



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kirjaamisen kehittäminen Meltolan sairaalan osasto 2 A:lla

Ausin, Kylli

Gabrielsson, Viola

2012 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Kirjaamisen kehittäminen Meltolan sairaalan osasto 2 A:lla

Ausin Kylli
Gabrielsson Viola
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2012

Ausin Kylli & Gabrielsson Viola

Kirjaamisen kehittäminen Meltolan sairaalan osasto 2 A:lla

Vuosi 2012 Sivumäärä 58

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen kehittymistä Meltolan sairaalan osasto 2 A:lla. Tavoitteena oli kehittää työyhteisön osaamista rakenteisessa hoitotyön kirjaamisessa kansallisen mallin mukaisesti ja edesauttaa työyhteisöä kirjaamisessa. Opiskelijat tukivat työyhteisöä juurruttaen hoitotyön prosessin mukaista rakenteista kirjaamista.

Tämä opinnäytetyö kuului Meltolan sairaalan kirjaamisen kehittämisprojektiin. Meltolan sairaalan kirjaamiskehittämisprojekti perustui lakiin 159/2007 (muutossäädös 2010/1227). Lain mukaan kaikilla terveydenhuollon palveluiden tarjoajilla on velvollisuus liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmien käyttäjiksi, julkisen terveydenhuollon 1.9.2014 mennessä ja yksityisen terveydenhuollon 1.9.2015 mennessä.

Kirjaamisen kehittämisprojekti tapahtui kehittämissyhteistyön muodossa koulun ja kentän välillä. Projekti tuotti yhtenäisen kirjaamismallin osaamista ja uudisti kirjaamisen käytäntöä. Työryhmään kuului kuusi hoitajaa, kaksi opiskelijaa ja kaksi ohjaavaa opettajaa. Opinnäytetyössä käytettiin juurruttamisen menetelmää. Tiedonkeruun menetelminä käytettiin teema-haastattelua, aineisto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä.

Uuden toimintatavan opettelemiseksi laadittiin osastolle apuvälineeksi FinCC-tarveluokituksen mukainen kansio, joka koostuu 17 komponentista pää- ja alaotsikkoineen. Jokainen komponenttikokonaisuus on eri sivulla, sivujen väleissä on numeroidut värilliset välilehdet. Manuaalisen hoitotyön kirjaamisen ollessa käytössä komponentteja kirjataan numeerisesti. Komponenttien numeerinen käyttö on vain väliaikaista ja tarkoitettu rakenteisen kirjaamisen oppimisen ja käyttöönoton helpottamiseksi. Työyhteisöä tiedotettiin, että FinCC-tarveluokituksen mukaisen kansion komponenttien numeerinen käyttö on vain osaston 2 A sisäinen toiminta. Kansio oli tarkoitettu FinCC-tarveluokituskokonaisuuden opettelemiseksi ja sähköisen rakenteisen kirjaamisen siirtymisen helpottamiseksi.

Kehittämisprojektin onnistumista arvioitiin arviointilomakkeen avulla. Vastausprosentiksi saatiin 92,85. Kyselyn tuloksien mukaan uusi toimintamalli koettiin hyödyllisenä ja hoitotyön kirjaamista parantavana. Työyhteisö osallistui aktiivisesti uuden toimintamallin työstämiseen ja uusien ajatusten ja ideoiden tuottamiseen. Vastaajien mukaan toimintamallin työstämiseen oli kuitenkin liian lyhyt aika, ja projektia häiritsi työnantajan vaihto organisaatiossa.

Rakenteisesti kirjatun tiedon avulla pystyy muodostamaan tiivistelmiä ja varmistamaan hoidon laadun seuranta, sillä vältetään kaksoiskirjaaminen hoitosuunnitelmaan ja tiedonhaku helpottuu. FinCC-tarveluokituksen mukainen kansio auttaa hahmottamaan kokonaisuutta ja löytämään helposti komponenttien pää- ja alaotsikoita hoidon tarpeen kirjaamisella. Uutta toimintatapaa pystytään hyödyntämään osaston siirtyessä sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen.

Asiasanat: juurruttaminen, rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi ja hoidon tarpeen määrittely.

Ausin Kylli & Gabrielsson Viola

Development of structured recording on Meltola Hospital Ward 2 A

Year	2012	Pages	58
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to support development of recording according to nursing process on Meltola Hospital Ward 2 A. The aim was to develop workplace skills in structured nursing documentation in accordance with the national model and contribute to the recording by the work community. Students have supported the work community by disseminating the structured recording development according to nursing process.

This thesis was part of the development project of Meltola hospital recording. The development project of Meltola hospital recording based on stature 159/2007 (Amendment Act 2010/1227). According to law, all health care providers have a duty to join the national information system, the public health by 01/09/2014 and private health care by 01/09/2015.

The development project took place as development cooperation between the school and the hospital. The project produced uniform documentation knowledge and renewed the practice of recording. The team consisted of six nurses, two students and two supervising teachers. This thesis used the method of dissemination. The used data collection method was interviews which were transcribed and analyzed by using content analysis.

To facilitate the learning of the new process a folder drawn up according to the FinCC classification, consisting of 17 components including main and subheadings. Each component element is on its own page, the pages are numbered with colored tabs. During manual nursing documentation components are recorded numerically. Manual numeric operation is used only temporarily and the intention is to learn structural documentation and to facilitate the introduction of Pegasos electronic system. The work community was informed that the numeric use of FinCC classification folder is only for internal operations of Ward 2 A. The folder was designed to teach and facilitate the transition to electronic structural documentation according to FinCC classification.

