautta. Oppimisen tarkoituksena on synnyttää uutta tietoa ja ymmärrystä. Juurruttaminen on yhteisöllinen oppimisprosessi. (Kivisaari, Saranummi & Parvinen 2004, 17.)

Juurruttamisella pyritään kehitysprosessin aikana keräämään kumuloituvaa tietoa ratkaistavasta ongelmasta. Tietoa kerätään myös niistä ominaisuuksista, joita kehitettävä innovaatio tarvitsee. Lisäksi pohditaan kehittämisen ehtoja ja edellytyksiä. Aluksi idea kehitettävästä konseptista saattaa olla hyvinkin epämääräinen. Konseptia kehittämään valitaan vastuuhenkilöt, jotka ovat valmiita sitoutumaan kehittämistyöhön. Kehittämisen verkoston kokoontaminen saattaa kehittämissä muuttua, koska käsitys innovaatiostakin voi muuttua prosessin aikana. Uusien toimijoiden tarpeet ja intressit selvitetään, koska heidän sitoutumisensa täytyy varmistaa. Kehittämiskonsepti voi näin muuttua kesken prosessin, koska avaintoimijaverkostonkin muuttuu. Eri toimijat voivat pitää eri ratkaisuja tarkoituksenmukaisina. Jotta ymmärrys osapuolten kesken erilaisista näkemyksistä syntyy, vaatii määrittely oppimista ja työtä yhdessä. (Kivisaari ym. 2008, 20-21.)

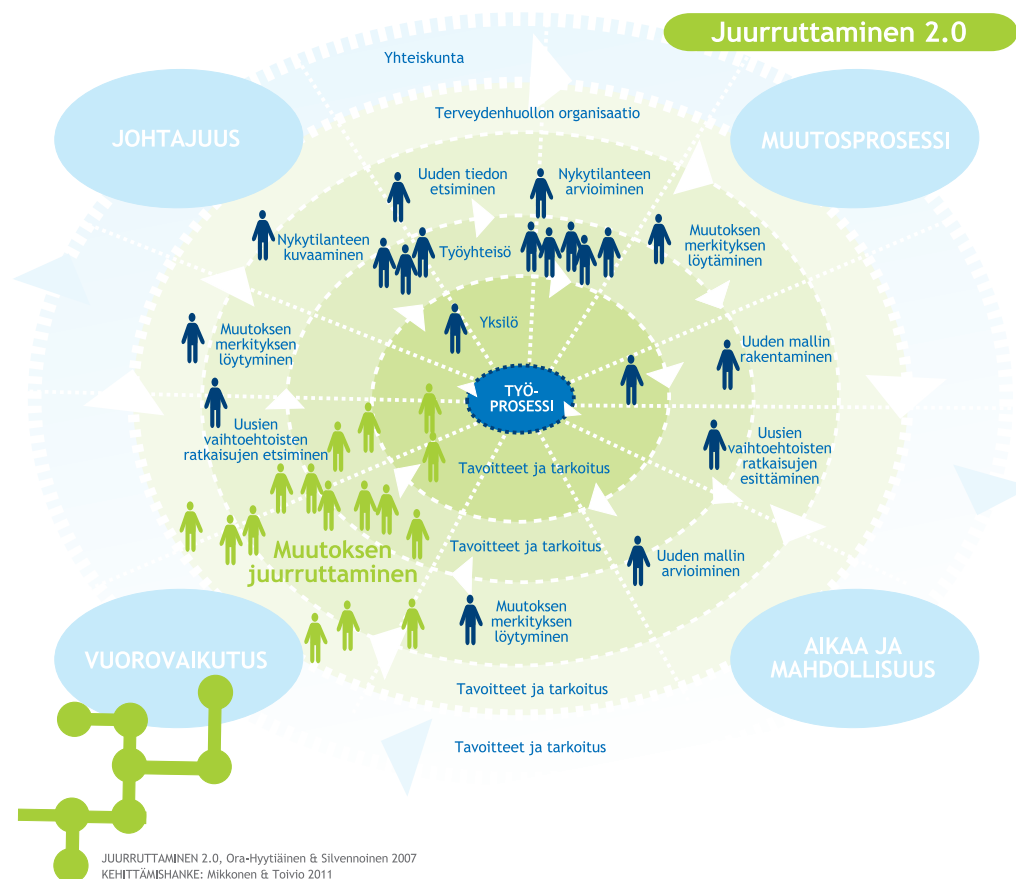
Juurruttamisen tarkoituksena on auttaa osapuolia näkemään kehittämisen kohde useasta eri näkökulmasta. Kun osapuolet keskustelevat keskenään, heille syntyy käsitys siitä mitä ongelmaa pyritään ratkaisemaan. He myös voivat löytää uusia keinoja ongelman ratkaisemiseen. Muutokset ja rajoitteet toimintaympäristössä selkenevät myös vuorovaikutuksen avulla. Näin uutta toimintatapaa muokataan ja sen käyttöönotolle yritetään luoda edellytyksiä. (Kivisaari ym. 2008, 22.)

Laureassa toteutetaan omaa pedagogista mallia, jonka nimi on kehittämispohjainen oppiminen, learning by developing LbD. Kehittämispohjaisessa oppimisessa pyritään rakentamaan uutta osaamistietoa tutkimus- ja kehittämissuhteiden avulla. Sille tyypillisiä käsitteitä ovat kumppanuus, autenttisuus, kokemuksellisuus, tutkimuksellisuus ja luovuus. Oppimista toteutetaan kehittämällä toimintaa myös alueellisesti. (Aho & Korhonen 2008, 23.)

Kehittämistoiminnan arvioinnin edistämiseksi kehitettiin teoreettinen prosessimalli. Siinä käytetään hyväksi juurruttamismenetelmää, jonka tarkoitus on edistää terveysalan organisaatioiden ja Laurea Lohjan keskinäistä kumppanuutta. Työyhteisön edustajat ja Laurean opettajat sekä opiskelijat tekevät kehittämistyötä yhdessä, jolloin juurruttamisen tulokseen vaikuttavat paitsi työyhteisön arvot ja koko hoitokulttuuri myös toimijoiden monipuoliset näkökulmat. Juurruttamisessa tieto ja käytäntö yhdistetään. Työyhteisössä tietoa muodostuu käytännön työelämässä. Juurruttamalla tieto muokataan näkyviksi toimintatavoiksi. Prosessi raportoidaan opinnäytetöissä. (Ora-Hyytiäinen & Ahonen 2009, 61.)

Terveydenhuollon organisaatioiden tai sen yhteisöjen muutokset työprosesseissa ja työkuultuureissa toteutuvat yksilön omien muutosten kautta. Muutokset ja yksilön oppiminen vievät aikaa. Muutoksen työvälineinä toimivat vuorovaikutus ja motivaatio. Muutoksen tuottamisen yleiset mekanismit tunnistavat yksilön ja yhteisön oppimisen sekä johtamisen muutosprosessissa. Oppimisen taustalla on motivaatio, aika ja muutokselle mahdollinen ilmapiiri. Näin juu-

juurruttamisprosessi on rakennettu osalliseksi terveydenhuollon organisaatioita. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 144.)



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

Kuviossa 2 kuvataan juurruttamisen prosessia. Prosessi alkaa nykytilanteen kuvaamisella ja uuden tiedon etsimisellä. Hiljainen tieto saadaan esille työyhteisön edustajia haastattelemalla. Johtajuus korostuu tässä prosessin vaiheessa. Nykytilannetta arvioidaan sisällönanalyysin keinoin ja muutoksen myötä rakennetaan uusi toimintamalli. Uutta mallia arvioidaan ja myös vaihtoehtoisia ratkaisuja etsitään. Mallin käyttöönotto mahdollistaa muutoksen merkityksen löytymisen. Uuden mallin käytön avulla uusi toimintatapa on juurrutettu työyhteisön pariin. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 144-145.)

4.1.1 Tiedon käsittelyn kierrokset ja tiedon tuottaminen

Kivisaari on tutkimuksessaan (2001, 18) tarkastellut juurruttamisen mallia, joka perustuu japanilaiseen Nonakan ja Takeuchin (1995) tekemään tiedon luomisen prosessimalliin. Oppimi-

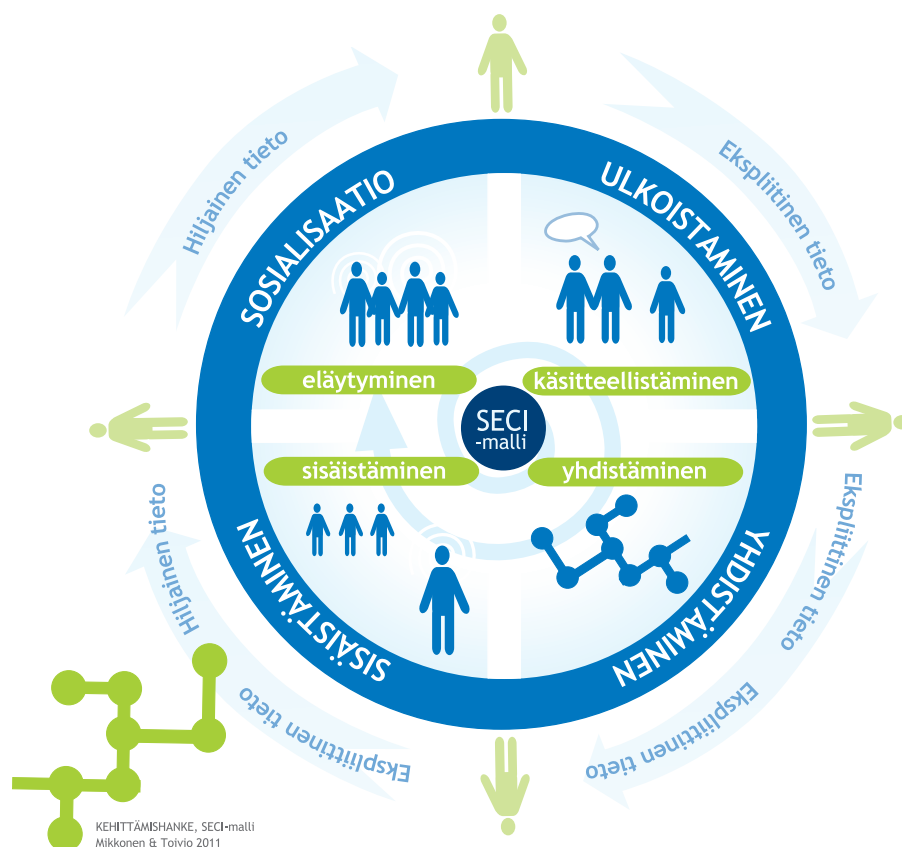
nen tapahtuu ikään kuin spiraalimaisessa kehässä, jossa hiljainen tieto ja eksplisiittinen eli faktoihin perustuva tieto saatetaan yhteen. Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan tässä kokemuksellista tietoa tai vaikeasti sanoiksi puettavaa tietoa, kuten uskomuksia, näkökulmia, mielikuvia tai ideoita. (Kivisaari 2001,18.)

Nonakan ja Takeuchin (1995) mukaan tieto käy läpi neljä muodonmuutosta: sosialisointi, ulkoistamisen, yhdistämisen ja sisäistämisen. Sosialisointilla tarkoitetaan hiljaisen tiedon siirtämistä toiselle ja se edellyttää yhteisiä kokemuksia, sosiaalista kanssakäymistä ja käytännön esimerkkien jakamista. Hiljaisen tiedon jakaminen edellyttää luottamuksellisia suhteita toimijoiden välillä sekä luottamuksellisuuden mahdollistavaa ilmapiiriä. Ulkoistamisella tarkoitetaan hiljaisen tiedon julkittamista ja sen muuttamista eksplisiittiseksi. Tiedon jakaminen mahdollistaa sen käyttöönoton laajemmin. Tässä prosessin vaiheessa voidaan myös selvittää, missä roolissa kukin osapuoli haluaa toimia ja mikä on henkilöiden intressi osallistua toimintaan. Yhdistämisellä tarkoitetaan tiedon jäsentämistä ja kokoamista käsitteiksi. Kun hiljainen tieto on saatu käsitteiksi, se voidaan yhdistää jo olemassa olevaan tietoon. Sisäistämällä tarkoitetaan sitä, että saatu tieto muuttuu toiminnaksi ja juurruttamisen mallia voidaan soveltaa uudelleen. Eksplisiittinen tieto muuttuu näin hiljaiseksi tiedoksi ja juurruttamisen spiraalimaisuus alkaa muodostua uudelleen. (Kivisaari 2001,19.)

Juuruttamisprosessia voidaan kuvata spiraalimallilla. Sen mukaan tuotekehitysprosessissa eri vaiheissa tarvitaan uusi, tilannetta vastaava toimintamuoto. Kun muutos tapahtuu yhden asian suhteen, on vastauksia tarkennettava myös muiden asioiden suhteen. Uutta tietoa tuotetaan, jos juurruttamisen kehän kaikilla kierroksilla käydään läpi tiedon tuottamisen vaiheet. Hiljaista tietoa siirretään toisille, selitetään tieto ja luodaan sitä kautta yhteistä, jaettavaa tietoa. (Kivisaari 2001, 18-21.)

Nonaka ja Nishiguchi (2001,13-28) käsittelevät kirjassaan Knowledge Emergence SECI-mallia ja tiedon Ba-käsitettä. Alun perin japanilainen filosofi Kitaro Nishida loi Ba-konseptin, jota myöhemmin kehittänyt japanilainen Shimizu. He löysivät menetelmän, jossa Ba on määritelty luomisen osaamisen foorumina, jossa tietoa luodaan, jaetaan ja hyödynnetään. Ba:lla on tärkeä merkitys vuorovaikutuksessa, koska tieto ei synny ainoastaan yhden yksilön vuorovaikutuksesta vaan yksilöiden ja ympäristön kanssa.

Organisaation tiedon luomisessa yksilöiden on jaettava tietoa, uudelleen kehitettävä ja täydennettävä sitä. Ba on tila, jossa tällaista vuorovaikutusta tapahtuu. Ba-käsite liittyy tiedon luontiin ja siinä kuvaillaan tiedon kehittymistä ja sen parhaimmalle hetkelle jaettua tilaa ja aikaa. Jaettu tila ja aika voi olla fyysistä, henkistä sekä myös virtuaalista. (Nonaka, Konno & Toyama 2001, 14-19.)



Kuvio 3: SECI-malli (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001)

Tiedon käsittelyn kierroksissa käytännön toiminnassa oleva hiljainen tieto ja koulutuksen tuoma käsitteellinen tieto muokkautuu. Ensimmäisellä kierroksella kehitystoimintaan osallistujat kuvailevat nykyistä toimintaa ja pukevat käytännöt sanoiksi. Hiljainen tieto yritetään saada näkyväksi (haastattelu). Toisella kierroksella kehittämistoimintaan osallistuvat jäsentävät nykyistä käytäntöä teoreettiselle tasolle. Käytännön kuvaus muutetaan käsitteiksi (sisällön analyysi). Kolmannella kierroksella kehittämistoimintaan osallistuvat vertailevat teoreettiselle tasolle jäsenettyä toimintaa ja aikaisempaa tutkittua tietoa. Näin muodostuu ehdotus uudeksi toimintatavaksi. Neljännellä kierroksella uusi toimintatapa muokataan jälleen käytännöksi ja käsitteet toimintaa kuvaaviksi. Näin syntyy uutta ammatillista osaamista. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4-5.)

4.1.2 Vuorovaikutus ja kumppanuus

Vuorovaikutuksella on suuri rooli juurruttamisprosessissa; itse asiassa koko prosessi on vuorovaikutuksen kehittymistä. Roolit saattavat muuttua kesken prosessin ja innovaation esittelijä muuttuu verkoston yhdeksi osapuoleksi. (Kivisaari 2001, 8.)

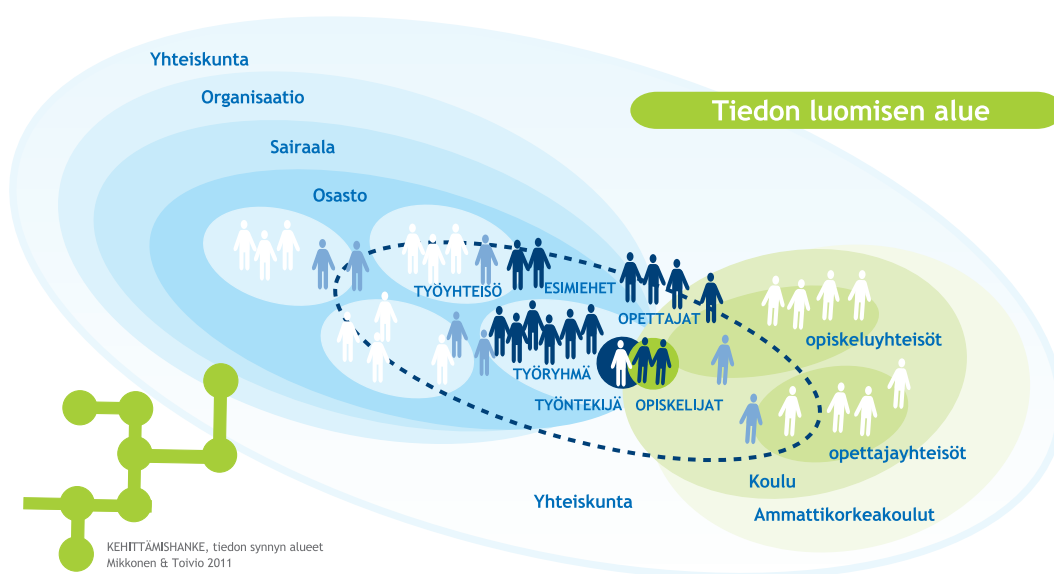
Toimijoiden roolit muuttuvat perinteisistä ja totutuista uusiksi kehittämisprojektissa. Kun opiskelija toimii kehittämistyöryhmän aktiivisena jäsenenä, hänen roolinsa muuttuu opinnäytetyön tekijästä tasavertaiseksi kumppaniksi hoitajien rinnalle. Hoitajan rooli taas muuttuu perinteisestä opiskelijan ohjaajasta vastuulliseksi oman työnsä kehittäjäksi. Hänen rooliinsa sisältyy työyhteisön aktivoiminen keskustelemaan ja arvioimaan uutta tietoa. Näin uusi tieto tulee näkyviin hoitajien hoitotyössä. Tämän roolin ottaminen edellyttää hoitajilta uutta itsenäisempää ja vastuullisempaa otetta asiantuntijana ja työyhteisön kehittäjinä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.)