The development project was assessed using an evaluation form. The response rate was 92.85%. According to the survey results, the new operating model was seen as useful and will help to improve the documentation of nursing. The working community is actively involved in working with the new approach and new ideas. According to the respondents, the time allocated for practicing the new approach was too short and the project was obstructed by the change of employer.

Information of structured documentation makes it possible to form summaries and to ensure the quality of nursing monitoring and it avoids the double recording of the care plan and makes searching for information easier. A folder drawn up according to the FinCC classification helps to understand the entity and to find easily the components of the main and sub headings for registration of nursing needs. The new approach can be utilized when the ward is transferring from manual into electronic structural documentation.

Keywords: Dissemination, structural documentation, nursing process, definition of nursing needs

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Kehittämistoiminnan menetelmät	9
2.1	Juurruttaminen	9
2.2	Haastattelu	11
2.3	Aineiston litterointi	12
2.4	Sisällönanalyysi	12
3	Kehittämistoiminnan ympäristö	14
3.1	Samfundet Folkhälsan	14
3.2	Meltolan sairaalan osasto 2 A	14
3.3	Muutoksen merkitys työyhteisössä	15
4	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut	17
4.1	Sähköinen kirjaaminen ja sen edut hoitotyössä	17
4.2	Ydintiedot sähköisessä kirjaamisessa	17
4.3	Hoitotyön prosessi	18
4.3.1	Hoidon tarpeen arviointi	18
4.3.2	Hoidon tavoitteet	19
4.3.3	Hoitotyön suunnitellut toiminnot	20
4.3.4	Hoitotyön toteutuneet toiminnot	20
4.3.5	Hoidon tulosten arviointi	20
4.3.6	Hoitotyön yhteenveto	21
4.4	Systemaattinen kirjaaminen	22
4.4.1	Kansallinen FinCC-luokituskokonaisuus	22
4.4.2	Hoidon tarpeen määrittely FinCC-luokituksen mukaisesti	25
4.5	Sähköiseen kirjaamiseen liittyvät lainsäädännöt	27
4.6	Eettiset ja salassapitokysymykset	28
5	Kehittämistoiminnan toteutus	29
5.1	Nykytilanteen kuvaus osasto 2 A:lla	30
5.2	Tieto käsitteelliselle tasolle	30
5.3	Kehityskohteen valinta	32
5.4	Uuden toimintatavan rakentaminen	33
6	Uusi toimintatapa	34
7	Kehittämistoiminnan arviointi	35
7.1	Työyhteisön arviointi kehittämistoiminnasta	37
7.2	Työryhmän arviointi kehittämistoiminnasta	41
	Lähteet	43
	Kuviot	47
	Taulukot	48

Liitteet..... 49

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa pyritään tehostamaan tietojärjestelmien ja teknologian avulla. Hoitotyön yksi oleellinen osa on potilaan hoidon vaiheittainen kirjaaminen potilaskertomukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn lain 159/2007 pohjalta Suomessa on käynnistetty kehitystyö, jolla rakennetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Laki 159/2007 on tullut voimaan 9.2.2007 ja velvoittaa liittymään valtakunnallisten tietojärjestelmien käyttäjäksi kaikkia terveydenhuollon palvelujen antajia. (Finlex 2007.)

Hoitotyön uusia toimintatapoja voidaan kehittää monipuolisesti tietotekniikan avulla. Hoitotyön laadun kehittämiseksi on myös kehitettävä hoitotyön kirjaamista. (Saranto, Eriksson, Kärkkäinen & Rouvala 2003, 4-10.) Kirjaamisessa käytettäviä termejä määritellään hoitotyön teoreettisista lähtökohdista. Termit toimivat perusteluina työntekijöiden valitsemille hoitotoimenpiteille, hoitoprosessin havainnoinnille sekä arvioinnille. (Fawcett 1991, Anttilan, Kivelän & Kukkolan 2010, 27 mukaan.) Strukturoitu kirjaaminen edesauttaa hoitohenkilöstön välistä tiedonkulkua, sen avulla saadaan arkistoitua potilaan terveystiedot, joita pystyy hyödyntämään myös jälkikäteen (Peterson 2000).

Tämän opinnäytetyön aihe on kirjaamisen kehittäminen Meltolan sairaalassa osastolla 2 A. Lain (159/2007 päivitetty 2010) mukaan kaikilla terveydenhuollon palveluiden tarjoajilla on velvollisuus liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmien käyttäjiksi, julkisen terveydenhuollon 1.9.2014 mennessä ja yksityisen terveydenhuollon 1.9.2015 mennessä. Tästä syystä Meltolan sairaalassa on käynnistetty kirjaamisen kehittämisprojekti. Projektin tavoite on kehittää työyhteisön osaamista rakenteisessa hoitotyön kirjaamisessa kansallisen mallin mukaisesti ja muuttaa toimintaa työyhteisön kirjaamisessa. Tarkoituksena on kartoittaa nykyinen kirjaaminen Meltolan sairaalassa osastolla 2 A ja tukea kirjaamisen kehittymistä työyhteisössä nykyisestä vapaalla tekstillä kirjaamisesta rakenteiseen kansallisen mallin mukaiseen kirjaamiseen.

Kirjaamiskehittämisprojekti on tapahtunut kehittämissyhteistyön muodossa koulun ja kentän välillä, tuottanut yhtenäisen kirjaamismallin osaamista ja uudistanut kirjaamisen käytäntöä. Työyhteisön työtä ei voi kehittää ulkopuolelta käsin, vaan sen jäsenien on tehtävä se itse. Työyhteisön tulee huomioida uudesta kirjaamistavasta aiheutuvat muutokset omissa toimintaprosesseissaan ja kehittää kirjaamistaan uusia toimintatapoja tukevaksi. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 24.)

Kehittämistoiminnan menetelmänä käytetään juurruttamista. Juurruttaminen on oppimisprosessi, jossa työyhteisön toiminnassa oleva hiljainen tieto tuodaan näkyväksi ja muodostetaan

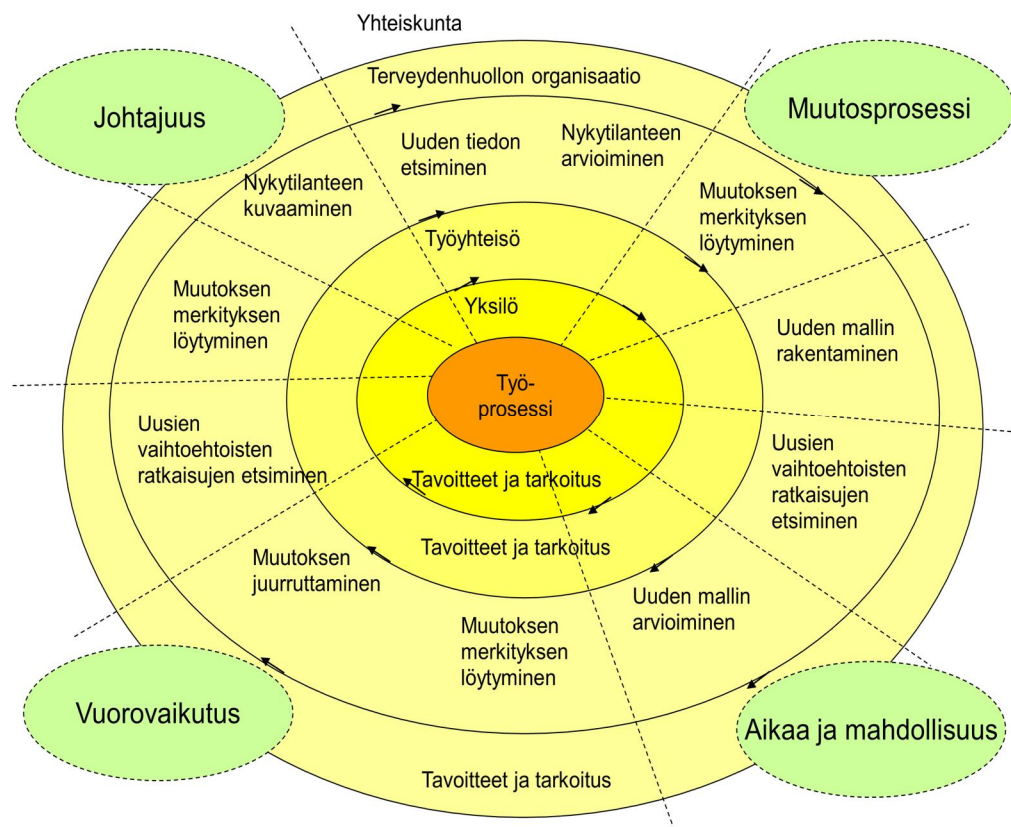
uusi toimintamalli teoreettisen tiedon perusteella (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16).

2 Kehittämistoiminnan menetelmät

2.1 Juurruttaminen

Tässä opinnäytetyössä käytetään kehittämistoiminnan menetelmänä juurruttamista. Juurruttaminen on oppimisprosessi, jossa työyhteisön toiminnassa olevan hiljaisen tiedon, sekä tutkitun ja teoreettisen tiedon välisessä vertailussa tuotetaan uutta tietoa, jota sen jälkeen kehitetään käytännön osaamiseksi. Toimijat ja toiminnan ympäristö vaikuttavat juurruttamisen tietoon, sen käsittelyyn ja käyttöönottoon. Juurruttamisen keskeisimpiä elementtejä on runsas vuorovaikutus toimijoiden kesken. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.)

Juuruttamisella tarkastellaan hoitotyön toimintaa teoreettisesti kaksiosaisena: toinen osa on hoitajan ajattelu ja toinen hoitajan näkyvä toiminta. Osallistujien on arvostettava toinen toistensa osaamista kehittämistoiminnassa, jolloin nähdään kaikkien osallistujien panos tärkeänä ja arvokkaana. Kehittämistoimintaan kuuluu työyhteisö, ammattikorkeakoulu, työyhteisön kehittäjät, opiskelijat ja ammattikorkeakoulun opettajat. Projektissa juurruttamista toteutetaan kolmitasoisena: työryhmä edistää muutosta, työyhteisö tekee muutoksen ja johtaja mahdollistaa muutoksen syntymistä. Työryhmien välillä oleva vuorovaikutus edistää koko organisaation tasolla syntyvää muutosta. Asetetaan tavoitteita yhteiselle kehitykselle, että se olisi näkyvä toiminnan muutos. Uutta tietoa tuotetaan yhteisen oppimisen seurauksena ja siten henkilökunnan ajattelu muuttuu. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4-6.)