Kumppanuuden ensimmäisellä tasolla toimivat alueellisen yhteistyön organisaatiot (työelämäorganisaatio ja ammattikorkeakoulu), josta tuloksellinen kehitystoiminta voi alkaa. Toisella tasolla kehittämistoiminnan ohjausvastuu on organisaatiossa työyhteisön lähimmällä esimiehellä ja ammattikorkeakoulun opettajalla. Työyhteisössä työntekijä ja ammattikorkeakoulussa opiskelija ovat kolmannella tasolla, jossa kehitetään työyhteisön työtä. Ensimmäisen tason tutkimus- ja kehittämistoiminta tuo mahdollisia erilaisia innovaatioita ja lisää ammatillista osaamista. Tämä voi luoda myönteistä kehittämissilmapiiriä ja näin alueen menestymistä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. Näiden organisaatioiden yhteistyö, kehittämisprosessit ja osallistumisen kokemukset motivoivat oppimista sekä kehittämisen jatkuvuutta. (Ora-Hyytiäinen & Ahonen 2009, 62-68.)

Terveysthuolto-organisaatioihin luodaan muutoksille mahdollistavaa kulttuuria. Organisaatioiden muutosponnistelut ovat usein heikkoja ja muutos voi heikentää tulosta. Työntekijöiden halukkuus muutokseen on vaikea tavoite. Johdon ja henkilöiden väliset muutosprosessit vaativatkin uudelleenajattelua ja suhteiden kuuluisi olla enemmän kumppanuutta. Uutena mahdollisena kumppanina tulisikin nähdä ammattikorkeakoulu. Ammattikorkeakoulu tuottaa itse opetusta sekä sen velvollisuus on myös olla hyödyksi alueellisessa kehityksessä. Terveysthuollon kehittämistyöprosessit tarjoavat opiskelijoille mahdollisuuden oppia aidossa tilanteessa ja rakentaa ammattimaista identiteettiään muutoskykyiseksi sekä auttaa oppilasta pääsemään päämääräänsä ja antaa tarvittavia työkaluja muutoksen luomiseen. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 150.)

Laurea ammattikorkeakoulun strategia sisältää opettamisen, tutkimisen ja kehittämisen. Opiskelija toimii tässä oppimistutkimusprosessissa yhteistyökumppanina ja opettajan rooli on ohjata ja tukea ammatillisesti opiskelijaa. Laurean oppimismallissa oppiminen tapahtuu yhteistyössä työelämän ja yhteiskunnan kanssa. (Rauhala 2009, 32-33.)

Realistinen teoria tukee tutkivaa toimintaa kehittääkseen jotakin asiaa. Se pystyy hyödyntämään aikaisempia tuloksia ja hyväksi käyttämään menetelmiä, joilla pystytään etsimään prosessin negatiiviset ja positiiviset puolet. Realistinen teoria yhdistää arviointikäytäntöjä sekä huomioi projektin luotettavuutta ja realistisuutta. (Anttila 2009, 49.)



Kuvio 4: Tiedon luomisen alue (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001)

Lohjan Laurea ammattikorkeakoulu ja Lohjan sairaanhoitoalueen yhteistyön tavoitteena on käytännön hoitotyön kehittäminen ja opiskelijoiden osaamisen lisääminen. Näin kehitetään työelämään uutta toimintamallia hoitotyön kehittämisestä, kirjaamisesta ja työnjaosta. Laurea ammattikorkeakoulu puolestaan haluaa autenttisella oppimisympäristöllään auttaa opiskelijoita kehittämistyössä, jota tehdään työelämän kanssa. (Konkola-Loikkanen, Makkonen, Ahonen, Lemström & Huovila 2010.)

Kehittämishankkeen rooleissa (kuvio 4) työyhteisö vastaa oman työnsä kehittämisestä sekä toimintatapojen muuttamisesta. Työryhmä puolestaan edistää työyhteisöjen muutosta ja kehittämistä. Esimiehen rooliin kuuluu muutoksen mahdollistaminen, muutoksesta tiedottaminen. Esimies myös antaa prosessiin riittävät resurssit, on suunnannäyttävä, luo hyvän vuorovaikutuksen ja ylläpitää kirjaamishankkeesta tiedottamista. Yhteishenkilön rooli on tukea

työyhteisöä ja koordinoida koulun kanssa tehtävää yhteistyötä. Opettajien rooli on ohjata. Opiskelijat tekevät kirjaamishankkeesta työyhteisön toiminnan raportin. Laurea Lohja tarjoaa kirjaamishankkeen eri vaiheissa koulutusta ja hankintapajoja työyhteisölle, työryhmälle ja opiskelijoille. (Konkola-Loikkanen ym. 2010.)

4.1.3 Viestintä

Muutoksen eteenpäin viemisessä tarvitaan viestintää. Viestinnällä voidaan tarkoittaa organisaation sisäisten viestintäkanavien käyttöä tai esimiesten tukemista erilaisen aineiston avulla. Kaikkein tehokkainta on lähiviestintä. Se myös herättää eniten luottamusta. (Valpola 2004, 44.)

Luomala (2008, 10) pitää tärkeänä Muutosjohtamisen ABC -työssään oikea-aikaisuutta viestinnässä. Viestintä, tiedonkulku ja vuorovaikutus ovat erityisen tärkeitä muutoksessa. Jatkuvan tiedottamisen tulisi tapahtua samaan aikaan muutoksen kanssa, jossa huomioidaan henkilöiden aikaisempi kokemus. Uuden tiedon oppimisen mahdollisuutta on hyvä tuoda esille, jossa annetaan ideoille ja uuden oppimiselle tilaa.

Markkinointiviestinnän osa-alueina ovat tiedotus- ja suhdetoiminta, mainonta eri muodoissa, myyntityö ja myyinnedistäminen. Käytännössä näitä välineitä käytetään samanaikaisesti. On tärkeää, että viestit tukevat ja täydentävät toisiaan sekä tuottavat halutun tuloksen tehokkaasti. Tiedotus- ja suhdetoimintaa, PR (Public Relations), käytetään paljon markkinointialalla tiedottamiseen ja myönteisen suhtautumisen lisäämiseen. Tiedotus- ja suhdetoiminnan tarkoitus on kertoa ajankohtaisesta ja uudesta tiedosta sekä rakentaa luottamusta. Viestintä on hyvin keskeinen osa markkinointia. Tiedotus- ja suhdetoimintaa käytetään myös suhteiden luomiseen ja ylläpitämiseen. PR on hyvin tärkeä sekä yrityksen sisällä että ulospäin viestitettyä. Sillä vaikutetaan mitä halutaan sanoa ja millainen kuva halutaan saada laaja-alaisesti. Suoraan kohdennetut viestit tavoittavat tehokkaasti ja uskottavuus on hyvä. Sisäinen tiedotus- ja suhdetoiminta kohdistuu oman henkilökunnan myötä myös omistajiin ja hallintoelimiin. Sisäiseen tiedottamiseen käytetään tiedotteita, ilmoitustauluja, henkilöstölehtiä sekä myös tilaisuuksia, johon henkilökunta voi osallistua. (Bergström & Leppänen 2003, 400-401.)

Bergström & Leppänen (2003, 274-296) mukaan viestinnän tavoitteena on tiedottaa, muokata asenteita, saada positiivista julkisuutta ja vahvistaa yrityskuvaa. Näitä voidaan vahvistaa järjestämällä tilaisuuksia tai tapahtumia, jakamalla tiedotteita asiasta tai antamalla lahjoja. Viestinnässä kannattaa käyttää kuvia, jotka lisäävät huomioarvoa. Kuvan todistusarvo on paljon isompi kuin kirjallisen materiaalin. Kuvan kautta saa viestitettyä paremmin tunnelmia ja mielikuvia. Värillisyyys parantaa huomioarvoa. Vihreä väri symboloi luontoa, kasvua, turvalli-

suutta, tuoreutta ja mukavaa oleskeluympäristöä. Sinisen symboliarvo kertoo taivaan ja maan väristä, rauhallisuudesta, tilasta. On todettu, että katse pysyy sinisillä pinnoilla pidempään.

Mattilan (2007, 171-172) mukaan työntekijän ammatti-identiteettiä voi uhata riittämätön perustieto työpaikan muuttuvista prosesseista. Uusien prosessien, mallien ja työvälineiden käyttöönottoa sekä niiden käytön vakiinnuttamista voidaan tehostaa avoimella informaatiolla, koulutuksella ja hyvällä perehdyttämällä. Tietoisuuden syntyä vahvistaa koulutus ja tiedon saanti. Erilaiset perehdytykset helpottavat osaamisen muodostumista. Tekemällä oppimisen on todettu olevan tehokkainta opeteltaessa uusia prosesseja tai tietojärjestelmiä. Kun oppimista tuetaan monipuolisesti, oppimistulos on tehokkainta. Oppijalle annetaan erilaisia virikkeitä, joissa idean keksiminen jää hänelle itselleen. Silloin myös muutokselle kehittyy hiljaa uusia tekijöitä ja syväosaajia kaikille organisaation portaille. Työntekijällä tulisi olla aikaa itsenäiseen opiskeluun. Tähän sopii Intranet-verkkopalvelun koulutus- ja työohjeet. Lähituen merkitys on alkuvaiheessa suuri, kuten esimerkiksi tutor- ja työparimallit. Hyvin jaettu tieto vähentää muutosvastarintaa.

4.2 Muutosvastarinta

Työnantajan tekemä uudistamistarpeista tiedottaminen voi herättää muutosvastarintaa työntekijöissä. Se voi myös tuoda esille piileviä voimavaroja sekä hiljaista tietoa, jolloin vastarinta ei ole aina huono asia. Epävarmuus, työehtojen kiristyminen ja työntekijöiden ylimääräiset joustot liitetään usein muutosten sekä uudistamisen uhkakuviin. Vastarintaan vaikutti myös työntekijöiden aikaisemmat kokemukset ja tulevaisuudenodotukset. Muutos vaatii toimintaa, joka on ennakoivaa, pitkäjänteistä ja luottamusta herättävää. On myös oltava aito halu osata käsittää molempien osapuolten tarpeet. (Pyöriä 2006, 56.)

Mattilan (2007, 21-23) mielestä muutosvastarintaa esiintyy eniten niillä henkilöillä, jotka ovat vähiten olleet mukana muutoksen valmisteluissa. Henkilöiden välillä voi olla näkemuseroja, jotka voivat kääntyä konflikteiksi ja siten muuttua muutosvastarinnaksi. Silloin kysymyksenä voi olla henkilöiden valtataistelua, erilaisia arvomaailmoja, tiedon pimittämistä tai turvattuuden kokemista. Tilanteiden yllättävissä reagoineissa toimivat defenssit vastarinnan pohjana. Vastarintaa herättivät eniten nopeasti toimeenpantavat, täysin ennalta-arvaamattomat, yksisuuntaiset julkiset ja kätkeytyt toiminnan muodot sekä avointa neuvottelua välttävät strategiat ja taktiikat.

Kallunki (2008) käsittelee pro gradu-tutkielmassaan muutosjohtamista ja sen merkitystä. Muutosprosessin toimeenpanon hyvä suunnittelu on keskeisessä asemassa onnistuneessa muutosjohtamisessa, joka tarvitsee myös teoreettista tietoa yhteisön ja työntekijöiden toiminnasta.

Muutosjohtaminen tarvitsee valmiuksia epävarmuuden kestämiseen ja valmiuksia toimia tavoitteellisesti muutosvastarinnan kohdatessa. Reflektiivinen vuorovaikutus ja tieto sekä sen tuottaminen että hyödyntäminen ovat edellytyksenä onnistuneelle oppimisen ja luottamusta luovan toimintarakenteen ja -tavan edistämislle.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoala sekä niiden toimintaympäristöt elävät jatkuvassa samanaikaisessa muutoksessa ja niiden vaikutuksien arvioiminen on usein mahdotonta. Kun eletään jatkuvassa muutoksessa, on muutoksen hallintaan oltava keinoja. Johtajalla on oltava tietoa organisaation nykytilanteesta suhteessa ympäristöön, valmiuksia muutoksesta selviytymiseen ja kykyä ja halua kehittää oppimista ja osaamista. Hoitotyössä johtaja tarvitsee tietoa laajemmin kuin vain hänen vastuualuetta koskeva tieto. Reaaliaikainen tieto muiden toimintayksiköiden ja -ympäristöjen tapahtumista on tärkeää. Avoimen tiedonvälityksen merkitys korostuu. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009, 32.)

Koko prosessin alkamiselle on perustana muutostarpeen hyväksyminen. Henkilöstön täytyy tunnistaa muuttuva tilanne tai he eivät innostu uudesta suunnitelmasta. Suunnitelmat toteutuvat yhteisen näkemyksen avulla. Yhteinen näkemys auttaa tunnistamaan perusajatuksen siitä, miten haluttuun tulokseen pyritään. Muutoksen toteutukseen tarvitaan myös muutosvoimaa. Jos uusia asioita on otettu ennakkoluulottomasti käyttöön ennenkin, on henkilöstölle kasvanut luottamus omiin kykyihinsä ja he selviytyvät helpommin uusista tilanteista. Kaikkien osapuolten on myös sitouduttava muutokseen ja saatava äänensä kuuluville, muuten suunnitelmat ovat vaarassa kariutua. (Valpola 2004, 32-34.)

4.3 Osallistava johtaminen ja voimaantuminen

Osallistavalla johtamisella tarkoitetaan sellaista johtamistapaa, joka perustuu yhteistyöhön. Siinä edistetään työntekijöiden ammatillisuutta ja osallistumista sekä tukemista päätöksentekoon. Ammatillisuuteen kuuluvat toisaalta sekä riippuvaisuus muista että autonomia. Yhteistyön merkitys tässäkin korostuu. Yhteinen päämäärä ohjaa yhteistyöhön, jossa asiantuntemus, voimavarat, tieto ja osaaminen yhdistyvät. On tärkeää, että yhteistyö johdon ja henkilöstön välillä on kitkatonta, koska työtyytyväisyys paranee yhteistyön kehittymisen myötä. Osallistavassa johtamisessa rooleja ei määritellä virallisen aseman mukaan, vaan meneillään olevan projektin mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009, 34.)

Siitonen (1999) on kehittänyt yleisen voimaantumisen teorian hahmotelman. Siinä keskeiseksi ilmiöksi nousee empowerment-käsite, josta hän käyttää termiä voimaantuminen. Voimaantumisella käsitetään sisäisen voimantunteen kasvamista, joka on perustaltaan ihmisestä itsestään lähtevä prosessi. Voimaantumisen tunnetta ei voi antaa toiselle, vaan se täytyy itse kokea. Sisäinen voimantunne vapauttaa omia voimavaroja. Voimaantuminen voidaan myös kat-

soa sosiaalisiksi prosessiksi, jossa toimintaympäristön turvallinen ilmapiiri ja valinnanvapaus koetaan merkityksellisiksi. (Siitonen 1999, 61.)

Johtaja, joka ajattelee johtajuutta voimaantumisen näkökulmasta, ei korosta sitä perinteisellä tavalla. Tiedostavassa johtajuudessa vastuu jaetaan ja ryhmätietoisuus korostuu. Tässä mielessä vastuu on ryhmässä jokaisella. Johtaja auttaa ryhmää keskittymään luomiseen ja visioon. Tiedostava johtaja rakentaa työyhteisöä, jossa valta ei ole sidottu asemaan vaan vuorovaikutustaitoihin ja kykyyn saada ihmiset mukaan kehitykseen. Työyhteisön sisäiset ja piilevät voimavarat tulevat esiin ja niitä varten luodaan tilaa. (Takanen 2005, 173-174.)

4.4 Teemahaastattelu

Teemahaastattelua voidaan kuvata puolistrukturoiduksi haastattelumenetelmäksi. Sen esikuvana on fokusoitu haastattelu, mutta se etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa eikä ole sitoutunut laadulliseen tai määrälliseen tutkimukseen. Teemahaastattelu etenee nimensä mukaisesti tiettyjen teemojen varassa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.)

Fokusryhmähaastattelua käytetään laadullisen tutkimuksen menetelmänä. Sillä pyritään saamaan esille jokin tutkittava ilmiö ja tarkastelemaan sitä. Fokusryhmähaastattelussa vetäjä pyrkii ohjaamaan keskustelua eli se on vetäjän ylläpitämä. Haastattelussa pyritään saamaan esille erilaisia näkemyksiä. Haastattelu nauhoitetaan ja teksti litteroidaan. Tuloksia ei esitetä numeroina vaan luokkina. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507.)

Haastattelutilanteessa ryhmä voi toisaalta toimia kontrolloivana ja toisaalta tukevana elementtinä. Ryhmä voi estää kielteisiltä tuntuvien asioiden esiintulon, mutta voi auttaa väärinymmärrysten oikaisussa. Ryhmän sisäinen dynamiikka vaikuttaa haastatteluun. Voimakkaat persoonat pyrkivät tuomaan omaa näkemystään esille ja määräämään keskustelun suunnan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 206.) Haastattelijan tehtävä ryhmähaastattelussa on keskustelun aikaansaaminen ja sen helpottaminen. Haastattelija pitää keskustelun valituissa teemoissa ja pitää huolta siitä, että kaikki saavat mielipiteensä esille. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61.)

4.5 Litterointi ja sisällön analyysi

Litteroinnilla tarkoitetaan sanantarkkaa puhtaaksikirjoittamista eli haastattelun kirjoittamista tekstimuotoon. Aineistoa on helpompi käsitellä, kun se on tekstimuotoisena. Kirjoitetusta tekstistä merkitykselliset asiat on erottuvat selkeämmin. Teksti voidaan myös kirjoittaa puh-

taaksi osasta haastattelua määrätystä teema-alueista. Siitä, kuinka tarkkaan aineisto litteroidaan ei voida antaa tarkkaa ohjetta. Tarkkuus riippuu tutkimustehtävästä ja tutkimusotteesta. Kirjoitetun tekstin tulee kuitenkin vastata sitä, mitä haastateltavat ovat sanoneet. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138-140.)

Laadullisen sisällön analyysin avulla voidaan aineistoa tutkia systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkittava ilmiö voidaan järjestää kategorioihin ja sitä voidaan kuvailla ja määrittää. Tavoitteena on saada tutkittava ilmiö tiivistettyyn ja yleiseen muotoon. Aineistosta lähtevää analyysiä nimitetään induktiiviseksi. Tällöin analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelyinä ja käsitteellistämisenä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on haastattelujen kuunteleminen ja aukikirjoittaminen sana sanalta. Sen jälkeen haastattelu luetaan ja sen sisältöön perehdytään. Tekstistä etsitään pelkistettyjä ilmauksia ja ne listataan ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Pelkistämällä voidaan tarkoittaa joko tiedon tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin. Olennaiset ilmaukset löytyvät tutkimustehtävän perusteella. Pelkistettyjä ilmauksia yhdistetään ja niistä muodostetaan alaluokkia ja jälleen yläluokkia. Luokittelun tarkoituksena on tiivistää tietoa ja saada yksittäiset tekijät sisällytetyiksi yleisempiin käsitteisiin. Luokkien yhdistämisen jälkeen muodostuu kokoava käsite. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkittamiseen ja siinä edetään analysoitavasta aineistosta kohti käsitteellisempää tulkintaa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 109-113.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

5.1 Muutoksen merkityksen löytyminen ja johtajuus

eNNi-hanke oli priorisoitu osastolla vuoden hoitotyön ja hoidon suunnittelun kehittämishankkeeksi. Hankkeessa olivat osastolta mukana osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, neljä sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja. Yksi työryhmän jäsenistä osallistui samanaikaisesti Laurean ”Kirurgisen hoitotyön kehittäjä” -koulutukseen.

Opinnäytetyöhön kerättiin aineistoa keväällä 2010 ja aineiston muokkausta tehtiin kesällä 2010. Sekä opiskelijat että kirurgisen osaston henkilökunta etsivät tahoillaan aiheeseen liittyviä tutkimuksia, joita hyödynnettiin kirjaamisen kehittämisprosessissa. Muutokseen vaikuttavista tekijöistä ja kesän aikataulusta sovittiin alustavasti 11.5.2010 Lohjan sairaalassa järjestettävässä seminaari-iltapäivässä.

Osaston henkilökunnan kesätehtävän aiheena oli pohtia muutosta edistäviä keinoja työyhteisön, johtamisen ja työntekijöiden näkökulmasta. Työyhteisön näkökulmasta haasteiksi osastolla koettiin työyksikön suuri koko, työn vaativuus ja monierikoisuus. Myös potilaiden korkea hoitoisuus, kiireinen työtahti ja tavoitteellinen operatiivinen toiminta olivat haasteita. Lisäksi tiedonkulun katsottiin olevan haasteellista. Myös työntekijöiden eri vaiheessa oleva ammatillisuus ja heidän erilaiset tietotekniset valmiutensa koettiin haasteellisina. Moniammatillisuuden katsottiin tuovan oman lisänsä muutokseen. Toisaalta yksikön ilmapiiri koettiin avoimeksi, hyväksyväksi, turvalliseksi, keskustelevalaksi ja suvaitsevaksi. Tiedonvälitys osastolla miellettiin avoimeksi. Henkilökunta koki, että heille esitellään muutos ja heidän annetaan vaikuttaa muutosprosessiin osastopalavereissa ja osaston kehittämispäivillä. Työskentelytapa osastolla koettiin tiimityötyyppiseksi. Lisäksi henkilökunta ajatteli asiantuntijaryhmän kykenevän ratkaisemaan ongelman paremmin kuin yksittäisen toimijan.

Johtamisen näkökulmasta asiaa pohdittaessa huomattiin, että johtajan osastolla pitäisi olla vahva henkilö, jolla kuitenkin on herkät tuntosarvet ja taito kuunnella alaisiaan. Esimiehen haluttiin olevan läsnä ja hänellä toivottiin olevan kyky laittaa itsensä likoon ja rakentaa luottamusta sekä rohkeutta tarttua mahdollisiin ongelmiin. Johtajan toivottiin kertovan selvästi muutoksen päämäärän, tavoitteet ja aikataulun. Aikaa muutokseen pitäisi olla riittävästi. Johtajan kuuluu luoda toimintaperiaatteet ja jakaa vastuuta tehtävässä. Katsottiin, että osallistava johtaminen tukee hoitohenkilökunnan ammatillisia vaikutusmahdollisuuksia omassa työssään. Johtaja myös mahdollistaa työntekijöiden osaamisen kehittämisen ja oppimisen työyhteisössä. Henkilöstön kehittämisellä tuetaan muutoksenhallintaa, nopeutetaan uuteen tilanteeseen sopeutumista ja edistetään työyhteisön toimivuutta, tuloksellisuutta ja työhyvinvointia. Keskijohdon on jalkauduttava ja kerrottava työntekijöille, mitä muutos tarkoittaa.

Työntekijän näkökulmasta ajateltiin, että muutokseen sitoutuminen on helpompaa, kun itse osallistuu muutoksen toteutukseen. Arveltiin, että työntekijät lähtevät todennäköisemmin muutokseen mukaan, kun kyse on jostain suuresta ja merkittävästä asiasta. Uuden toimintatavan hyväksyminen on helpompaa, jos sitä on perusteltu riittävän hyvin. Selviytyminen muutosprosessista koettiin helpommaksi, jos työntekijällä on hyvä ammattitaito eli hän hallitsee työn kokonaisvaltaisesti ja on kykenevä oppimaan uutta. Esimieheltä ja työtovereilta saatu tuki koettiin erittäin tärkeäksi. Tähän liittyen toimivat ja hyvät kontaktit työyhteisön sisällä sekä palautteen saaminen edistivät muutokseen valmistautumista. Koulutuksen merkitys ajateltiin suureksi. Irtiotto rutiineista koettiin piristävänä ja sen katsottiin sitouttavan muutokseen ja antavan vaikutusmahdollisuuksia. Edelleen vaikutusmahdollisuuksien kehittäminen koettiin tärkeänä.

Opiskelijoille tiedon kerääminen tuntui hankalalta, koska kokonais käsitystä projektin etenemisestä ei vielä ollut. Juurruttaminen käsitteenä tuntui myös ulkokohtaiselta ja vaikealta.

Koimme viestinnän tärkeäksi tekijäksi osaksi lopputyötämme. Tiedotimme jatkuvasti projektin eri vaiheista sidosryhmille. Hyvällä tiedottamisella pyrimme vaikuttamaan muutosvastarintaan ja positiivisiin mielikuviin muutosprosessissa. Projektimme alusta alkaen osastolla oli fyysinen paikka tiedotuksellemme. Paikalla oli ständi, jossa tiedotettiin henkilökunnalle, missä vaiheessa projektimme on menossa tai mitä on tulossa. Ständissä oli kuvattuna opiskelijoiden hahmot iloisina ja ehkä hieman koomisina. Näin yritettiin pitää projekti työntekijöiden mielessä ja koettiin luoda myönteistä mielikuvaa vaikealta tuntuvasta projektista.

Jotta muutosprojektia olisi helpompi ymmärtää, olimme myös tehneet visuaalisesti selkeitä taulukoita ja graafisia elementtejä toimintaprosesseistamme. Osin kehitimme uusia graafisia malleja. Osaston henkilökunnan yhteisiin tiloihin oli annettu tila projektilemme, josta voitiin käydä hakemassa tietoa eri vaiheista, osallistua kyselyyn tai jättää viestiä tai käydä tutkimassa analyysiä, hoitotyön kirjaamisen kaaviota, hoitotyön yhteenvedon kaavoita Mirandassa, hoitotyön yhteenvedo -lomaketta tai juurruttamisprosessikaaviota.

Koko projektilemme loimme oman yhtenäisen rakenteisen kirjaamisen logon ja graafisen ilmeen, jota käytimme läpi lopputyön. Logon yhdeksi väriksi valitsimme vihreän, joka kuvastaa uuden, orastavan kasvun väriä. Toisena värinä toimi vihreän kanssa sininen, joka kuvastaa taivasta ja avaruutta, tilaa sekä turvallisuutta. Molemmat värit yhdessä toimivat raikkaana ja rauhallisena.

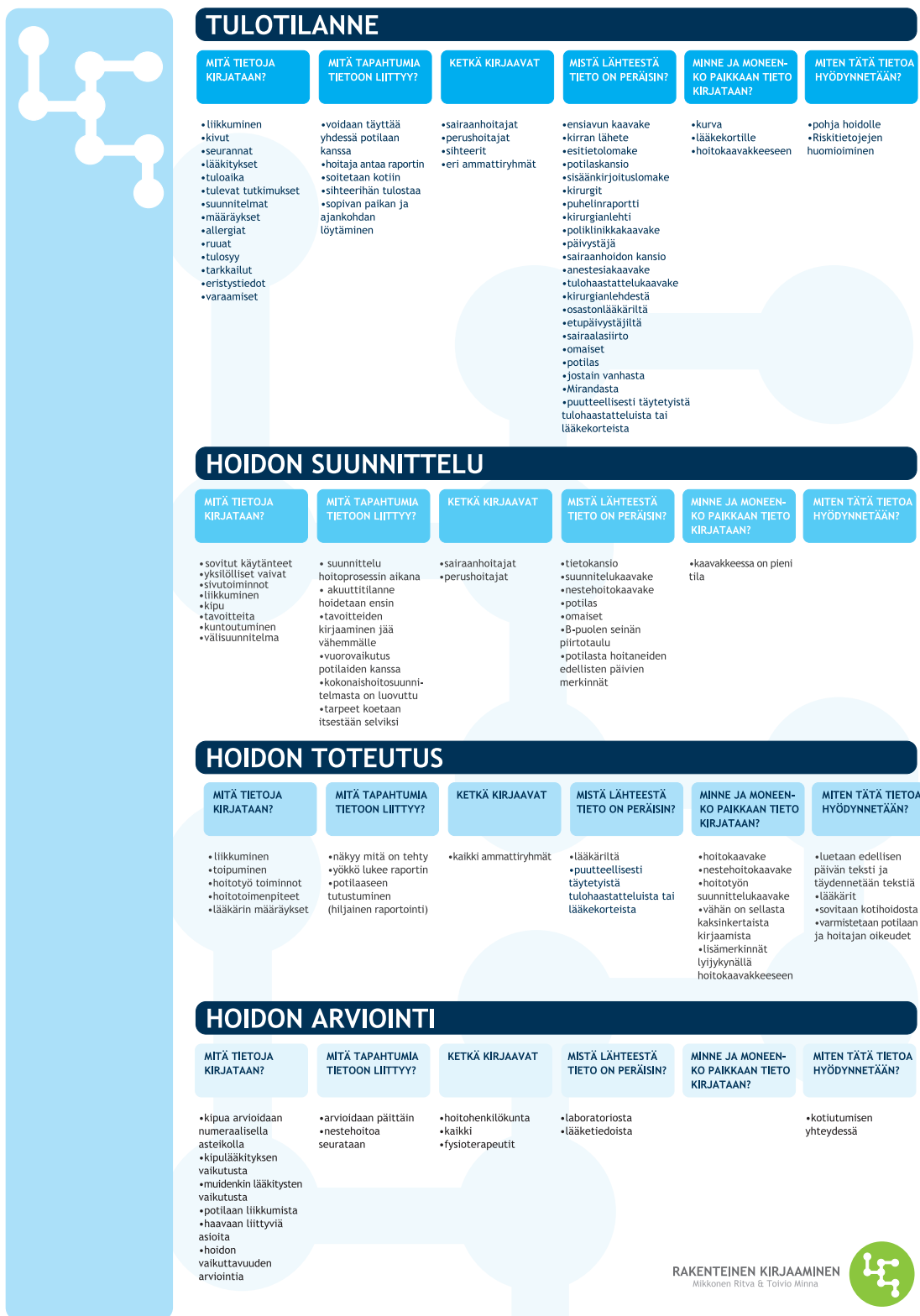
5.2 Nykytilanteen kuvaaminen ja haastattelutapahtuman kulku

Osaston esimiehelle lähetettiin sähköpostilla tieto haastattelun ajankohdasta ja hän pyysi jo kaista osaston käytävää valitsemaan haastateltavat. Haastattelu tehtiin syyskuussa 2010. Haastateltavat oli koottu kirurgisen osaston kolmesta eri tiimistä. Jokaisesta tiimistä valittiin kaksi hoitajaa. Näin saatiin kuuden hengen ryhmä. Ryhmän osallistujille jaettiin kysymykset etukäteen (Liite 2), jotta he saivat pohtia mielessään vastauksia. Kysymykset oli laadittu opinnäytetyöpajassa ja opinnäytetyön tekijät olivat tehneet niihin lisäyksiä. Haastatteluun varattiin aikaa yksi tunti. Haastattelijat varautuivat tilanteeseen tutkimalla kirjallisuutta. Haastattelijoiden oli molemmilla kokemusta ryhmien vetämisestä. Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli kysymysten esittäjä ja toinen tarkkailija, joka tarvittaessa täydensi aihetta ja esitti tarkentavia kysymyksiä. Haastattelu nauhoitettiin ja teksti litteroitiin.

Haastattelun pohjalta laadittiin taulukko (Kuvio 4), jossa analysoitiin saatua tietoa hoitoprosessin vaiheen mukaisina luokkina: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon

arviointi. Taulukosta siis oli nähtävissä selkeästi kirjaamisen nykytilanne. Taulukko oli ollut aiemmin käytössä eNNI-hankkeen yhteydessä. Taulukko tulostettiin ja vietiin osastolle henkilökunnan taukotilaan kommentoitavaksi ja täydennettäväksi.

Syksyllä opiskelijat osallistuivat tiedonhaun pajoihin ja tutustuivat juridiikkaan. Opiskelijat osallistuivat syksyn aikana myös osastotunneille, joissa tiedotettiin tapahtumien kulusta ja keskusteltiin hankkeen etenemisestä. Osaston puolelta opiskelijoille tarjottiin mahdollisuus syventää kirurgisen hoitotyön osaamistaan ja tutustua osaston henkilökuntaan osaston kehittämispäivillä marraskuussa 2010. Opiskelijat tunsivat kuuluvansa tiiviisti työryhmään ja työn etenemisestä käytiin keskustelua tapaamisissa ja sähköpostitse.



Kuvio 5: Nykytilanteen kuvaaminen taulukoituna

5.3 Nykytilanteen arvioiminen ja kehityskohteen valinta

Kehityskohteen valinnasta pidettiin osastolla osastotunti. Osastolla oli jo mietitty kehittämis-kohteita haastattelun analyysitaulukon pohjalta. Kuitenkaan henkilökunnan mielestä mikään kehityskohde ei noussut erityisesti esille. Toteutuneen hoidon arvioiva kirjaaminen on yksikössä hyvin hallussa ja ohjeistettu minimikriteerien avulla. Tulohaastattelun puutteelliseen kirjaamiseen katsottiin riittävän henkilökunnan oma ryhtiliike. Asiaa tarkemmin käsiteltäessä esiin nousi yksi voimakas ja henkilökunnankin mielestä tärkeä kehittämiskohde, hoitotyön yhteenveto, jonka kirjaaminen jää osastolla hyvin vähälle. Yhteenveto on erittäin tärkeässä roolissa potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Tärkeysjärjestystä pohdittaessa hoitotyön yhteenveto nousi tärkeimpään rooliin. Henkilökunta oli myös hyvin motivoitunutta ja koki asian itselleen tärkeäksi.

Koska jokainen hankkeessa mukana ollut osasto valitsi oman kehityskohteensa, järjestettiin Laurea Lohjan toimipisteessä yhteinen tilaisuus, jossa osastot perustelivat oman kohteensa valintaa. Ryhmät olivat laatineet perusteluiden tueksi posterit (Liite 3) ja niiden avulla esiteltiin oma kohde. Kehittämiskohteesta painatettiin A2-kokoinen juliste, jossa perusteltiin valintakriteerit. Lopuksi osastojen yhdyshenkilöt sopivat kunkin yksikön kehittämiskohteesta paneelikeskustelussa. Kirurgisen osaston kehittämiskohteeksi varmistui näin hoitotyön yhteenveto.

Pidimme palaverin apulaisosastonhoitajan kanssa ja päätimme, että hän kerää joka tiimistä sairaanhoitajan lähetteitä niin, että niitä tulee yhteensä noin 20 kappaletta. Tarkoituksena oli alustavasti saada kuvaa nykytilanteesta ja pyrkiä etsimään keinoja löytää uusi malli. Apulaisosastonhoitaja lähetti henkilökunnalle sähköpostitse pyynnön kerätä hoitotyön yhteenvetoja tai sairaanhoitajan lähetteitä, kuten niitä myös osastolla kutsutaan. Näissä läheteissä esiintyneet potilaat olivat jatkohoitoon siirtyviä potilaita. Vastauksia tuli 23 kappaletta. Merkittävää oli, että osastolla ei herännyt keräyksen vuoksi mitään vastustusta tai ihmettelyä, vaan asiaan suhtauduttiin myönteisesti.

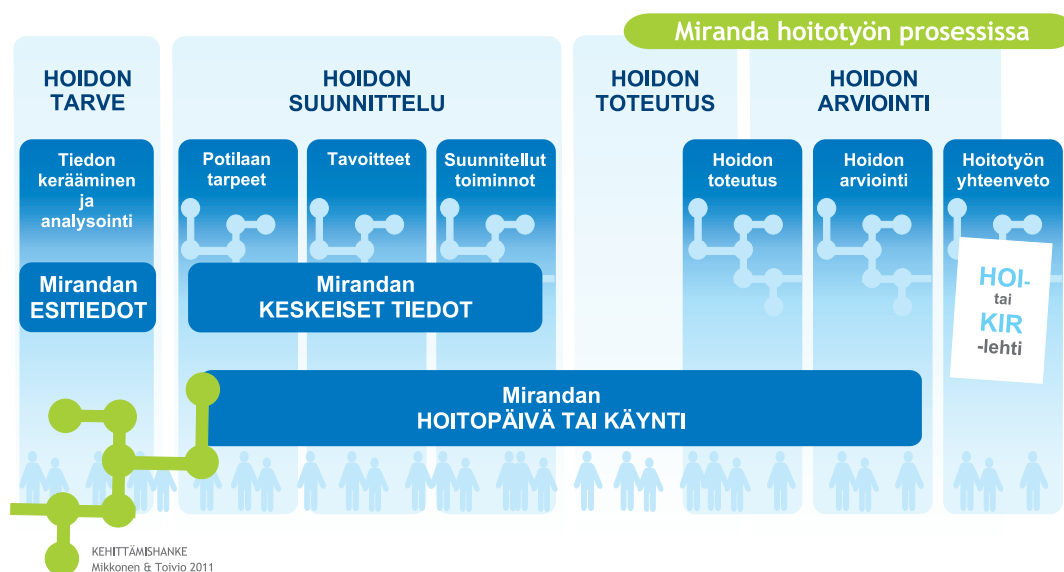
Seuraavassa tapaamisessamme osastolla totesimme yhdessä, että yhteenvedot olivat hyvä otos tämänhetkisestä käytännöstä. Otoksessa oli mukana muutama käsinkirjoitettu yhteenvedo, jotka oli tehty vanhalle HUS-pohjalle. Osa yhteenvedoista oli lyhytsanaisia, koska vastaanottava yksikkö oli toivonut todella ytimekästä esitystä.