Kuvio 1: Juurruttamisen malli 2,0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Juuruttamisen prosessia kuvataan kuviossa 1. Juurruttamisprosessin lähtökohtana on muutoksen tarpeen tiedostaminen. Prosessissa käytetään apuna nykytilanteen kuvausta, joka auttaa määrittämään muutoksen kohteen. Uuden mahdollisen ratkaisun etsiminen on yksi osa muutosprosessia, joka auttaa työyhteisössä konkretisoimaan muutoksen merkitystä. Juurruttamisprosessissa ovat osallisina työyhteisö, yksilöt, opiskelijat sekä opettajat ja ohjaajat, jotka yhdessä työstävät uutta toimintatapaa. Muutosprosessissa tarvitaan yhteistä aikaa, toteutusmahdollisuutta ja vuorovaikutteisuutta, joka syntyy osallistumisesta. Yhteisten toimintojen läpikäyminen ja osallistuminen yhteiseen dialogiin on osa juurruttamisen kehää. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007.)

Juuruttaminen perustuu kahden tiedon lajin välisiin tiedon käsittelyn kierroksiin ja niissä tuotetaan uutta tietoa. Ensimmäisellä kierroksella kehittämistoimintaan osallistujat kuvaavat nykyistä toimintaa hoitotyössä, missä hiljainen tieto pyritään kuvamaan näkyväksi. Toisella kierroksella osallistujat jäsentävät nykyistä hoitotyön käytännön toimintaa teoreettiselle tasolle, toisin sanoen toiminnan kuvaus muutetaan käsitteeksi. Kolmannella kierroksella tarkastellaan jäsenettyä toimintaa teoreettisella tasolla työyhteisössä ja vertaillaan aikaisempaan tutkittuun ja teoreettiseen tietoon tuottaen ehdotuksen eksplisiittiseksi tiedoksi. Muodostettuja käsitteitä vertaillaan ja tarkastellaan suhteessa teoreettisiin käsitteisiin eli muodostetaan

uuden toiminnan kuvaavat käsitteet. Neljännellä kierroksella nykyiseen toimintatapaan ehdotettu muutos muokataan jälleen käytännöksi eli käsitteet muokataan toimintaa kuvaaviksi käsitteiksi. Juurruttamisen kierroksista saatu tuotos arvioidaan työyhteisössä suhteessa toimintaympäristöön. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 5 -6.)

2.2 Haastattelu

Eskolan ja Suorannan (2000, 85) mukaan haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa haastattelija esittää kysymyksiä haastattelevalle ja samalla molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Haastattelu tarkoittaa yhdenlaista keskustelua, sillä on tavoitteet ja sen avulla pyritään saamaan mahdollisimman pätevät ja luotettavat tiedot (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 207-209). Haastattelijalla on haastattelussa kaksitahoinen tehtävä: motivoida haastateltavaa ja helpottaa informaation kulkua ja sen jäsentämistä. Näiden tavoitteiden toteuttamiseksi haastattelijalta vaaditaan joustavuutta kielellisten ja ei - kielellisten keinojen käytössä ja tilanteiden hallinnassa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 102.)

Haastattelua voidaan ymmärtää myös systemaattisena tiedonkeruun muotona. Haastattelut jaetaan strukturoiduksi eli lomakehaastatteluksi, strukturoimattomaksi eli avoimeksi haastatteluksi ja puolistrukturoiduksi eli teemahaastatteluksi. Strukturoidussa haastattelussa käytetään apuna lomaketta, jossa kysymysten ja väitteiden muoto ja järjestys on täysin määrätty. Avoimessa haastattelussa selvitetään haastateltavan mielipiteitä, ajatuksia ja käsityksiä aiheesta sen mukaan, kuin ne keskustelun kuluessa tulevat vastaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 207-209.) Teemahaastattelu on haastattelumuoto, jossa on yhdistetty sekä strukturoidun että avoimen haastattelun muodot. Teemahaastattelulle on tyypillistä se, että aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa eikä järjestystä. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 48) mukaan teemahaastattelun menetelmän esikuvana oli Mer-tonin, Fiskin ja Kendalin (1956) fokuoitu haastattelu. Teemahaastattelu eroaa siitä siinä, että se lähtee oletuksesta, jossa kaikki yksilön kokemukset, ajatukset, uskomukset ja tunteet voidaan tutkia tällä menetelmällä, eikä se edellytä tiettyjä kokeellisesti aikaansaatua yhteistä kokemusta. Haastattelutyypille on eduksi, ettei se sido haastattelua tiettyyn leiriin, eikä ota kantaa haastattelukertojen määrään, vaan kertoo siitä, mikä tässä haastattelussa on kaikkein oleellisinta. Teemahaastattelussa oleellisinta on, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa, haastateltavien tulkinnat ja merkitykset asioista ovat keskeisiä sekä merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.)