Opinnäytetyön tekijät totesivat hoitotyön yhteenvedot saatuaan, että niiden analysoiminen sisällön analyysi -menetelmällä olisi ollut tässä vaiheessa liian työlästä. Tyydyimme yliviivaamaan korostuskynällä tärkeitä hoitotyön prosessiin liittyviä sanoja ja lauseita. Kiinnitimme huomiota esimerkiksi siihen, oliko yhteenvedossa käytetty jonkinlaista otsikkorakennetta ja

jos oli, niin mitä otsikot kuvasivat. Kaikissa oli kuvattuna potilaan nykyinen tila ja syy, miksi potilas oli osastolle tullut. Lääkitys oli kaikissa kuvattu yksityiskohtaisesti. Huomasimme myös, että jos yhteenvedossa oli käytetty otsikointia, vastasivat asiat otsikoiden alla hyvin sitä. Teksteistä tulee selvästi ilmi, että ne oli suunnattu toisen ammattilaisen luettaviksi. Vieraskielisiä sanoja ja ammattitermistöä oli runsaasti. Potilaan henkistä tilaa oli kuvattu joissain yhteenvedoissa erillisen otsikon alla ja joissain asia oli laitettu jonkin muun otsikon tai kappaleen yhteyteen. Koska yhteenvedoille ei ollut erillistä arkistoa tiedostomuodossa, oli korjauksia tehty jälkepäin vapaalla käsialalla tekstien väleihin. Muutoksia tietoihin oli saattanut tehdä useampi hoitaja ja tällöin kirjoitetun tekstimuutoksen alla oli sairaanhoitajan nimikirjaimet ja koko nimi. Omaisten yhteystiedot olivat osassa yhteenvedoja, sairaanhoitajan yhteystiedot olivat jokaisessa. Yhteenvedojen lukeminen ja analysoiminen vahvistivat käsitystä siitä, että osastolla oli runsaasti hyviä kirjaamisperinteitä ja -osaamista.

5.4 Uuden toimintatavan rakentaminen

Opinnäytetyön suunnitelmavaihe esitettiin Lohjan sairaalan auditoriossa vuoden 2011 alussa. Pari päivää ennen suunnitelman esittämistä opiskelijat pääsivät mukaan osaston järjestämään koulutustilaisuuteen, jossa HUS:n hoitotyön kirjaamisen asiantuntijaryhmän jäsen esitteli sähköistä hoidon kirjaamista ja hoitotyön yhteenvedoa toisessa HUS:n yksikössä. Koulutuksen inspiroimina opiskelijat rakensivat asian havainnollistamiseksi julisteen. Siinä esiteltiin moniammatillisen otsikkorakenteen ja FinCC:n mukaisen otsikkorakenteen välisiä yhtäläisyyksiä. (Kuvio 6) Julisteen lisäksi suunnitelmavaiheessa käytiin läpi teoriapohjan käsittelyä opinnäytetyössä sekä opponoitiin toisen osaston työryhmän vastaavasta aiheesta tekemää työtä.



Kuvio 6: Miranda hoitotyön prosessissa

Osaston henkilökunta oli sopinut opiskelijoiden kanssa osastotunnin helmikuulle. Siellä käsiteltiin hoitotyön yhteenvedon rakennetta. Rakenne noudattaa Mirandan HUS:n moniammatillisen otsikkorakenteen hoitotyön yhteenvedon pohjaa. Opiskelijat tekivät hoitotyön yhteenvedosta mallin. Mallia kehitettiin yhdessä työryhmän jäsenten kanssa sähköpostitse keskustelemalla.

Huhtikuussa järjestettiin Lohjan sairaalan auditoriossa tilaisuus, jossa osastot saivat esitellä kehitystyönsä tuloksia ja kertoa, miten uusia toimintatapoja ja malleja oli otettu käyttöön. Jokaisesta työryhmästä oli paikalla sekä opiskelijoita että osastojen henkilökuntaa. Merkillepantavaa oli, että kaikki opinnäytetyöt olivat aikataulussa ja kehitystoimintaa oli tapahtunut runsaasti.

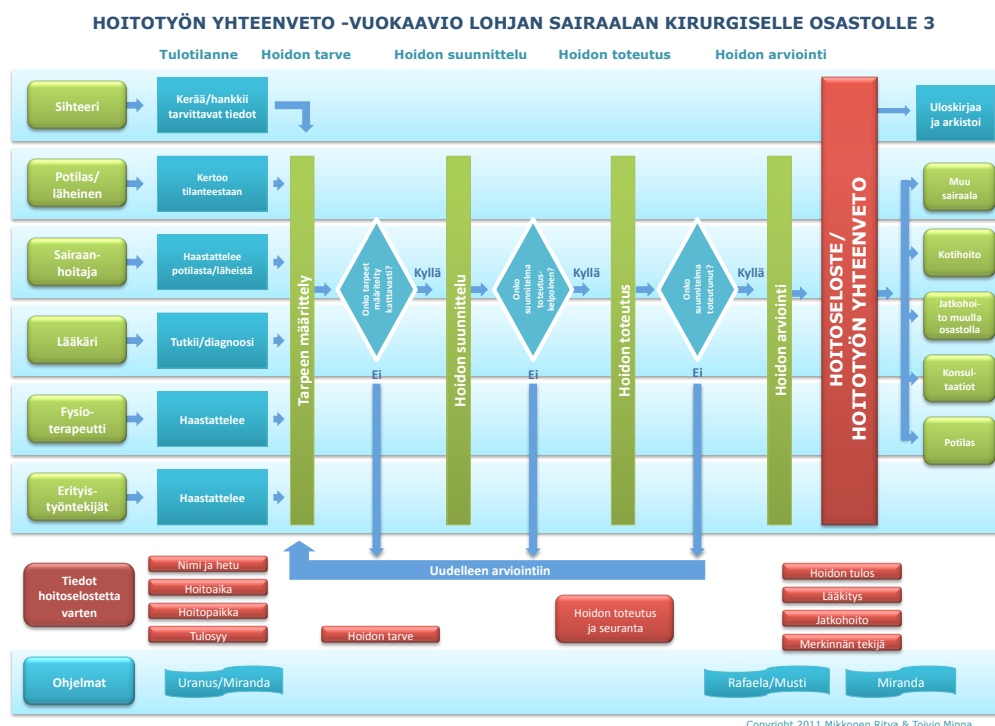
Kirurgisen osaston apulaisosastonhoitaja kertoi prosessin vaikuttaneen osaston toimintaan monilla eri tavoin. Oppiminen kollegalta oli vahvistunut, koska yhteinen projekti rohkaisi keskusteluun ja tiedon jakamiseen. Kirjaaminen oli tiivistynyt ja muuttunut potilaslähtöisemmäksi. Hoitotyön yhteenvedoon tietoja kootaan jo etukäteen ja näin omahoitajuus sekä potilaslähtöisyys korostuu entisestään potilaan kokonaisuhoiossa. Hieman osastolla oli jouduttu pohtimaan lähihoitajien asemaa, koska he eivät osallistu Miranda-koulutuksiin. Lähihoitajat eivät myöskään varsinaisesti osallistu hoitotyön yhteenvedon täyttämiseen, vaikka tuovatkin tietoa potilaan voinnista sairaanhoitajille.

Opiskelijat järjestivät vielä osastotunnin, jossa käytiin läpi vuokaaviota, juurruttamisprosessia ja hoitotyön yhteenvedoa. Opiskelijat painottivat henkilökunnalle sitä, kuinka tärkeää on ollut osallistua merkittävään projektiin. Kehitysprosessia yritettiin valottaa uuden kaavion avulla. Vuokaaviossa havaittiin vielä tässä vaiheessa parannettavaa. Osastotunnilla muistutettiin vielä arviointikyselyyn osallistumisen tärkeydestä.

6 Tuotos

6.1 Vuokaavio uudesta menettelytavasta

Hoitoselosteesta alettiin tässä vaiheessa käyttää nimeä hoitotyön yhteenvedo. Hoitotyön yhteenvedoon tulevien tietojen keräämisestä tehtiin opinnäytetyöpajassa vuokaavio. Kaaviossa kuvataan potilas ja muut henkilöt, joilta tietoa missäkin vaiheessa saadaan, miten hoitoprosessi etenee ja miten hoitotyön yhteenvedo muodostuu. (Kuvio 7)



Kuvio 7: Vuokaavio uudesta toimintatavasta

Lohjan sairaalan kirurgisen osaston 3 potilaan tietojen keruun ja kansioiden hankkimisen arkistosta suorittaa sihteeri tai sairaanhoitaja riippuen työajasta. Potilaita tulee osastolle myös yöaikaan, jolloin sairaanhoitajan huolehtii riittävien potilastietojen hankkimisesta. Potilaan tulotilanteessa sairaanhoitaja tai perushoitaja haastattelee potilasta ja kirjaa tiedot. Tarvittaessa lisätietoja saa myös potilaan läheiseltä tai muulta hoitohenkilökunnalta. Lääkäri tutkii ja tekee diagnoosin potilaasta. Kirjaaminen on hyvin moniammatillista: fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja tai toimintaterapeutti voi myös haastatella potilasta. Alkutilanteessa hoitotyön yhteenvetoon on saatu potilaan nimi, henkilöllisyystunnus, hoitoaika, hoitopaikka ja tulosy, jotka kirjataan Mirandaan.

Alkutietojen analysoinnin jälkeen muodostetaan potilaan hoidon tarve. Hoidon tarvetta arvioidessa mietitään millaisia hoitotyön toimintoja diagnoosi ja potilaan tilanne aiheuttaa sekä miten ne priorisoidaan. Tämäkin vaihe on moniammatillinen. On hyvä myös huomioida potilaan ja läheisten voimavarat ja aikaisemmat kokemukset. Potilaan hoidolle laitetaan myös realistiset tavoitteet ja odotetut tulokset, joiden etenemistä voi jatkuvasti arvioida. Kun nämä on määritetty, siirrytään potilaan hoidon suunnitteluun.

Hoidon suunnittelu tehdään moniammatillisesti yhdessä potilaan kanssa huomioiden hänen yksilölliset tarpeensa. Suunnitelman huolellinen tekeminen helpottaa paljon päivittäistä kirjaamista. Potilaalle voi tulla uusia hoitotarpeita koko hoitosuhteen ajan. Tarvittaessa arvioi-

daan aina uudelleen tarpeet, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon. Tarpeet merkitään hoitotyön yhteenvedoon.

Hoidon toteutusvaiheessa kuvataan hoidon suunnittelu ja ne toiminnot, joilla moniammatillisesti pyritään hoidon tavoitteisiin. Tässä kuvataan tarkasti potilaan vointi ja mitä hoitotoimintoja on tehty. Hoitotyön yhteenvedossa tämä kohta on hoidon toteutus ja seuranta.

Hoidon toteutusvaiheen jälkeen seuraa hoidon arviointi. Se on myös moniammatillisesti arvioitava kohta. Tässä tarkastetaan, onko päästy suunniteltuihin tavoitteisiin, miten potilaan tila on muuttunut, potilaan kokemukset ja voimavarat sekä onko tullut uusia tarpeita. Hoitoisuuden arvioinnissa käytetään Rafaela- ja Musti- ohjelmia. Hoitoisuutta ei merkitä hoitotyön yhteenvedoon. Mirandaan kirjataan hoidon tulos, lääkitys, jatkohoito ja merkinnän tekijän tiedot. Hoitotyön yhteenvedo on muodostunut potilaan ydintiedoista, jotka ovat olleet hoitojakson kannalta tärkeitä. Näitä tietoja voidaan hyödyntää jatkohoitopaikoissa, kotihoidossa, toisella osastolla, tai näistä voidaan myös konsultoida. Potilas voi myös saada itse kopion hoitotyön yhteenvedosta. Sihteerin uloskirjaa potilaan osastolta ja näin hoitojakso on päättynyt kirurgisella osastolla.

6.2 Hoitotyön yhteenvedon malli

Maaliskuussa toteutuivat ensimmäiset Miranda-koulutukset osaston henkilökunnalle. Myös opiskelijat saivat mahdollisuuden osallistua koulutustilaisuuteen. Henki koulutustilaisuudessa oli myönteinen ja henkilökunta oli innostunut ottamaan hoitotyön yhteenvedo heti käyttöön. Hoitotyön yhteenvedon muokkautui vielä koulutuksen jälkeen, koska Mirandan otsikkorakenne vaati sitä. Hoitotyön yhteenvedon mallista tehtiin toimivan näköinen värituloste, joka jaettiin työpisteiden viereen. Lisäksi malli lähetettiin jokaiselle työntekijälle henkilökohtaisesti sähköpostitse.

HOITOSELOSTE/HOITOTYÖN YHTEENVETO

| | |
|-----------------------------|--|
| POTILAAN NIMI/HETU | <ul style="list-style-type: none"> Maija Mallinen 101060-010Y |
| HOITOAIKA | <ul style="list-style-type: none"> potilaan hoitoaika osastolla |
| HOITOPAIKKA | <ul style="list-style-type: none"> 3A tai 3B |
| TULOSYY | <ul style="list-style-type: none"> potilaan tila, vastaanottavan paikan lähtötilanne |
| HOIDON TARVE | <ul style="list-style-type: none"> toimintakykyyn vaikuttavat tekijät; avun tarve, kuvaus haavasta elintoiminnot; kommunikointikyky, aistitoiminnot (kipu), verenkierto, hengittäminen, lämpötila, ravinto, erittäminen potilaan tämänhetkinen fyysinen ja psyykinen vointi; henkilökohtainen hygienia, liikkuminen/varaaminen & apuvälineet, uni & lepo, turvallisuus, minäkuva (kulttuuri & perinteet) kirjoita tähän vain hoidon tarpeista |
| HOIDON TOTEUTUS JA SEURANTA | <ul style="list-style-type: none"> kirjoita tähän, kuinka hoito toteutetaan edellä mainittujen tarpeiden kohdalla, esimerkiksi kivun- tai haavanhoito-ohjeet |
| HOIDON TULOS | <ul style="list-style-type: none"> potilaan ja/tai läheisen näkemys hoidosta, ammattihenkilön arvio hoidosta; potilaan tilanne poistumishetkellä verrattuna tulotilanteeseen |
| JATKOHOITO | <ul style="list-style-type: none"> jatkohoidon järjestäminen; sosiaalinen tukiverkko (omaiset), kuljetus todistukset ja lausunnot jälkitarkastukset; tikkien poisto, kontrollit, laboratoriokokeet |
| LÄÄKITYS | <ul style="list-style-type: none"> lääkkeet ja toteutus siirtopäivänä esim. Tazocin 4 g x 3 iv / NaCl 100 mg klo 9-17-01, saanut klo 9 Primaspan 100 mg x 3 klo 7-12-16, saanut klo 7, 12 |
| MERKINNÄN TEKIJÄ | <ul style="list-style-type: none"> hoitajan nimi, titteli sairaala ja osasto, osoite, puhelinnumero |

Ritva Mikkonen & Minna Toivio 2011

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN



Kuvio 8: Hoitotyön yhteenvedon malli

Hoitotyön yhteenvedon mallissa käytettiin samaa graafista ilmettä kuin muissakin projektin aikana tehdyissä esityksissä. Perusajatuksena on, että uutta mallia voisi esitellä vaikkapa osaston yleisissä tilaisuuksissa tai koulutuksissa. Koska malli näyttää hyvältä, sitä on miellyttävä esitellä ja näin oma positiivinen mielikuva hoitotyön yhteenvedon tekemisestä vahvistuu. Rakenteisen kirjaamisen logo on vahvasti esillä hoitotyön yhteenvedon mallin alaosassa. Sama logo näkyy tekstiosuuden takana vesileimana. Otsikoiden selkeyttä korostettiin vihreällä ja näin toivottiin, että ne löytyisivät Mirandasta helpommin. Otsikoiden alle laitettavaa tekstiä pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman käytännönläheisesti. Auttavilla teksteillä pyrittiin potilaslähtöisen ajattelutavan kehittämiseen vielä paremmalle tasolle kuin mitä se nykyisin osastolla on.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

Arvioinnilla tarkoitetaan jonkin kohteen ansion, merkityksen tai arvon määrittelyä. Arvioinnin kohdetta voidaan tarkastella suhteessa tiettyyn arviointikriteeriin. Arviointikriteerien ja arvioinnissa käytettävien mittareiden muodostaminen ovat arvioinnissa keskeisiä tekijöitä samoin kuin itse mittaaminen ja tietoon perustuva arvio. Arvioinnin kriteereinä voivat olla esimerkiksi ne vaikutukset, joita toiminnalla tai palvelulla tavoitellaan. (Stakes 2001, 19-20.)

Julkisen hallinnon systeemimalliajattelua voidaan käyttää lähtökohtana silloin, kun arviointi liittyy julkisesti rahoitettuun toimintaan. Systeemimallin osia ovat panokset, muuntomekanismi ja tuotokset. Panoksilla voidaan tarkoittaa esimerkiksi osaamisen kanavointia, ohjeistuksia tai asiakasmielipiteitä. Muuntomekanismeilla käsitetään panosten kääntäminen konkreettisiksi toimenpiteiksi. Niitä voivat olla esimerkiksi yhteiskuntapolitiikka tai yksittäiset hankkeet. Tuotoksilla tarkoitetaan sitä, mitä muuntomekanismilla saadaan aikaan. (Virtanen 2007, 17-18.)

Arviointi liitetään kaikkiin systeemimallin osiin. Jos arviointi kohdistetaan panoksiin, sillä tarkoitetaan muuntomekanismin toimintaedellytyksiä. Jos taas arviointi kohdistetaan muuntomekanismiin, ollaan kiinnostuneita käytännön toiminnan toteuttamisesta ja sisällöstä, kuten strategialähtöisyydestä, kumppanuuksista tai toimintaprosesseista. Tuotosten arvioinnissa etsitään muuntomekanismin toteuttamisen vaikutuksia. (Virtanen 2007, 18-19.)

7.1 Arviointiprosessi

Arviointiprosessi voidaan ajatella seitsenportaiseksi toimintojen sarjaksi. Prosessi aloitetaan arvioinnin tarpeen kartoittamisella ja arviointitehtävän muotoilemisella. Sitten valitaan arviointikäsitteet ja -kriteerit. Seuraavaksi arvioinnin työvaiheet suunnitellaan ja käynnistetään, sitten arviointiaineisto kerätään ja analysoidaan. Loppuvaiheisiin kuuluvat arvioinnin raportointi ja arviointitiedon hyödyntäminen. (Virtanen 2007, 143.)

Lohjan sairaanhoitoalueen johtamisen arvioinnin näkökulmina ovat toimintaprosessit, oppiminen ja kasvu sekä potilas. Laurea Lohjan tarve on arvioida juurruttamisen menetelmän toivuutta ja hyötyä. Osaston arvioinnin tarve on saada tietoa yhteistyössä toteutetun kehittämisprosessin ja esimiehen johtaman muutosprosessin toimivuudesta. Myös potilaan saamaa hyötyä haluttiin arvioida. Opiskelijoiden kannalta opinnäytetyön yhteydessä tapahtuva arviointi mahdollistaa ammatillisen kasvun ja kehittymisen. (Ora-Hyytiäinen 2011.)

Terveystieteiden käytännön toimintaa täytyy arvioida, koska kehittämistyötä tehdään paljon ja siihen käytetään työaikaa ja panoksia. Prosessin jälkeen tapahtuvan arvioinnin tarkoituksena on osoittaa tuloksia, arvioida saavutettua hyötyä, oppia tekemisestä ja kerryttää kehittämisaamasta organisaatioon, yksikköön sekä yksilöille. Arvioinnin yksi tavoite on näyttää, mitä tehdään ja saadaan aikaan eli tiedotusnäkökulman hyödyntäminen. Aineistonkeruussa käytettiin kyselylomaketta ja arvioinnin menetelmänä määrällistä menetelmää. Itse AMK-opinnäytetyö raporttina taas on laadullinen. (Ora-Hyytiäinen 2011.)

Kyselylomake haluttiin jakaa kysymysalueisiin, jotka on muodostettu organisaation ja työyhteisön johtamisen näkökulmasta, kehittämisprosessin näkökulmasta ja vastaajan näkökulmasta. Kyselylomakkeessa on ensin kysytty vastaajan taustatiedot (olennaisia kyselyyn liittyen) ja osaaminen. Sitten arvioitiin kehittämis- ja juurruttamisprosesseja. Sen jälkeen kehittämissankkeen hyötyä arvioitiin prosessien ja asiakkaan näkökulma huomioiden. Lopuksi on vapaan sanan osuus ja kiitos. Kyselyyn oli aikaa vastata neljän viikon ajan. Tavoitteena oli saada vastausprosentiksi sata ohjeistamalla osastonhoitajat kannustamaan henkilökuntaa vastaamaan. (Ora-Hyytiäinen 2011.)

Yksikkökohtaiset aineistot tuotettiin excel-muodossa opinnäytetyön raporttia varten. Aineisto muodostettiin tuloksiksi ja raportoitiin ohjeiden mukaan sanallisena tai taulukkona ja graafisina elementteinä. Aineisto tullaan vielä käsittelemään laadullisen tutkimuksen keinoin syksyllä 2011. Silloin aineisto analysoidaan ja tulokset johtopäätöksineen raportoidaan englanninkielisenä artikkelina Pohjoismaiseen kasvatustieteen verkostoon, Nera-verkkoon. (Ora-Hyytiäinen 2011.)

Kun ajatellaan kokonaisuuden tai tuotoksen arviointia huomataan, että sitä voidaan tehdä jatkuvasti toiminnan rinnalla. Ennen projektia arvioidaan tarvetta ja sitä, kuinka tarve voidaan toteuttaa tai siihen päästä. Tätä kutsutaan ennakoivaksi arvioinniksi. Kun itse toimintaa arvioidaan, kutsutaan tätä prosessiarvioinniksi. Kun arvioidaan toteutuneiden toimintojen jälkeen, on kysymys todentavasta arvioinnista. (Anttila 2009, 47.)

Realistinen evaluaatio analysoi omia prosessejaan sekä näiden toimintaa ja vaikutusta menetelmällisellä strategiallaan. Näin se voi kehittää omaa käytännön sisältöään. Näiden aineistojen kokoamisella saadaan näyttöä, tavoitteita ja asioita, jotka pystyvät parantamaan ohjelman sisältöä. LbD-toiminnassa (Learning by Developing) realistinen evaluaatio auttaa itsearvioinnissa sekä yhteisöllisessä ja vuorovaikutteisessa arvioinnissa, jolloin erilaiset näkökulmat tuovat henkilökohtaista, yksilöllistä ja kollektiivista oppimista. (Anttila 2009, 49-55.)

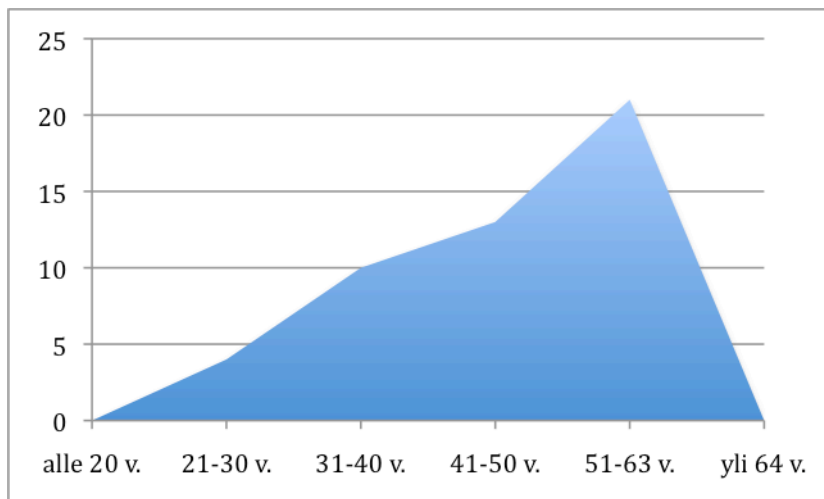
7.1 Kyselyn toteutus

Arviointikysely lähetettiin 50:lle kirurgisen osaston työntekijälle sähköpostitse. Ryhmään kuului paitsi sairaanhoitajia myös perushoitajia ja osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitajat. Kysymyksiä oli yhteensä 23 kappaletta. Niistä viisi ensimmäistä kartoittivat vastaajan taustatietoja. Seuraavat viisi kysymystä koskivat osaamisen lisääntymistä, oppimista ja kasvua. Niissä vastausvaihtoehtoina olivat 0=en osaa sanoa, 1=ei lainkaan, 2=jonkin verran, 3=paljon ja 4=erittäin paljon. Sen jälkeen tuli seitsemän kysymystä juurruttamisesta ja kehittämisprosesista. Niissä vastausvaihtoehtoina olivat 0=en osaa sanoa, 1=heikosti, 2=tyydyttävästi, 3=hyvin ja 4=erittäin hyvin. Sitten kysyttiin seitsemän kysymyksen verran kehittämishankkeen tuottamaa hyötyä hoitoprosessille. Niissä vastausvaihtoehtoina olivat jälleen 0=en osaa sanoa, 1=ei lainkaan, 2=jonkin verran, 3=paljon ja 4=erittäin paljon. Sen jälkeen oli kolme kyllä/ei kysymystä kehittämishankkeesta ja vielä yksi kysymys oli kehittämishankkeen hyödyistä asiakkaalle, johon sai vastata vapaasti. Lopuksi oli vielä vapaan sanan osuus.

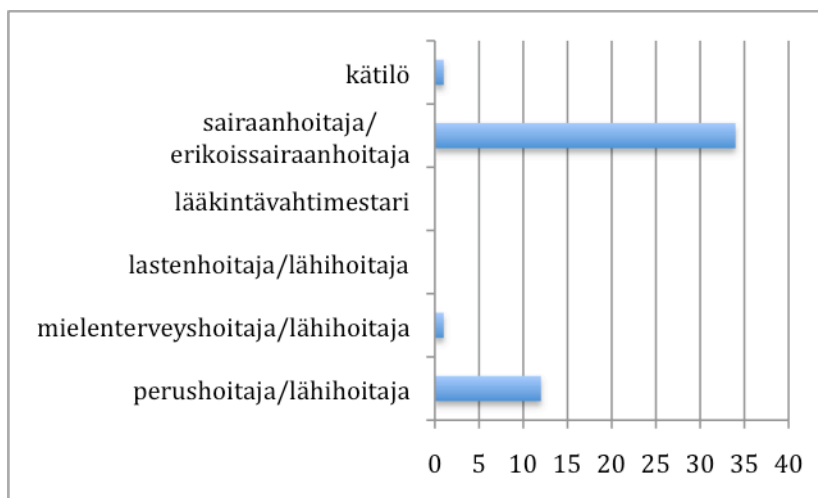
Arviointikyselyyn vastaaminen yritettiin tehdä henkilökunnalle helpoksi ja siihen varattiin aikaa ja mahdollisuus heti Miranda-koulutuksen jälkeen. Osastonhoitaja kannusti lisäksi kaikkia vastaamaan.

7.2 Arvioinnin tulokset

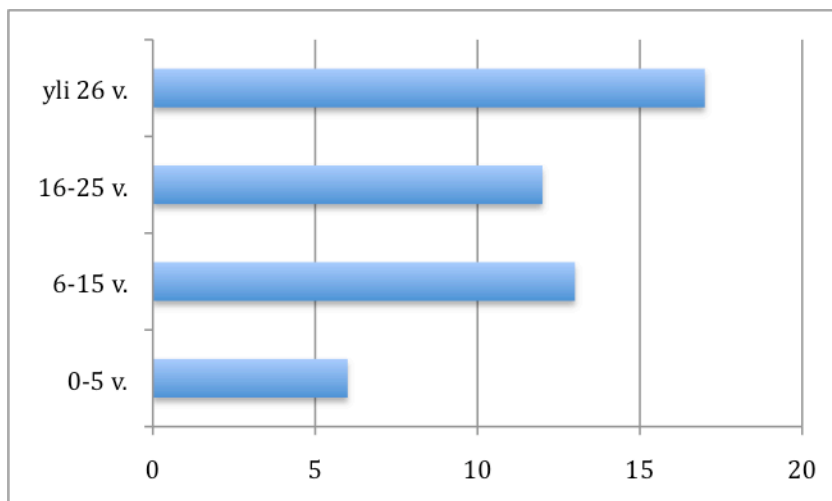
Arviointikyselyyn vastasi 48 henkilöä. Vastausprosentiksi saatiin 96. Vastaajien taustatiedoista teimme asiaa havainnollistavat kuviot.



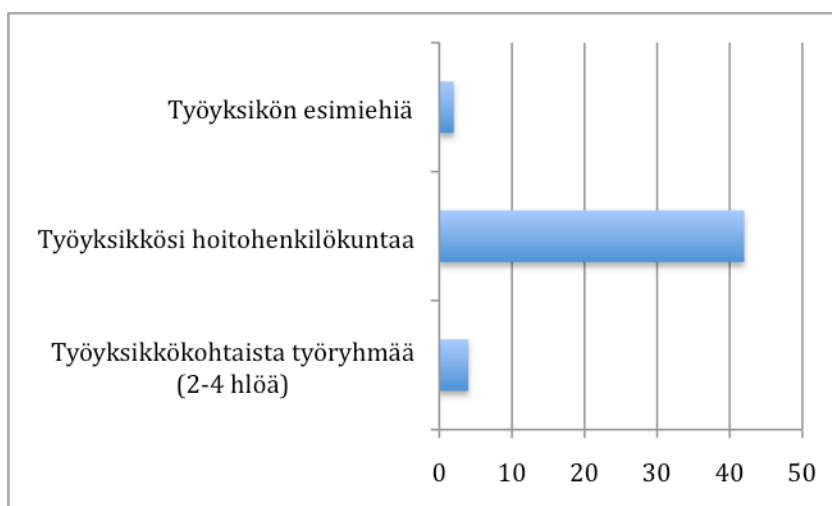
Kaavio 1: Vastaajien ikäjakauma



Kaavio 2: Vastaajien koulutustausta



Kaavio 3: Työkokemus



Kaavio 4: Rooli kirjaamisen hankkeessa

Kysymykset 6-9 koskivat osaamisen lisääntymistä.

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

| | 0=en osaa sanoa | 1=ei lainkaan | 2=jonkin verran | 3=paljon | 4=erittäin paljon |
|------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|----------|-------------------|
| kysymys 6, oppiminen | 3 | 2 | 29 | 10 | 4 |
| kysymys 7, osaaminen | 2 | 1 | 30 | 13 | 2 |
| kysymys 8, käytännön kokemus | 5 | 1 | 15 | 20 | 7 |
| kysymys 9, tutkimustieto | 5 | 4 | 21 | 14 | 4 |

Taulukko 1: Kysymykset 6-9, osaamisen lisääntyminen.

Kyselyn perusteella oppimista oli tapahtunut (60,4%) ja työyksikön henkilökunnan osaaminen oli kasvanut jonkin verran (62,5%). Vain kaksi olivat sitä mieltä, että oppimista ei ollut tapahtunut lainkaan. Käytännön kokemuksen katsottiin vaikuttavan paljon (41,6%) kirjaamisen toimintatavan muodostamiseen. Tutkimustiedon hakeminen vaikutti taas jonkin verran (43,8%).

Perusteluita kysymyksiin 6-9 kyseltäessä henkilökunta oli sitä mieltä, että kentälle ei ole oikein vielä tuotu tietoa rivitekijöille. Käytännössä he eivät ole harjoitelleet, teoretietoa oli saatu pääosin. Toteutusta saisi olla enemmän, ettei opittu unohdu. Osastotunneille ei ole välttämättä osallistuttu ja koulutustilaisuudetkin olivat uusia. Vuorotyön takia osallistuminen keskusteluun ei ole aina ollut mahdollista. Lisäksi mietittiin, että sähköinen kirjaaminen on tulossa viimeistään ensi vuonna ja siksi henkilökunta haluaa jo hieman ennakkoon kokeilla sähköistä kirjaamista.

Kysymykset 10-15 koskivat kehittämis- ja juurruttamisprosessia

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?

| | 0=en osaa sanoa | 1=heikosti | 2=tydyttävästi | 3=hyvin | 4=erittäin hyvin |
|--------------------------------|-----------------|------------|----------------|---------|------------------|
| kysymys 10, kehittämisprosessi | 5 | 4 | 18 | 18 | 3 |
| kysymys 11, työ & prosessi | 4 | 8 | 20 | 14 | 2 |
| kysymys 12, esimiehet | 4 | 4 | 10 | 25 | 5 |
| kysymys 13, ylihoitajat | 11 | 5 | 8 | 20 | 4 |
| kysymys 14, osallistuminen | 5 | 1 | 11 | 25 | 6 |
| kysymys 15, edistäminen | 13 | 1 | 3 | 26 | 5 |

Taulukko 2: Kysymykset 10-15, kehittämis- ja juurruttamisprosessi

Kehittämisprosessin katsotaan sujuneen henkilökohtaisella tasolla tyydyttävästi (37,5%) tai hyvin (37,5%). Päivittäisen työn ja kehittämisprosessin yhteensovittaminen on suurelta osalta sujunut hyvin (41%). Esimiehen rooliin ollaan oltu suhteellisen tyytyväisiä, samoin ylihoitajan rooliin. Ylihoitajan roolista on kuitenkin osalla ollut epäselvyyttä (22,9%). Hoitohenkilökunnan katsottiin selviytyneen kehittämisprosessista hyvin (52%). Työyksikön työryhmä on edistänyt prosessia hyvin 54%:n mielestä, mutta 27% vastaajista ei osannut sanoa, mikä työryhmän rooli oli.

Perusteluissa kommentteja tuli niukalti. Niissä katsottiin mm. että kehittämisprosessi on sisäänajovaiheessa ja suurimmalle osalle hoitohenkilökunnasta vielä tuntematonta, mutta että käytännön toteutus opettaa ja työntekijät ohjaavat toisiaan. Kehitystyö koettiin pioneerityöksi ja positiiviseksi valistamiseksi. Käytäntöä myös kaipailtiin koulutuksen jälkeen. Jonkin vastaajan mukaan osastolla informoidaan ja kehittämisprosessi on ollut henkilökunnan kahvihuooneessakin hyvin esillä.

Kysymykset 16-21 käsittelevät kehityshankkeen tuottamaa hyötyä prosessille.

16. Miten arvioit kehittämissankkeen lisännen työyksikössäsi kiinnostusta hoitotyön kehittämiseen?

17. Miten arvioit kehittämissankkeen lisännen työyksikössäsi keskustelua kirjaamisen tavoitaksi?

18. Miten arvioit kehittämissankkeen synnyttäneen uusia ideoita hoitotyön kehittämiseksi?

| | 0=en osaa sanoa | 1=ei lainkaan | 2=jonkin verran | 3=paljon | 4=erittäin paljon |
|--------------------------|-----------------|---------------|-----------------|----------|-------------------|
| kysymys 16, kehittäminen | 3 | 1 | 25 | 14 | 5 |
| kysymys 17, keskustelu | 2 | 0 | 22 | 16 | 8 |
| kysymys 18, ideat | 5 | 2 | 23 | 15 | 3 |

Taulukko 3: Kysymykset 16-18, kehityshankkeen tuottama hyöty

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?

| | 1=kyllä | 2=ei |
|-------------------------|---------|------|
| kysymys 19, uusi tapa | 38 | 10 |
| kysymys 20, suunnittelu | 45 | 3 |
| kysymys 21, käyttö | 46 | 2 |

Taulukko 4: Kysymykset 19-20, kehityshankkeen tuottama hyöty

Hoitotyön kehittäminen on kyselyn mukaan lisääntynyt hankkeen aikana. Kirjaamistavoista keskusteleminen työyksikössä on lisääntynyt oleellisesti. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet olivat sitä mieltä. Samoin hanke on lisännyt ideointia hoitotyön kehittämiseksi. Uusi kirjaamisen tapa oli otettu käyttöön 79%:n mielestä. Kirjaamisen käyttöönottoa oli suunniteltu useimpien mielestä, samoin lähes kaikki uskoivat, että uusi kirjaamisen tapa otetaan todellakin käyttöön.