Ryhmähaastattelu tarkoittaa, että haastatellaan samanaikaisesti useita ihmisiä ja voi olla myös useita haastattelijoita. Tavoitteena on ryhmäkeskustelu haluamasta aiheesta tai teemasta. Ryhmähaastattelussa saatetaan saada tietoa tavallista enemmän, koska osallistujat voivat yhdessä muistella, tukea ja rohkaista toisiaan. Ryhmähaastattelu saattaa olla hyvä keino tuomaan haastateltavat tutkittuun maailmaan ja sen avulla voidaan saada käsitys siitä, mitä saavutetaan yksilöhaastattelulla. Henkilöt innostavat toinen toisiaan ryhmähaastattelussa ja puhumaan aiheista, joita voidaan laajentaa myöhemmin. Jos henkilöitä yhdistää jonkinlainen yhteinen asia, esimerkiksi sama työpaikka, saattaa ryhmän kontrolloiva vaikutus olla olennainen. Toimiva ja sopiva haastatteluryhmä voisi olla neljästä kahdeksaan henkeä. (Eskola & Suoranta 2000, 94 -95.)

2.3 Aineiston litterointi

Aineiston litterointi tarkoittaa tallennetun laadullisen aineiston sanasanaisesti puhtaaksi kirjoittamista. Aineistoa voidaan litteroita koko kerätystä tiedosta tai teema-alueiden mukaisesti. Litteroinnin tarkkuudesta ei ole yksiselitteistä ohjetta, mutta ennen litteroimista on tiedettävä, minkälaista analyysia aiotaan tehdä ja käytetäänkö jotakin analyysiohjelmaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Litteroimisessa aiheuttaa vaikeuksia esimerkiksi se, kuinka tarkasti haastattelu tulee kirjoittaa puhtaaksi. Tekstien puhtaaksi kirjoittamisessa saattaa askarruttaa myös se, että tuleeko tutkimukseen osallistuneen henkilön kaikki kirjoitusvirheet säilyttää. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Litteroimisessa on tärkeä, että kaikki puhutut lauseet ja virkkeet saa kirjoitettua ylös. Jos haastattelusta poimitaan vain keskeisimmät asiat, on riskinä, että jotakin tutkimuksen kannalta tärkeää materiaalia voi jäädä huomioimatta tai tutkimuksen ulkopuolelle. Osittainen aineiston käyttö tulee aina perustella tutkimusraportissa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138-141.)

2.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota käytetään laadullisessa tutkimuksessa. Sitä voidaan tehdä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, teorialähtöisesti eli deduktiivisesti tai teoriaohjaavasti. Sisällön analyysissä käyttämät tekniikat ovat koodaus, päiväkirjat, muistinpänot sekä marginaalimerkinnät ja väittämien muodostaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Sisällönanalyysissä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103 - 104). Sen tavoitteena on analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysin käsitettä käytetään monessa lähteessä synonyyminä sisällön erittelyn kanssa. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien kvantita-

tiivista analyysiä, kun taas sisällön analyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 103 - 109.)

Hirsjärven ym. (2009, 224) mukaan opinnäytetyötään tekevän on ryhdyttävä aineiston analyysiin heti keruuvaiheen jälkeen, silloin aineisto vielä inspiroi ja sitä voidaan tarvittaessa myös täydentää. Tässä opinnäytetyössä käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi kuvataan kolmivaiheiseksi prosessiksi: pelkistäminen eli aineiston redusointi, ryhmittely eli aineiston klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli aineiston abstrahointi. Aineiston pelkistämässä analysoitava informaatio voi olla aukikirjoitettu haastatteluaineisto, joka pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla informaation pilkkomista osiin tai informaation tiivistämistä. Ryhmittelyssä käydään tarkasti läpi aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset ja aineistosta etsitään eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Teoreettisten käsitteiden luomisessa erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan valikoidun tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä. Yleiskäsitteiden avulla tutkia muodostaa kuvauksen tutkimuskohteesta ja vertaa johtopäätöksiä sekä teoriaa koko ajan alkuperäisaineistoon samalla kun muodostetaan uutta teoriaa. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 107 - 113.)

3 Kehittämistoiminnan ympäristö

3.1 Samfundet Folkhälsan

Samfundet Folkhälsan perustettiin vuonna 1921. Sen tavoitteena oli suomenruotsalaisen väestön terveyden edistäminen. Nykyisin Folkhälsan on maan suurin yksityinen ruotsinkielinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestö. Tehtävät Folkhälsanin alaisuudessa on moninaiset, se tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, esimerkiksi lastenhoidon ja vammaispalveluja sekä harjoittaa terveyttä edistävää kansalaistoimintaa yli sadassa paikallisyhdistyksessä. Järjestöllä on myös tutkimuslaitos, jossa tehdään muun muassa kansainvälistä huipputasoa edustavaa geenitutkimusta. Folkhälsan on käynnistänyt myös useita uusia toimintamuotoja, esimerkiksi vanhustyön. (Folkhälsan 2006, 2-3.)

Folkhälsanin vanhustyön tavoitteena on tarjota vanhuksille kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa. Vanhustyön lähtökohtana ovat asiakkaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, henkiset ja kulttuuriset tarpeet, sekä työstä vastaa osaava, sitoutunut ja pätevä henkilökunta. Hoitotyön pohjana on näyttöön perustuva hoitotyö yhdistettynä monipuoliseen käytännön kokemukseen ja tietoon. (Folkhälsan 2006, 7.)

Folkhälsanin yhteiset arvot ovat osaaminen, osallistuminen ja huolenpito. Käytännön vanhustyössä yhteiset arvot ovat konkretisoituneet kokonaisvaltaisen hoidon perustana oleviksi arvoiksi: kokonaisnäkemys, yksilökeskeisyys, yksityisyyden kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeus käyttää omaa äidinkieltä, hyvä ja turvallinen kohtelu ja kommunikointi, kuntouttava työote ja terveyden edistäminen. (Folkhälsan 2006, 7.)

3.2 Meltolan sairaalan osasto 2 A

Meltolan sairaala kuuluu Folkhälsanin palveluntuotantoyksikköihin, se sijaitsee Raaseporin kunnassa Karjaan kaupungin lähetyvillä. Tässä opinnäytetyössään kirjaamisen kehittäminen tapahtuu Meltolan sairaalassa osastolla 2A, joka on terveyskeskuksen vuodeosasto. Suurin osa henkilökunnasta on ruotsinkielisiä. Osastolla on 12 potilashuonetta ja 14 potilaspaikkaa. Aamuvuorossa toimii neljä, iltavuorossa kaksi ja yövuorossa yksi hoitaja. Jokaisessa työvuorossa on vastaava sairaanhoitaja. Keskimääräinen hoitoaika on noin 14 vuorokautta. Potilaat tulevat eri hoitopaikoista, esimerkiksi erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon ja kuntoutukseen. He voivat myös tulla terveyskeskuksen kautta, jos yleiskunto on laskenut tai potilaalla on jonkinlainen tulehdus. Potilaita tulee myös hoitoon leikkauksen jälkeen tai sisätauti ja kirurgiapotilaita sairaalaosastoilta jatkohoitoon. Hoidetaan myös saattohoitopotilaita ja eristyspotilaita, kuten Clostridium, MRSA. (S. Berg, henkilökohtainen tiedonanto 17.2.2011.)

Meltolan sairaalassa on käytössä Pegasos-potilastietojärjestelmä. Se on järjestelmä, jonka avulla pystytään vähentämään rutiinitöitä, parantamaan tiedon saatavuutta ja nopeuttamaan käytännön hoitotyötä. Pegasos-järjestelmä on moduulirakenteinen ja se voidaan ottaa käyttöön joko yhtenä kokonaisuutena tai osa-alue kerrallaan, järjestelmää voidaan laajentaa helposti riippuen käyttäjämäärästä ja toiminnoista. UnifAce on kehittänyt ohjelmiston, minkä ansiosta se on riippumaton käyttöjärjestelmästä, laitteistoista, tietokannasta tai verkkoratkaisusta. Keskitettyyn tietokantaan tallennetaan potilastiedot, jossa tietokantaohjelmisto huolehtii tietojen eheydestä ja niiden turvaamisesta. (WM-data 2007, Walldén, Peltomäki & Martikainen 2007, 12 mukaan.)

Osaston 2 A henkilökunta ei käytä Pegasos-potilastietojärjestelmää kokonaan. Ohjelmaa käytetään potilaan tulotietojen ja loppustatuksen kirjaamiseen, myös lääkelistojen hakemiseen ja Marevan-korttien täyttöön. Päivittäisessä hoitotyössä kuten esimerkiksi hoitosuunnitelmien kirjaamiseen ohjelmaa ei käytetä. Pegasos-potilastietojärjestelmä uusiutuu lähiaikoina ja osastolla on aikomus alkaa käyttää Pegasos-järjestelmää kokonaan vasta silloin, kun uusi versio on tullut ja hoitotyön kirjaamisen komponentit pää- ja alaotsikkoineen ovat järjestelmässä käytettävissä. (S. Berg, henkilökohtainen tiedonanto 17.2.2011.)

Syksyllä 2011 osasto 2 A:n henkilökunta sai tietää, että Folkhälsan lopettaa toimintansa Meltolan sairaalassa, eikä työyhteisöllä ollut tarkkaa tietoa, miten sairaalan toiminta jatkuu (S. Berg, henkilökohtainen tiedonanto 7.10.2011.) Tuomisen (2011) mukaan Raaseporin kunta aloittaa toimintansa Meltolan sairaalan tiloissa 1.3.2012 ainakin vuoteen 2015 asti ja tulevaisuudessa sairaalan alueelle voi tulla lisää palveluasumista.

3.3 Muutoksen merkitys työyhteisössä

Vanhan kiinalaisen kirjoituksen mukaan muutos tarkoittaa sekä uhkaa että mahdollisuutta. Suhde muutokseen on hyvin ristiriitainen, toisaalta se voi tuoda hyvää, mutta toisaalta sen tuloksesta ei välttämättä pidetä. (Valpola 2004, 27.)

Siirtyminen sähköiseen, hoitotyön prosessin mukaiseen rakenteiseen kirjaamiseen on iso muutos työyhteisöille, organisaatioille ja yksilöille, koska ei muutu vain kirjaamisen tapa, vaan koko työyhteisön toimintakulttuuri ja rakenne (Hopia & Koponen 2007, 7.) Muuttuva työelämä edellyttää työntekijöiltä entistä laajempaa osaamista ja aiemmasta poikkeavia tietoja, taitoja ja kykyjä. Muutoksien myötä ammattispesifinen tieto vanhenee nopeasti ja työntekijöiltä odotetaan yhä suurempaa joustavuutta. Työntekijöillä tulee osata hyödyntää kokemuksiaan, ottaa vastuuta omasta oppimisestaan ja tarvittaessa kyetä muuttamaan omia asenteita ja arvoja. (Ruohotie & Honka 2003, 29,57,111.)