Kommenteissa oltiin sitä mieltä, että osastolla on ollut liian kiire niin, että olisi ehtinyt kehitystyöhön mukaan. Sähköisen kirjaamisen katsottiin olleen kuitenkin esillä. Erään vastaajan mukaan kehittämisohjelma on ollut päivittäin näkyvää ja käytössä. Oltiin myös sitä mieltä, että yhdessä on keskusteltu asioista ja kehitetty asiaa. Kirjaamiskoulutuksen toteutumista tulevaisuudessa pohdittiin. Kehittämiskohdetta pidettiin onnistuneena hankkeena, koska hoitotyön yhteenvedon sähköinen kirjaaminen hoi-lehdelle toteutui. Ilahduttavasti myös eräs vastaaja kertoi juuri kyselypäivänä tehneensä ensimmäisen hoitotyön yhteenvetonsa uutta menetelmää käyttäen.

Kyselyn viimeisessä kysymyksessä tuli esiin asiakasnäkökanta. Siihen vastattiin vapaasti.

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

Uuden kirjaamisen tavan katsottiin lisäävän potilaan hoidon jatkuvuutta, potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä jatkohoitoon toiseen hoitolaitokseen, potilaan potilaskeskeisyyttä ja potilaan hoidon suunnittelun yksilöllisyyttä jatkohoitopaikassa sekä parantavan tiedonkulkua eri organisaatioiden välillä. Tieto katsottiin tulevan moniammatillisesti käyttöön. Osastolla uusi tapa helpottaa sairaanhoitajan läheteen laadintaa, kun lähete laaditaan hoi-lehdelle Mirandaan ja se voidaan tallentaa ja sitä voidaan jatkaa potilaan hoidon aikana. Erään vastaajan mielestä uudella toimintatavalla turvataan, että kaikki tarpeellinen tieto tulee kirjattua. Myös tiedot potilaan hoidosta ovat paremmin ajan tasalla. Hoitotyön yhteenvedo on lyhyt sekä ytimekäs ja siinä tulee pääasiat selkeästi esille. Potilaan tiedot kulkevat oikein yksiköstä toiseen ja ovat helposti nähtävillä. Uusi tapa yhdenmukaistaa kirjaamista. Selkeämpi ja jäsenelty kirjaaminen on informatiivisempi, jolloin se myös antaa enemmän lukijalle ja siihen on helpompi keskittyä. Teksti on selkeää ja ei tule käsialasta johtuvia virheitä.

Lopuksi oli vielä vapaan palautteen vuoro.

23. Muuta palautetta, jota haluat antaa.

Tämä osaston hoitohenkilökunnan toiveista lähtenyt kehittämiskohde antaa henkilökunnalle mahdollisuuden kirjata Miranda-hoitokertomukseen ennen sen virallista käyttöönottoa, jolloin hoitokertomuksen käyttäminen tulee tutummaksi ja kynnys siirtyä hoitokertomuksen käyttäjäksi ensi vuonna alenee. Jokaisella on aikaa harjoitella ja parantaa omia tietoteknisiä valmiuksiaan, mikäli huomaa niissä olevan puutteita. Hoitotyön yhteenvedon rakenteisuus auttaa hoitajia myös miettimään kirjaamisen rakenteisuutta, joten jatkossa rakenteinen kirjaaminen Miranda-hoitokertomukseen tulee olemaan helpompaa. Uuden tavan myötä hoitohenkilökunta tuntee kirjattavia otsikoita ja on jo joutunut reflektoimaan oman kirjaamisensa sisältöä. Uuden asian oppimiseen ja harjoitteluun osastolla tarvitaan enemmän ohjausta ja aikaa perehtyä siihen. Erään vastaajan mielestä oli hienoa, että osaston perushoitajat pääsivät

myös koulutukseen. Asia tulee tutummaksi näin koko henkilökunnalle. Myös negatiivista palautetta tuli. Hoitotyön yhteenvedon tekemistä pidettiin hitaana ja tavan omaksumiseen katsottiin menevän aikaa. Toivottiin, että yhteenvedoja olisi sattunut kohdalle juuri koulutuksen jälkeen, niin että asiat olisivat olleet tuoreina mielessä. Eräs vastaajista ei ollut tietoinen hankkeesta eikä ollut osallistunut osastotunneille.

Osastotunti palautteen arvioinnista järjestettiin syksyllä 2011. Osastotunnilla käytiin koko henkilökunnan kanssa läpi kehittämishankkeen palautetta. Kehityshanke oli hoitohenkilökunnan toiveesta lähtenyt. Kyselyihin vastasivat lähes kaikki. Osastolla oli kehittävä ote palautteenantoon ja kommentit sisälsivät rakentavia ehdotuksia. Kyselyn joissakin vastauksissa oli paljon hajontaa, mikä voi johtua osaltaan siitä, että vain työryhmä sai aktiivisesti tietoa eivätkä yksittäiset hoitajat olleet aiheesta kiinnostuneita. Osastotunnin keskusteluissa tuli esille, että kyselyn ajankohta tuli ehkä liian nopeasti siihen nähden, että monella oli koulutus kesken ja osa oli lähdössä kesälomalle. Osastolla oli myös kyselyn aikaan paljon potilaita. Tämän lisäksi vuorotyö aiheutti ongelmia yhteisiin palavereihin pääsemiselle.

Hoitotyön yhteenvedosta toivottiin valmista pohjaa, johon voisi täydentää tietoja. Nyt jokainen kirjoittaa myös otsikot itse. Toisaalta otsikoita miettimällä ja kirjoittamalla hoitajat oppivat kirjaamaan hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Osastotunnilla pohdittiin, millaisia vastauksia saataisiin tällä hetkellä, kun hoitajilla on hoitoyhteenvedo käytössä. Todettiin, että tulokset olisivat erilaiset, koska kokemusta ja tietotaitoa on tullut lisää. Kirurgisen osaston oma kirjaamisen kehittämishanke oli herättänyt myös muilla osastoilla kiinnostusta. Jotta kirjaamisen kehittämishanketta voisi hyödyntää paremmin koko Lohjan sairaalassa, kootaan jokaisesta sairaalan alueella tehdyistä hankkeista koosteet. Näistä koosteista tehdään jokaiselle osastolle työkalut hoitajien tueksi sähköiseen kirjaamiseen. Kehittämishankkeet jatkuvat osastolla asiakaslähtöisellä kirjaamisella, johon haastatteluja tekevät lokakuussa 2011 Laurean liiketalouden opiskelijat. Lisäksi Arcadan opiskelijoilla on suunnitteilla projekti suomen- ja ruotsinkielisestä kirjaamisesta.

8 Johtopäätökset

8.1 Kirjaamisen näkymiä HUS:ssa

Hoitotyön prosessiajattelumalli ja kirjaamisen systemaattisuuden oivaltaminen helpottavat terveydenhuollon henkilöstön kirjaamista myös tulevaisuudessa oli potilastietojärjestelmä mikä tahansa. Henkilökunta elää jatkuvassa muutoksessa ja joutuu toimimaan monien eri järjestelmien ja ohjelmien kanssa ennen kuin ehkä löytyy koko Suomen kattava, toimiva, kehitettävä ja hyvin palveleva järjestelmä.

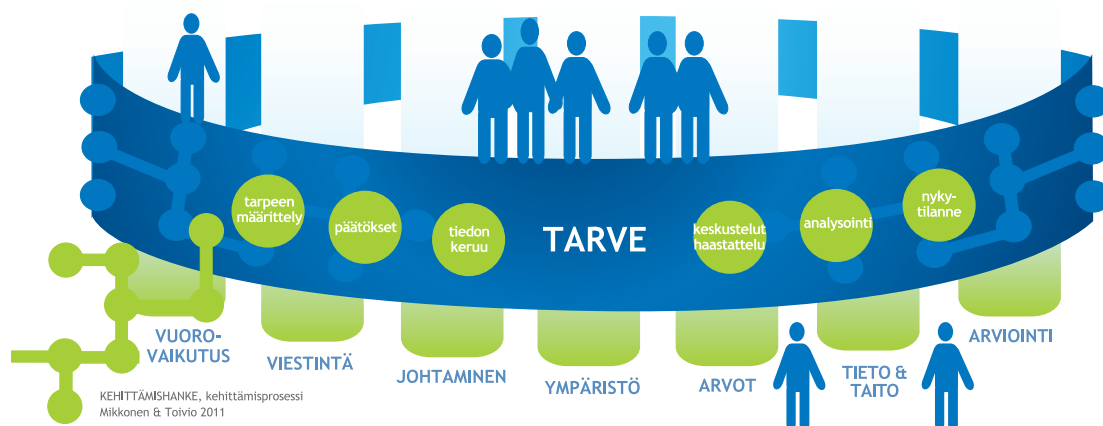
Kirjaamishankkeen loppuseminaarissa HUS:n kehittämispäällikkö käytti puheenvuoron hoitotyön kirjaamisen näkymistä HUS:ssa. Hänen mukaansa HUS ei suunnittele tällä hetkellä hoitotyön kansallisen kirjaamismallin käyttöön siirtymistä siltä osin kuin se tarkoittaa FinCC-otsikkorakenteen käyttöönottoa. Prosessimalli on jo huomioitu HUS-otsikkorakenteessa. Hän viittasi puheenvuorossaan professori Nykäsen (2010) hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomuksen käytettävyytutkimukseen. Kirurgisen osaston henkilökunnan piirissä, kuten myös opiskelijoiden, keskustelu aiheen ympärillä on hämmentävää varsinkin, kun opinnäytetyön ja hankkeen tavoitteina oli levittää kansallista mallia.

8.2 Hoitotyön yhteenvedon mallin hyödyntäminen

Rakenteisen kirjaamisen hankkeen ajatuksena oli hyödyntää kaikkien työryhmien tuotoksia Lohjan sairaanhoitopiirin alueen sairaaloissa. Hoitotyön yhteenvedon mallista on tarkoitus saada kaikille yksiköille käytettävä työkalu, joka voisi olla esimerkiksi HUS intrassa kopioitavissa. Kehittämishanketta arvioidaan Laurea Lohjan liiketalouden opiskelijoiden tekemien haastatteluiden avulla syksyllä 2011.

8.3 Kehittämisprosessikuvaus

Työn edetessä huomattiin, että saatu tieto juurruttamisesta ja sitä kuvaavat kaaviot eivät riittä hahmottamaan prosessia. Työyhteisössä oli tarve hiljaisen tiedon julkituomiselle ja pelkkä haastattelu ja sen analysointi ei tuonut ideoita riittävästi esille. Juurruttamisen toimintamalliin tulisi esittää parannuksia. Tehtiin kaavio, johon on liitetty ajatuksia kokemuksista liike-elämässä tapahtuneista muutosprosesseista. Kummatkin opinnäytetyön tekijöistä ovat tehneet yhden työuran liike-elämän palveluksessa.



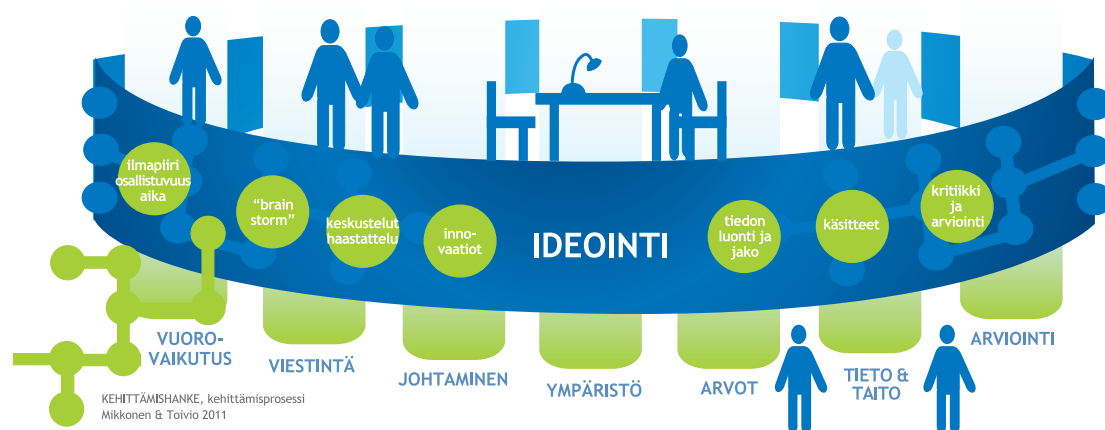
Kuvio 9: Kehittämispöytäkuvaus, tarve (mukaillen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen toi tarpeen muuttaa nykyisiä kirjaamiskäytäntöjä. Tästä ennakkoon määritellystä tarpeesta mietittiin koko kehittämistyön prosessia. Kehittämispöytäkuvauksessa kulkevat käsitteet vuorovaikutus, johtaminen, ympäristö, arvot, viestintä, tieto ja taito sekä arviointi. Jotta havaittaisiin muutoksen merkitys, täytyy ensin tunnistaa kehittämistarve, määritellä se tarkemmin ja hyväksyä se, jotta voidaan asettaa toiminnalle halutut tavoitteet ja päästä haluttuun tulokseen (Valpola 2004, 32). Projektien käynnistäminen, työryhmän organisointi ja päätösten tekeminen ovat johtamiseen liittyviä toimenpiteitä. Tarvevaiheessa on päätettävä, miten edetään, millä kokoonpanolla ja millä aikataululla. Esi- miesten rooli on tukea ja kannustaa ja huolehtia tiedotuksesta (Takanen 2005, 173). Heti al- kuvaiheessa ilmapiiri luodaan avoimeksi ja vuorovaikutukselle suopeaksi, jolloin keskustelu ja haastattelu on mahdollista. (Nonaka & Nishiguchi 2001, 13). Näin saatujen vastausten kautta mietitään niiden kautta esiin tulevia kehittämistarpeita. Näissä keskusteluissa ja haastatte- luissa kartoitetaan nykytilannetta ja saadaan ajatuksia kehittämistarpeen kohteesta. Samalla arvioidaan koko projektin tarvetta, sen laajuutta, mahdollisia resurssikysymyksiä ja käytettä- viä voimavaroja.

Kehitystarvetta määriteltäessä on huomioitava organisaatiossa työyhteisö eli ne henkilöt, jois- ta muodostetaan työryhmä kehittämisselkeille. Käsi kädessä tässä prosessissa kulkevat si- dosryhmät, jotka vaikuttavat kehittämisselkeeseen. Sidosryhmillä voi olla erilaisia toiveita tai sääntöjä, jotka voivat rajoittaa kehittämisselkettä. Erilaisia rajoitteita voivat olla mm. kult- tuurilliset, yhteiskunnalliset, organisaatiokohtaiset tai yksilötason rajoitteet. Ympäristöllä tarvevaiheessa tarkoitetaan projektien yhteiskunnallista ja kansallista ulottuvuutta. Sidos- ryhmien ja työryhmien arvoja mietitään niin työyhteisössä kuin sidosryhmissäkin. Viestinnän osuus on merkittävässä roolissa prosessin alussa (Luomala 2008, 10). Tarvevaiheessa sidos- ryhmät analysoivat kehittämisselkeeseen tarvetta. Samalla myös arvioidaan koko projektin tar- vetta ja sen laajuutta.

Ideointivaihetta kohti kuljettaessa kiinnitetään huomiota työyhteisön ilmapiiriin, josta halu- taan muodostuvaksi avoin, motivoiva ja vuorovaikutuksellinen. Tavoitteena on, että jokainen jäsen uskaltaisi kertoa oman mielipiteensä tai kokemuksensa ennakkoluulottomasti. Kun hen- kilökunta saadaan innostumaan yhteisestä projektista, nousee hiljainen tieto esiin. Ihmisten avoimuus ja ennakkoluulottomuus antaa tilaa kaikenlaisille - erikoisillekin - ajatuksille. Juuri tässä ilmapiirissä, avoimessa vuorovaikutuksellisessa tilassa, tapahtuu parhaiten tiedonjakoa ja hiljaisen tiedon esiintuloa (Nonaka ym. 2001, 14-19). Johdon vastuulla onkin järjestää näi- hin hetkiin häiriötön paikka, jossa uskalletaan puhua asioista. Näin henkilökunta saadaan in- nostumaan yhteisestä projektista (Takanen 2005, 174). Johtajan tehtävä on tukea kehittämissel-

prosessia, kuunnella henkilökuntaa herkällä korvalla ja kannustaa tarpeen määrittelyyn. Ympäristönä voisi olla esim. intranet, jossa yhteinen tiedonjakaminen antaa mahdollisuuden mielipiteiden jakamiseen ja prosessiin osallistumiseen kaikille tasapuolisesti, ajasta ja paikasta riippumatta (Nonaka ym. 2001, 14-19). Teoriatiedon etsiminen ja jakaminen onnistuu vaivattomasti intranet-ympäristössä. Kehittämisprosessin tässä vaiheessa sidosryhmien ja ympäristöjen arvot korostuvat. Henkilökunnan tiedotustilaisuuksia ja mahdollisesti sidosryhmien paja-päiviä järjestetään.



Kuvio 10: Kehittämisprosessikuvaus, ideointi (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Ideointivaiheeseen käytetään runsaasti aikaa, jolloin mahdollistetaan henkilökunnan osallistuminen ja sitoutuminen projektiin. Uutta tietoa jaetaan ja sitä myös luodaan yhteisissä ideointipalaverissa (brainstorming), jotka järjestetään sellaisissa tiloissa, joissa luominen ja hyvä vuorovaikutus häiriöttä on mahdollista.