Ruohotie ja Honka (2003, 111) ovat todenneet, että työyhteisön muutosaikana henkilöstön ammatillisesta kasvusta ja kehityksestä huolehtiminen vaatii paljon myös esimieheltä. Johtajilla ja esimiehillä on iso rooli työyhteisön muutoksissa, koska muutoksen onnistumiseksi, työyhteisöä pitää johtaa myönteisessä hengessä ja riittävän ennakoivalla otteella. Esimiehen kannattaisi kannustaa ja palkita työntekijöiden toimintaa. Työntekijöille pitää tarjota jatkuvia oppimis- ja kehittymismahdollisuuksia ja taata mahdollisuus osallistua sekä vaikuttaa muutosprosessin eri vaiheisiin. (Hopia & Koponen 2007, 7.)

Ruohotie (1998, 136-138) mukaan muutoksessa on kyse oppimisesta ja oppiminen on yksilössä tapahtuva muutos, uusille asioille altistuminen ja tuntemattoman kokeileminen. Työyhteisön oppimisen kannalta ovat keskeisiä oppimista edistävät tekijät ja oppimisorientaatiot. Oppimista edistäviä tekijöitä ovat esimerkiksi rakenteet ja prosessit, jotka vaikuttavat siihen, miten oppiminen pääsee tapahtumaan. Oppimisorientaatiot ovat arvot ja asenteet, jotka määrittävät opittavan luonteen. (Ruohotie 1998, 131.)

Muutosprosessin käynnistyminen edellyttää muutostarpeen hyväksymistä. Työyhteisön täytyy tunnistaa muuttuva tilanne ja hyväksyä uusi suunnitelma. Suunnitelmat toteutuvat yhteisen näkemyksen avulla, joka auttaa tunnistamaan perusajatuksen siitä, miten voisi pyrkiä haluttuun tulokseen. Muutoksen toteutukseen tarvitaan myös muutosvoimaa. Työyhteisö selviytyy muutoksesta helpommin, jos uusia asioita on otettu käyttöön aikaisemminkin ja henkilöstölle on kasvanut luottamus omiin kykyihinsä. Muutoksessa on myös tärkeä, että työyhteisö sitoutuu siihen ja jokaisen ääntä kuunnellaan, jotta muutos toteutuu. (Valpola 2004, 30-31.)

4 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

4.1 Sähköinen kirjaaminen ja sen edut hoitotyössä

Sähköistä kirjaamista nähdään sähköisenä potilaskertomuksena ja sitä on määritelty hyvin eri tavoin. Yleisesti sähköisellä kirjaamisella tarkoitetaan sairauskertomuksen tietojen tallentamista, välittämistä, säilyttämistä ja käyttämistä tietotekniikan avulla, huomioiden myös tietoturvaan liittyvät vaatimukset. Sähköinen potilaskertomus on potilaalle annetun kokonaisvaltaisen hoidon asiakirja, joka sisältää sekä välittömästi hoitoon liittyviä tietoja että epäsuorasti käytettäviä tietoja kuten esimerkiksi hoidon järjestäminen ja toiminnan laadun seuranta. (Häyrinen & Ensio 2007, 97.)

Manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen siirtymisellä hoitotyössä muutetaan sekä tapaa tuottaa tietoa että hyödyntää tietoa. Muutosten mukaan ammatillinen päätöksenteko ei prosessina muutu, ajattelu jää samaksi, vain tietojen kirjaaminen muuttuu. (Ensio 2007, 59.) On todettu, että hoitosuunnitelmaan kirjaaminen manuaalisesti jää satunnaiseksi useissa yksiköissä ja suunnitelmien antama tuki päivittäiselle hoitotyön kirjaukselle jää toteutumatta. Sen sijaan sähköinen kirjaaminen mahdollistaa hoitosuunnitelmatietojen kuljettamisen päivittäisten hoitotyön kirjausten kanssa tiiviisti yhdessä ja näin ollen tukee päivittäistä hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Ensio & Saranto 2004, 33.)

Hoitotyön kirjaamisen muuttaminen sähköiseen muotoon tuo hoitotyölle mahdollisuuksia, kuten automaattisen tietojenkäsittelyn hyödyt asiakkaan tietojen hakemisessa, esittämisessä, yhdistelemisessä ja tilastoinnissa. Nämä hyödyt ovat mahdollisia kuitenkin vain silloin, kun hoitotyön kirjat tallennetaan rakenteisesti. (Ensio & Saranto 2004, 44.)

Sähköisen kirjaamisen avulla voivat terveydenhuollon organisaatiot kehittää erilaisia toimintaprosesseja asiakaslähtöisemmäksi, tehokkaammaksi ja laadukkaammaksi. Sillä edistetään tietojen vaihtoa eri organisaatioiden välillä ja myös organisaation sisällä eri ammattiryhmien kesken. Sähköinen kirjaaminen lisää tiedon käytettävyyttä, sillä tuotettu tieto toimii seurannan ja tilastoinnin viiveettömänä ja nopeana apuvälineenä ja myös keskeisenä informaatio-ohjauksen välineenä. Sähköinen kirjaaminen lisää potilashoidon turvallisuutta, parantaa hoidon kustannusvaikuttavuutta ja laatua, ja edesauttaa myös näyttöön perustuvan tiedon hyväksikäyttöä. (STM 2003, 29-30.) Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa myös hoitotyön tietovarastojen syntymisen ja niiden hyödyntämisen jälkikäteen, mikäli tietojen tallennuksen systematiikka on huolellisesti toteutettu. (Ensio & Saranto 2004, 34.)