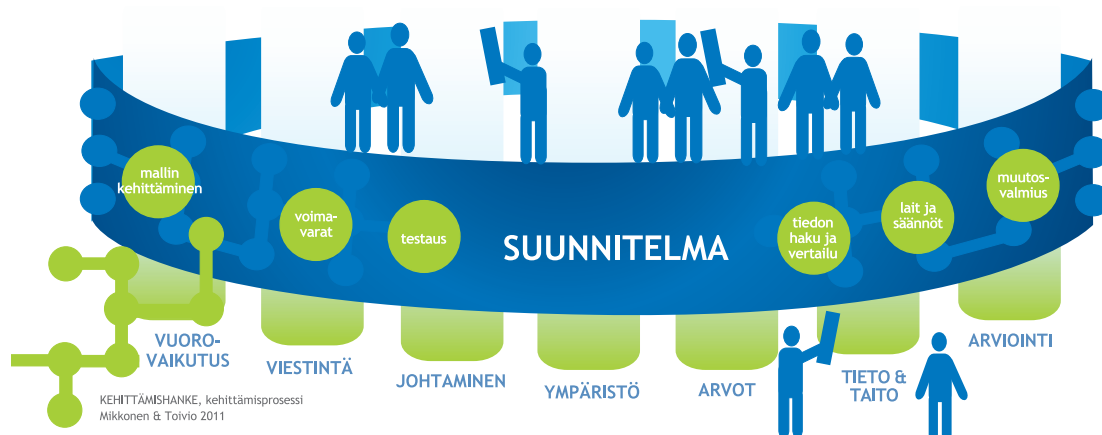
Brainstorming on yksi tunnetuimmista aivoriihen tai ideariihen menetelmistä, jonka tavoitteena on tuottaa runsaasti ideoita ja luovia ratkaisuja ennakkoluulottomasti. Aivoriihimenetelmän on kehittänyt Alex Osborn 1960-luvulla. Tässä työskentelylajissa tulevat esille luovan ajattelun monet ulottuvuudet. Menetelmän avulla ryhmä voi työstää ideoita ilman kritiikkiä ja arvostelua. Oikein käytettynä aivoriihi on miellyttävä ja hauska kokemus osallistujille ja se tuottaa uusia ja erilaisia ideoita. Brainstorming auttaa henkilöitä jakamaan ideoita ja keskustelemaan muutoksen vaiheista ja lopputuloksista (Allen 2010, 37).

Työyhteisö tekee käsittekarttoja ja tuo esille ideoita kriitikittömästi. Ideat kirjoitetaan, piirretään ja niistä tehdään ständi yhteisiin tiloihin. Näin voi syntyä jo nopeastikin uusia innovaatioita. Tässä vaiheessa tehdyt haastattelut tuottavat parhaiten hedelmää, koska on jo luotu

hyvä ja avoin yhteishenki. Työyhteisön hyvä ilmapiiri auttaa myös myöhemmissä kehittämissä hankkeissa. Hiljaisen tiedon tuleminen näkyväksi edellyttää oikeanlaisen vuorovaikutuksen, ilmapiirin ja ympäristön tilaa. Oikean ilmapiirin syntymistä estävät huonosti toimivat henkilökiemiat, väsymys, äänet, huolet ja kiire.

Idea tarkoittaa ajatusta ja se liittyy oivalluksiin, keksintöihin ja uudistuksiin. Luovuuden kohteena olevat ideat liittyvät objektiivisiin ideoihin. Luovuutta on pidetty psykologian kohteena, kun taas ideaa on pidetty filosofisena käsitteenä. Idea käsittää sisäisen ajatteluprosessin, mikä erottaa sen automaattisesta tietojenkäsittelystä. Tuotteen perusidea on kyseisen idean vähittäinen kehittäminen. Idean rinnalla kulkee iteratiivinen kehittäminen, johon on joka kierroksella tehty pieniä lisäyksiä. Idean tuotekehityksessä käytetään luonnostelua ja kehittäminen. Kierroksia voi olla useita, kunnes löytyy se malli, josta laaditaan yksityiskohtaisia suunnitelmia. Ongelmanlähtöinen ideointi on eri asia kuin keksintölähtöinen ideointi, se on yksi ideointilajeista ja liian rajoittunut. Ratkaisukeskeinen ideointi on asiakkaan rajaama ja haluama. Kun tarvitaan kykyä etsiä tietoa monelta suunnalta, puhutaan luovuudesta. Luovuus myös inhoaa tavallista ja haluaa sanoa poikkeavaa. (Reunanen 2011, 109-128.)

Ideointipalaverit ja yhteinen kehittämisprosessi tuovat esiin työyhteisön kollegiaalisuutta sekä edistävät luottamuksellista ja turvallista yhteishenkeä. Johtajan tehtävänä on mahdollistaa vapaan ja luovan ilmapiirin syntyminen sekä kaikkien äänen saaminen kuuluviin (Takanen 2005, 173). Työntekijöiden arvot saavat korostua ja tulla näkyviin. Ideoita priorisoidaan, arvioidaan ja kritisoidaan yhdessä.



Kuvio 11: Kehittämisprosessikuvaus, suunnitelma (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Kun ideat ja ajatukset on saatu yhteisesti esille, priorisoidaan niistä tärkeimmät ja aloitetaan etsiä ja kehittää uutta mallia. Tietoa kerätään ja vertaillaan muualla tehtyyn, positiiviset ja

negatiiviset asiat punnitaan sekä etsitään riskitekijät. Kehitetty malli koekäytetään ja testataan sekä sitä kehitetään yhä edelleen (Reunanen 2011, 109). Koko työyhteisö miettii mallin toimivuutta käytännössä ja toteuttamiseen käytettäviä voimavaroja. Sen jälkeen laaditaan tavoitteita ja suunnitelmia toteutusta kohti sekä määritellään mitä tukitoimia tarvitaan muutosvaiheessa ja mietitään yhteisön muutosvalmiutta (Valpola 2004, 32). Esimiehet pohtivat, onko kehittämisprosessin toteuttaminen realistista. Koulutusta järjestetään tarpeen mukaan ja mietitään onko muutokseen mahdollistavia välineitä saatavilla. Organisaation arvot korostuvat ja tulevat esiin. Suunnitelmasta tehdään kirjallinen ja visuaalinen malli.



Kuvio 12: Kehittämisprosessikuvaus, muutos (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Muutosvaihe voi olla monelle pelottava, koska ei ole olemassa varmaa vastausta muutoksen jälkeisistä tapahtumista. Hyvää ja luottamuksellista muutosta tukee aktiivinen ja avoin vuorovaikutus. (Valpola 2004, 32.) Tukitoimilla varmistetaan, ettei muutos aiheuta ylimääräistä pelkoa kiireestä. Muutosta koskevan tiedon on oltava helposti ja ajattomasti saatavilla. Tukitoimilla käsitetään tässä yhteydessä henkilökunnasta koulutettuja tukihenkilöitä tai intrassa olevia koulutuspaketteja. Lisäksi varataan riittävästi aikaa uuden oppimiseen ja kouluttautumiseen. On varattava riittävästi ajanmukaisia välineitä ja voimavaroja toteutukseen esimerkiksi vahvistamalla työvuoroja. Koska idea on yhteinen, ilmapiiri muodostuu kannustavaksi ja tukevaksi. Työyhteisön johtaja antaa riittävästi aikaa kaikille omaksua muutos. Hän myös järjestää lisäkoulutusta, mikäli se on tarpeen. Ohjeita tukevat visuaaliset ja kirjalliset materiaalit. Muutoskyvystä huolehtiminen vaatii koko projektin ja muutosvaiheen arviointia.

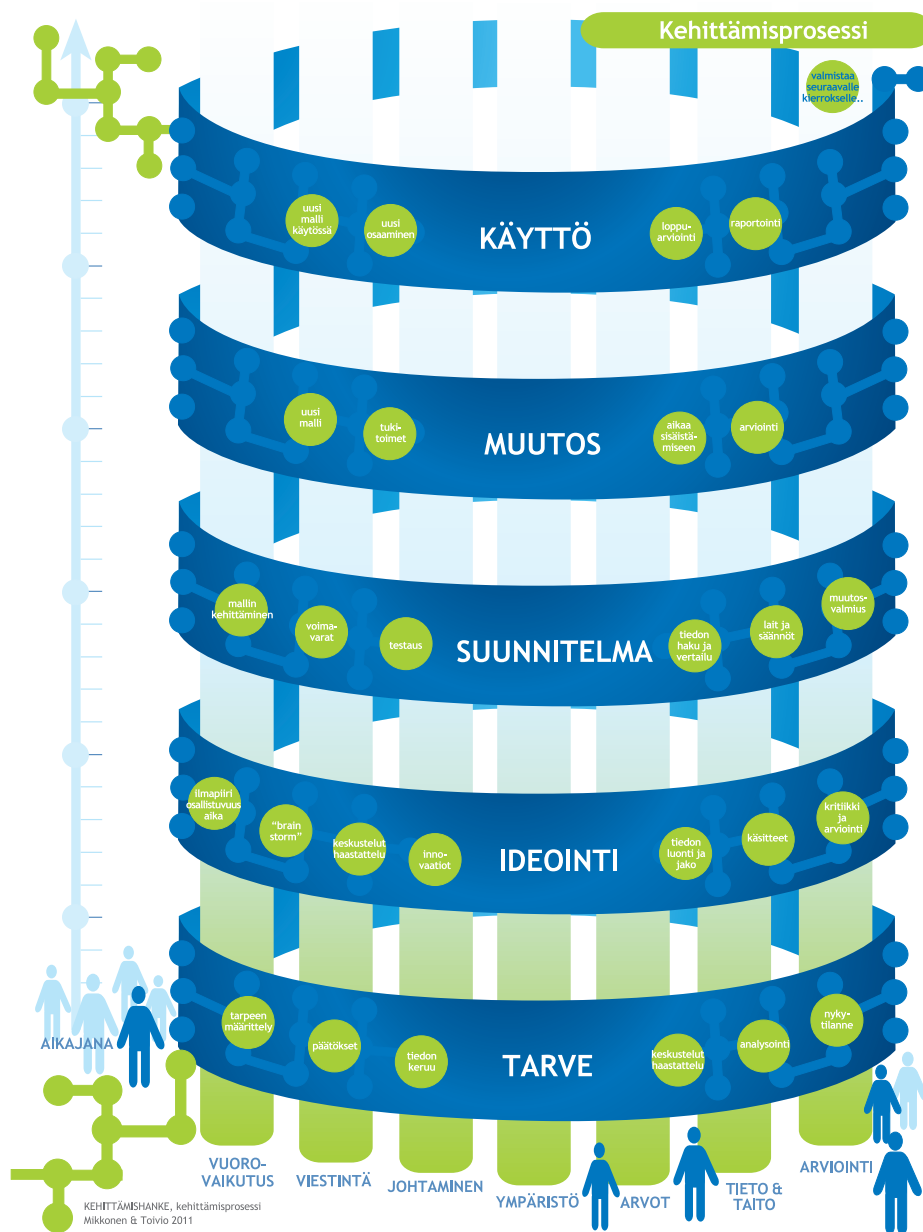


Kuvio 13: Kehittämisprosessikuvaus, käyttö (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Käyttövaiheessa mallia käytetään ja kehitetään edelleen. Mallista on jo saatu käyttökokemuksia ja niitä kirjataan aktiivisesti. Prosessin aikana uutta osaamista on muodostunut yksilö-, yhteisö- ja organisaatiotasolla. Johtaja tukee yksilön osaamisen kehittämisprosessia. Nämä vaikutukset ulottuvat koko työyhteisöön, yksikön tulokseen ja sitä kautta koko organisaatioon, jopa yhteiskunnalliselle tasolle. Uuden mallin myötä koko käyttöympäristö ajanmukaistuu ja yhtenäistyy. Työntekijöiden ja sidosryhmien arvot vahvistuvat. Viestinnän kokonaismerkitys korostuu. Mallin käyttöä raportoidaan ja sen kautta muodostuu tarve kehittää toimintaa uudestaan.

Kuvauksessa vasemmalla kulkee aikajana, johon voi hahmotella prosessin kuhunkin vaiheeseen käytettävää aikaa. Kuitenkin katsotaan, että ideointi- ja suunnitelmavaiheet vievät ajallisesti suuren osan. Työyhteisön sisällä voidaan miettiä prosessin työnjakoa eli kuka tekee arviointia ja miten viestintää hoidetaan.

Kaikkien ideoille ja äänille annetaan mahdollisuus, mikä vahvistaa kollegiaalisuuden tunnetta ja parantaa työilmapiiriä. Luova, ennakkoluuloton ja avoin ilmapiiri mahdollistaa hiljaisen tiedon esilletuomista ja erilaisen tietotaidon käyttämistä koko yhteisön hyväksi. (Nonaka ym. 2001, 14-19.) Näin myös sitoutetaan henkilökuntaa kehittämään käytäntöjä.



Kuvio 14: Kehittämispöessikuvaus (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

8.4 Oma oppiminen

Opinnäytetyötä aloitettaessa meille korostettiin, että työparin työskentelytapa olisi hyvä olla samankaltainen, jotta opinnäytetyöprosessi sujuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Kokemuksemme mukaan erilaiset työskentelytavat antavat prosessille uutta ja erilaista ulottuvuutta. Prosessin yhtenä tarkoituksena on mielestämme oppia tekemään yhteistyötä erilaisten ihmisten kanssa. Asioita voitaisiin katsoa monelta eri kannalta vaikkapa ottamalla muiden alojen opiskelijoita enemmänkin mukaan hoitotyön kehittämisprojekteihin?

Oman oppimisen kannalta opinnäytetyön prosessi on ollut hyödyllinen. Erityisesti oman kehittämisprosessikaavion tuottaminen on antanut paljon erilaisia näkökulmia kehittää omaa ajattelua. Keskustelu meitä prosessissa auttaneiden ihmisten kanssa on kehittänyt vuorovaikutustaitojamme ja dialogisuutta. Opinnäytetyöprosessin aikana käsityksemme kirjaamisesta on muuttunut. Olemme ymmärtäneet kirjaamisen rakenteisuuden merkityksen uudella tavalla. Kirjaaminen potilaan ja hoitajan turvana on saanut uuden merkityksen. Hoitotyön prosessin pohtiminen on antanut meille sopivia työvälineitä käytännön työhön.

Prosessia miettiessämme olemme kysyneet mielipiteitä perheeltämme, työyhteisöltä ja koulun eri alan opettajilta. Pohjana kehitysprosessikuvauksellemme on ollut kokemuksemme työelämästä. Nykyinen lyhytnäköinen tulosajattelu on tehnyt prosesseista suoraviivaisempia, mutta samalla niistä unohtuu yksilön huomioiminen. Yksilön hyvinvointi heijastuu koko työelämään. Oman idean ja tietotaidon saaminen esille vahvistaa yksilöä ja yhteisöä. Työyhteisön kanssa toiminen on ollut hauskaa, antoisaa ja opettavaista. Työyhteisössä luovaa ideointia on kannustettu ja poikkeavat näkemyksemme ovat saaneet aikaan ihastelua ja jopa hilpeyttä. Uskomme, että innostuksemme on tuottanut työyhteisössäkkin positiivista tulosta.

Kehittämisehdotuksena voisi olla esimerkiksi visuaalisten mallien hyväksikäyttö opetuksessa. Mallien olisi syytä olla yksinkertaisia, jolloin vaikeasti käsitettävien asioiden hahmottuminen helpottuu. Voitaisiko myös ajatella, että valmistuvat opiskelijat antaisivat tukea opinnäytetyötään aloittaville opiskelijoille? Tukihenkilöille voitaisiin antaa vaivanpalkaksi opintopisteitä. Jo olemassa olevan tiedon hyödyntäminen uusien opiskelijoiden hyväksi antaisi varmasti tilaa ja aikaa käytettäväksi kehitystyöhön sen sijaan, että pyörää keksitään aina uudestaan.

Yhteenvetona voidaan todeta, että opiskelijoina olemme kasvaneet ammatillisesti kehitys- ja yhteistyöosaamisessa, saaneet kokemuksia innovaatio-osaamisesta ja sen tuottamisesta työyhteisöön. Olemme olleet mukana luomassa uutta toimintatapaa ja käyttämässä juurrutusmenetelmää. Olemme kehittyneet opinnäytetyön mukana yksilöinä, työyhteisön jäseninä ja ammatillisesti, hankkineet tietoa kirjaamisprosessissa lainsäädännöstä, hoitotyön prosesseista, johtamisesta, juurruttamisesta ja työryhmän raportin kirjoittamisesta.

Olemme olleet mukana tiedottamisessa koko prosessin aikana. Olemme sisäistäneet tiedottamisen merkityksen yksilötasolta organisaatiotasolle. Muutoksen merkitys terveydenhuollon organisaatiossa ja työyhteisössä heijastuu yhteiskunnallisiin rakenteisiin ja talouteen. Käsitämme muutosprosessin tuoman edun sitoutumisen, oppimisen ja kehittymisen kannalta ja samoin näemme juurruttamiskeinon tämän muutoskehityksen jatkumona.

Lähteet

Artikkelit:

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. *ProTerveys* 6, 4-7.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *ProTerveys* 2, 16-19.

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty: hoitotyön prosessi potilaan hoidon suunnittelun työvälineenä. *Sairaanhoitaja* 10 (80), 6-9.

Allen, S. 2010. The revolution of nursing pedagogy: a transformational process. *Teaching and learning in nursing* 5, 33-38.

Anttila, P. 2009. Realistinen evaluaatio kehittämiseen tähtäävän arvioinnin menetelmänä. Teoksessa Ora-Hyytiäinen (toim.) 2009. Learning by developing- toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 32. Helsinki: Edita Prima.

Bergström, S. & Leppänen, A. 2003. Yrityksen asiakasmarkkinointi. Tiedotus- ja suhdetoiminta. Edita.

Kauppalehti. 2011. HUS: Laatupäälliköt kehittämään potilasturvallisuutta. Lehdistöiedote. Viitattu 5.6.2011.

<http://www.kauppalehti.fi/5/i/yritykset/lehdisto/hellink/tiedote.jsp?selected=kaikki&oid=20110501/13067597800960>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 1(11), 3-12.

Leino-Kilpi, H. & Peltomaa, K. 2008. Eettinen turvallisuus - vetovoimaisten sairaaloiden ominaispiirre. Sairaanhoitajaliitto. Luettu 30.8.2011.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/8_2008/ajankohtaiskirjoitus/eettinen_turvallisuus_vetovoimai/

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 124, 1507-1513.

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.

Vänskä, J., Viitanen, J., Hyppönen, H., Elovainio, M., Winblad, I., Reponen, J. & Lääveri, T. 2010. Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä kriittisiä. *Suomen Lääkärilehti*. 50-52/2010 vsk 65.

http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto50_1.pdf

Kirjat:

Aho, S. & Korhonen, P. (toim.) 2008. Laurea fakta 2008-2009. Lönnberg Print & Promo.

Ahonen, O., Karjalainen-Jurvelin, R., Ora-Hyytiäinen, E., Rajalahti, E. & Saranto, K. 2007. Sähköisen kirjaamisen opettaminen terveysalan koulutuksessa. Teoksessa *Hoitotyön Kirjaaminen - hoitotyön vuosikirja*. 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Ensio, A. 2008a. Potilaskertomuksen tietoturvaratkaisut. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A., L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Ensio, A. 2008b. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY.
- Ensio, A. 2008c. Rakenteinen, eletroninen potilaskertomus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A., L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön eletroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Häyrinen, K. & Ensio, A. 2008. Eletroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A., L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Junttila, K., Heija, R., Konttinen, R., Kotavuopio, T., Leppänen, S., Paavilainen, E., Saloranta, T., Tuhkanen, A. & Vahteri, P. 2010. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa.
- Koste, L. 2007. Vaitiolovelvollisuus. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., & Räsänen, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja 2007. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto.
- Kratz, C. 1988. Hoitotyön prosessi. Helsinki: WSOY.
- Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Porvoo: WSOY.
- Lundgrén-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko - muuttuvatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toimituskunta). Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.
- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistamiseen. Talentum.
- Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko - näkyvää vai ei? Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 2007. Hopia, H. & Koponen, L. (toimituskunta) ja Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nonaka, I., Konno, N. & Toyama, R. 2001. Emergence of "Ba". Teoksessa Nonaka, I. & Nishiguchi, T. 2001. Knowledge Emergence. Social, technical and evolutionary dimensions of knowledge creation. Oxford university press. United States of America.
- Nonaka, I. & Nishiguchi, T. (edit.) 2001. Knowledge Emergence. Social, Technical, and volunary Dimensions of Knowledge Creation. Oxford University Press, Inc.
- Nonaka, I & Takeuchi, H. 1995. The knowledge-creating company. Oxford University Press. New York.
- Palhman, I. (toim.) 2005. Asiakirjajulkisuus ja tietosuoja sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Pohjanvuori, M. 2007. Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. (toim.) Hopia, H. & Koponen, L. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

- Qvick, L. 2007. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja 2007. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto.
- Rauhala, P. 2009. Lbd ja arvioinnin haasteet aluekehityksen näkökulmasta. Teoksessa Ora-Hyytiäinen (toim.) 2009. Learning by developing- toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 32. Helsinki: Edita Prima.
- Salo, S. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. (toim.) Hopia, H. & Koponen, L. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.,L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Saranto, K. 2008. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Skaug, E-A. & Andersen D. 2006. Päätöksentekoprosessit hoitotyössä. Teoksessa Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) Hoitotyön perusteet. Hoitotieto. Edita.
- Sonninen A., L. & Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A., L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Takanen, T. 2005. Voimaantuva työyhteisö - miten luomme tulevaisuutta? Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Tantt, K. 2008a. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A., L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Tantt, K. 2008b. Tiedon jatkuvuus hoito- ja palvelukokonaisuudessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A., L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Tantt, K. & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A, Tantt, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen, muutosjohtamisen käytännön keinot. Juva: WSOY.
- Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Välimäki, M. 2006. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Ylipartanen, A. 2010. Tietosuoja terveydenhuollossa. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. Tallinna: Tietosanoma Oy.

Raportit ja komiteanmietinnöt:

Hoi-data hanke, loppuraportti 2007-2009. 2009. Luettu 10.1.2011.

<http://www.vsshp.fi/fi/4519>

Kivisaari, S., Kortelainen, S. & Saranummi, N. 1999. Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla. Loppuraportti. Tekes. Helsinki. Luettu 30.8.2011.

www.vtt.fi/inf/pdf/jurelinkit/JOH_Innovaatio.pdf

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. VTT Teknologian tutkimus: Espoo. Luettu 30.8.2011.

www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf

Kivisaari, S., Saari, E. & Lehto, J. 2008. Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa. VTT-tiedotteita - Research notes 2440: Espoo. Luettu 30.8.2011.

<http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2440.pdf>

Kivisaari, S., Saranummi, N. & Parvinen, P. 2004. Vanhusten palvelut Espoossa - kehittämisen lähtökohdat juurruttamalla. VTT Teknologian tutkimus: Espoo. Luettu 30.8.2011.

www.vtt.fi/inf/pdf/workingpapers/2004/W3.pdf

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Luettu 10.1.2011.

http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf

Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Tampereen yliopisto. Luettu 28.08.2011.

www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/oppaat/muutoskirja.pdf

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampereen yliopisto. Luettu 30.8.2011.

www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf

Vuorenkoski, L. & Erhola, M. (toim.) 2011. THL sairaanhoitopiirien tukena. Raportti sairaanhoitopiirikierrokselta 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Luettu 18.8.2011

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1c1e6ad3-6947-45cd-87cc-d79f539bba04>

Väitöskirjat ja pro gradu -tutkielmat:

Kallunki, H. 2008. Muutos ja johtaminen organisaatiossa. Tapausesimerkinä Kuusamon kaupungin perusturvan toimiala. Pro gradu-tutkielma. Hallintotiede. Viitattu 17.4.2011.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/63661/6010.pdf?sequence=1>

Pyöriä, P. (toim.) Mattila, P. 2006. Väitöskirja organisaatiouudistuksista ja muutosvastarinnasta. Työpolitiinen Aikakauskirja 4/2006. Luettu 17.4.2011.

http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/aikakausi/tak/2006/00/Pyoria.pdf

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Tulostettu 01.12.2009.

<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>

Elektroninen media:

American Association of Critical-care Nurses. 2006. Scope and Standards of Practice for The Acute Care Nurse Practitioner. An AACN Critical Care Publication. Luettu 28.8.2011.
http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/128102-ACNP_Scope_and_Standards.pdf

American Nurses Association. 2010. Recognition of a nursing specialty, Approval of a specialty nursing scope of practice statement, and Acknowledgment of specialty nursing standards of practice. Luettu 30.8.2011.
<http://www.nursingworld.org/3Sbooklet>

American Nurses Association. 2011a. Nursing Standards. Luettu 30.8.2011.
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/NursingStandards.aspx>

American Nurses Association (ANA). 2011b. What is nursing? Luettu 21.8.2011.
<http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/StudentNurses/WhatisNursing.aspx>

eNNI-hanke. 2008. Hankkeen kuvaus. Luettu 23.01.2011.
http://www.amk.fi/eni/hankekuvaus_4.html

Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 23.1.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finlex 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 23.1.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Finlex 1999. Henkilötietolaki. Viitattu 9.1.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Finlex. 2004. Laki kansanterveyslain muuttamisesta. 1.3.2005. Viitattu 23.1.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855>

Finlex 2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon käsittelystä 9.2.2007/159. Viitattu 23.1.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asiakastietojen%20s%C3%A4hk%C3%B6isest%C3%A4>

Finlex 2010a. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskirjojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta. Luettu 30.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227>

Finlex 2010b. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 5.2.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Hartikainen, K., Häyrynen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmaa, J. & Suhonen, M. 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas. Luettu 11.01.2011.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11068;29216

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010. Luettu 23.01.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1672>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011a. Hallinto ja päätöksenteko. Viitattu 4.6.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820>

Kansallinen terveysarkisto. 2011. Ajankohtaista. Viitattu 26.8.2011.
<https://www.kanta.fi/tietotekniikan-toteuttajille-ajankohtaista>

Ora-Hyytiäinen, E. 2009. Learning by Developing toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Laurean ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 32. Viitattu 18.8.2011
<http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/b/b32.pdf>

Ora-Hyytiäinen E., & Ahonen, O. 2009. Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistoiminnan (LbD) vaikuttavuuden arvioinnin haasteita - esimerkki arvioinnin toteutuksesta. Teoksessa E. Ora-Hyytiäinen (toim.) Learning by Developing toimintamalli ja arvioinnin haasteet. 2009. Laurean ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 32. Viitattu 18.8.2011.
<http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/b/b32.pdf>

Reunanen, J. 2011. Idea taiteessa ja tuotekehityksessä. Aalto-yliopisto, Perustieteiden korkeakoulu, Tuotantotalouden laitos. Crossover oppimateriaali.
<http://lib.tkk.fi/CROSSOVER/2011/isbn9789526041179.pdf>

Saba, V.K. 2004. Clinical Care Classification System (CCCS). Viitattu 21.8.2011.
<http://www.sabacare.com/Framework/NursingProcess.html>

Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Luettu 5.2.2011.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Kanta e-arkiston vaiheistussuunnitelma. Muistio: Helsinki.
<https://www.kanta.fi/web/fi/terveydenhuollolle-sahkoinen-potilastiedon-arkisto>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2009:18. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 16.02.2011.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1478007

Stakes. 2001. Arviointi sosiaalipalveluissa. Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin. FinSoc työpapereita 3/2001. Helsinki. Luettu 12.06.2011.
http://groups.stakes.fi/FINSOC/FI/julkaisut/julkaisusarjat/tp3_2001.htm

TEO 2007. Terveysturvakeskus. Potilasasiakirjat. Viitattu 29.12.2010.
http://www.valvira.fi/files/luennot/Potilasasiakirjat_1.ppt

Muut lähteet:

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2007. Strategia-esite. Huippusairaala HUS. Asiakaslähtöistä toimintaa potilaan parhaaksi. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011b. Intranet henkilökunnan sisäinen tiedotuskanava.

Konkola-Loikkanen, L., Makkonen, A., Ahonen, O., Lemström, U. & Huovila, E. 2010. Alueellisen rakenteisen kirjaamisen osaamisen kehittämissuunnitelma. Yhteistyön suunnitelma HUS Lohjan sairaanhoitoalueen hoitotyön prosessin mukainen kirjaamishanke. Muistio.

Ora-Hyytiäinen, E. 2011. Kehittämishankkeen arviointi. Luento 30.03.2011. Laurea Lohja.

Liitteet

Liite 1: Tiedonhakutaulukko

| <i>Hakusana/Hakulauseke</i> | <i>Tietokanta</i> | <i>Rajaukset</i> | <i>Osumia</i> | <i>Hyväksytty</i> |
|--|------------------------------|---|---------------|-------------------|
| <i>kirjaam? AND hoitoty?</i> | <i>Laurus</i> | <i>aikajärjestyksessä, 2006 -></i> | <i>119</i> | <i>2 hyv.</i> |
| <i>documentation AND nursing</i> | <i>Medic</i> | <i>koko teksti</i> | <i>7</i> | |
| <i>nursing care planning AND documentation</i> | <i>Ebsco academic search</i> | <i>english, full text</i> | <i>1</i> | |
| <i>nursing, documentation, attitudes</i> | <i>Ebsco academic search</i> | <i>english, full text, 2005-2010</i> | <i>45</i> | |
| <i>Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke</i> | <i>Google</i> | | <i>1240</i> | <i>1hyv.</i> |
| <i>Nursing process</i> | <i>Medic</i> | <i>ei</i> | <i>175</i> | <i>1hyv.</i> |
| <i>kirjaaminen</i> | <i>Theseus</i> | | <i>662</i> | <i>2 hyv.</i> |
| <i>Kivisaari, Sirkku</i> | <i>medic</i> | | <i>6</i> | <i>1 hyv.</i> |
| <i>Kivisaari, Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä</i> | <i>google</i> | | <i>554</i> | <i>1 hyv.</i> |
| <i>juurruttaminen</i> | <i>google</i> | | <i>206000</i> | <i>?</i> |
| <i>muutosvastarinta</i> | <i>Medic</i> | | <i>0</i> | |
| <i>vastarinta</i> | <i>Medic</i> | | <i>3</i> | <i>0</i> |
| <i>muutosvastarinta</i> | <i>google</i> | | <i>19200</i> | |
| <i>Valpola Anneli</i> | <i>Laurus</i> | | <i>17</i> | <i>1</i> |
| <i>muutosvastarinta</i> | <i>google scholar</i> | | | |
| <i>Hoitotyön yhteenveto</i> | <i>google scholar</i> | | | |
| <i>juurruttaminen</i> | <i>google scholar</i> | | <i>327</i> | <i>1</i> |
| | | | | |
| | | | | |

Liite 2: Haastattelukysymykset

Lohjan sairaalan haastattelukysymykset:
Työstetty 2.9.2010 opiskelijoiden työpajassa

Käytetään kaikissa nykytilanteen kuvaushaastatteluissa. Ryhmähaastattelussa 6 henkilöä.

1A Tiimi: sairaanhoitaja ja perushoitaja

2A Tiimi: kaksi sairaanhoitajaa

B-Tiimi: kaksi sairaanhoitajaa

(Yleinen kysymys)

Mitä teidän työyhteisönne ajattelee hoitotyön kirjaamisesta?

Onko osastolla käytössä potilastyöhön tarkoitettuja ohjelmia? Jos on niin mitä ja mihin tarkoitukseen? (Mysli?)

TULOTILANNE

Mitä asioita te kirjaatte potilaasta tulotilanteesta?

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

Kuka /Ketkä kirjaavat 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?

Miten hyödynnätte tätä tietoa?

HOIDON SUUNNITTELU

Miten potilaan hoidon suunnittelu toteutuu?

- Mitä asioita te kirjaatte potilaasta suunnitteluvaiheessa?
- Mitkä ammattiryhmät kirjaa potilaan tietoja suunnitteluvaiheessa?
- Miten hoidon tarpeet kirjataan?
- Miten hoidon tavoitteet kirjataan?
- Miten hoidon toteutusta suunnitellaan?
- Miten potilas voi osallistua oman hoidon suunnitteluun?
- Kenelle tehdään kokonaishoitosuunnitelma?

- 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?

Mitä tietoa kirjataan ja millaisia tapahtumia tietoon liittyy?

- 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?

Ketkä kirjattua tietoa hyödyntää?

Onko osastolla tilanteita, jossa kirjaamista on tarpeen selkeyttää?

Mitkä ovat mielestänne ne keskeisimmät kehityskohteet kirjaamisessa?

(Lopetuskysymys)

Mitä muuta haluaisitte vielä kertoa?

Liite 3: Juliste yhteinen tahtotila

HUS LOHJAN SAIRAALA

Yksikön kehittämiskohdetoive on hoitotyön yhteenveto

Osastolla hoidettavien potilaiden hoitoaika on lyhyt ja potilaat siirtyvät usein jatkohoitoon toiseen hoitolaitokseen. Vuonna 2009 osaston potilaista noin 20 % siirtyi jatkohoitoon toiseen hoitolaitokseen. Nykyisen käytännön mukaan jatkohoitoon siirtyvien potilaiden hoitotyön lähetteet kirjoitetaan word-tiedostolle ja kopioidaan potilaan mukaan. Yksikössä on herännyt toiveita hyödyntää jatkohoitoon siirtyvien potilaiden kohdalla Miranda-hoitokertomuksen HOI-lehdelle tehtävää hoitotyön yhteenvetoa. Tulostettu hoitotyön yhteenveto toimisi samalla hoitotyön lähetteenä potilaan jatkohoitopaikkaan.



Hoitotyön yhteenveto yhteinen tahtotila

■ HALU ENNAKOIDA TULEVAA.

Lohjan sairaanhoitoalue siirtyy lähitulevaisuudessa Miranda-hoitokertomuksen käyttäjäksi.

■ HENKILÖKUNNAN TIETOTAITO JA ASEENTEET.

Miranda-hoitokertomuksen yhden osion käyttöönotto alentaa kynnystä siirtyä hoitokertomuksen käyttäjäksi, halu hyödyntää olemassa olevaa potilastietojärjestelmää.

■ OMAN TOIMINNAN KEHITTÄMINEN.

Henkilökunnalla aktiivinen ote oman työnsä kehittämiseen.

■ KIRJAAMISEN RAKENTEISUUS HAHMOTTUU HELPOMMIN.

Hoitotyön yhteenveto laaditaan HUS-ohjeistuksen mukaisesti (hoidon loppuarvio, hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, potilaan hoitoisuus, jatkohoito, lääkehoito ja yhteystiedot).

■ TOINEN KEHITTÄMISKOHDE TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN

Potilaan hoidon tavoitteiden asettaminen tuntuu itsestään selvältä ja siitä syystä niiden kirjaaminen saattaa jäädä tekemättä.

■ KOLMAS KEHITTÄMISKOHDE LOPPUARVIOINNIN KIRJAAMINEN

Potilaan hoitajaksi päättyessä hoidon loppuarviointi kirjataan hoidon toteutuskaavakkeeseen eikä hoitosuunnitelmalomakkeeseen.

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN
HIVVA-mikkonen@laurea.fi • mmiina.tolviog@laurea.fi



Kaaviot

| | |
|---|----|
| Kaavio 1: Vastaajien ikäjakauma..... | 61 |
| Kaavio 2: Vastaajien koulutustausta..... | 61 |
| Kaavio 3: Työkokemus..... | 62 |
| Kaavio 4: Rooli kirjaamisen hankkeessa..... | 62 |

Taulukot

| | |
|---|----|
| Taulukko 1: Kysymykset 6-9, osaamisen lisääntyminen..... | 62 |
| Taulukko 2: Kysymykset 10-15, kehittämis- ja juurruttamisprosessi | 63 |
| Taulukko 3: Kysymykset 16-18, kehityshankkeen tuottama hyöty | 64 |
| Taulukko 4: Kysymykset 19-20, kehityshankkeen tuottama hyöty | 64 |

Kuviot

| | |
|--|----|
| Kuvio 1: Hoitotyön päätöksenteon prosessimalli (mukaellen Kratz 1988, Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008) | 20 |
| Kuvio 2: Juurruttamisen prosessi (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007) | 38 |
| Kuvio 3: SECI-malli (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001) | 40 |
| Kuvio 4: Tiedon luomisen alue (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001) | 42 |
| Kuvio 5: Nykytilanteen kuvaaminen taulukoituna | 51 |
| Kuvio 6: Miranda hoitotyön prosessissa..... | 53 |
| Kuvio 7: Vuokaavio uudesta toimintatavasta | 55 |
| Kuvio 8: Hoitotyön yhteenvedon malli..... | 57 |
| Kuvio 9: Kehittämisprosessikuvaus, tarve (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007) | 68 |
| Kuvio 10: Kehittämisprosessikuvaus, ideointi (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007) | 69 |
| Kuvio 11: Kehittämisprosessikuvaus, suunnitelma (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007) | 70 |
| Kuvio 12: Kehittämisprosessikuvaus, muutos (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007) | 71 |
| Kuvio 13: Kehittämisprosessikuvaus, käyttö (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007) | 72 |
| Kuvio 14: Kehittämisprosessikuvaus (mukaellen Nonaka & Nishiguchi 2001, Kivisaari 2001, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007) | 73 |