4.2 Ydintiedot sähköisessä kirjaamisessa

Ydintietojen käsite on yksi sähköisen potilasasiakirjan peruskäsitteitä. Ydintietojen kokoaminen on käynnistynyt paperisen potilaskertomuksen keskeisistä hoitotiedoista ja aikaisemmista tietomäärittelyistä. Niillä tarkoitetaan potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, jotka kuvataan määrämuotoisella tavalla ja joita pystyy tarvittaessa siirtämään tietojärjestelmästä toiseen. (Häyrinen & Ensio 2008, 10.)

Ydintietoja kirjataan kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla (Saranto & Sonninen 2007, 13). Rakenteiset ydintiedot voidaan jakaa hallinnollisiin ja potilaan hoitoprosessin tietoihin. Niiden avulla saadaan kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä häneen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. (Häyrinen & Ensio 2008, 104.) Hoitotyön ydintiedoista voidaan laatia myös tiivistelmiä ja jatkohoidon suunnitelmia, joita pystyy hyödyntämään moniammatillisessa hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa, seurannassa sekä tilastoinnissa (Tanttu & Ikonen 2008, 112). Hoitotyön ydintiedot muodostuvat hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista, hoidon tuloksista, hoitotyön yhteenvedosta ja hoitoisuudesta, niitä käytetään kansallisesti yhtenäisessä hoitotyön kirjaamisessa (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 4).

4.3 Hoitotyön prosessi

Suomessa on kansallisesti sovittu, että sähköistä kirjaamista jäsentää hoitotyön prosessi, hoitotyön ydintietojen keräämisessä, kirjaamisessa ja tallentamisessa. Hoitotyön prosessi tuli Suomeen 1970-luvulla WHO:n hoitotyön mallina. Siitä lähtien hoitotyön kirjaamista on jäsennetty prosessin mukaisesti ainakin jollain tapaa. (Hopia & Koponen 2007, 6.)

Hoitotyön prosessi on ammatillisen työn ydin, joka auttaa päätöksenteossa, arvioinnissa sekä seurausten ennustamisessa (Kuosmanen 2010, Anttilan ym. 2010, 28 mukaan). Laine (2008, 36) on todennut tutkimuksessaan, että hoitajien mukaan hoitotyön prosessi selkeyttää huomattavasti kirjaamista. Iivasaaren ja Syväojan (2008, 651) mukaan hoitotyön prosessi muodostuu seuraavista vaiheista: hoidon tarpeen arvioinnista, hoidon tavoitteista, hoitotyön suunnitelluista toiminnoista, hoitotyön toteutuneista toiminnoista, hoidon tulosten arvioinnista ja hoitotyön yhteenvedosta.

4.3.1 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointi on hoitotyön prosessin ensimmäinen vaihe. Sitä voidaan kuvata lyhyenä yhteenvedona potilaan ongelmista ja hoidon tarpeesta. Hoidon tarpeen arvioinnin tarkoituksena on hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin ohjaaminen kohti kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitotyötä, huomioiden potilaan voimavarat. (Ensio & Saranto 2004, 37-43.) Hoidon tarpeen täsmällinen kirjaaminen on erittäin tärkeä, koska se edistää koko hoitoprosessin arviointia (Ensio & Saranto 2004, 36).

Vuorovaikutuksella on keskeinen osa hoidon tarpeen arvioinnissa. Päätöksentekoon tarvittava tieto saadaan pääosin vuorovaikutuksessa haastattelemalla ja kuuntelemalla asiakasta. Esimerkiksi vastaanotolla kasvokkain tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa saadaan tärkeitä lisätietoja näköhavainnoinnin avulla. Puhelimitse tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa ammattihenkilöllä on kiinnitettävää huomiota asiakkaan ilmaisutapaan. Hoidon tarpeen arvioinnissa voidaan varmistaa tärkeiden tietojen saaminen esittämällä oikeita kysymyksiä. Kysymystekniikoita ovat avoimien ja suljettujen kysymysten sekä tunnustelukysymysten käyttäminen ja niiden vuorottelu. Päätöksentekoon vaikuttavaa tietoa saadaan myös potilaskertomuksesta sekä asiakkaan läheisiä haastattelemalla. (Syväoja & Äijälä 2009, 56-57.)

Syväoja ja Äijälä (2009,7) mukaan Pyykkö (2009) on todennut kirjaamisella olevan iso merkitys hoidon tarpeen arvioinnissa, koska puutteellisella kirjaamisella voi vääristyä koko hoitoprosessin ohjaus ja aiheutua jopa hoitovirheitä. Kirjaamisen tulee olla potilaslähtöinen, eikä hoitajan tekemisiä kuvaava (Syväoja & Äijälä 2009, 87). Hoidon tarpeen tulee kuvata potilaan tilaa niin, että siihen voidaan vastata hoitotyön toiminnoin (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 8).

4.3.2 Hoidon tavoitteet

Hoitotyön prosessin toinen vaihe on hoidon tavoitteiden asettaminen. Tavoitteiden asettamisella otetaan huomioon hoidon tarve, minkälaisia muutoksia odotetaan tapahtuvan asiakkaan tilassa ja mitä asiakas itse odottaa voivansa tapahtuvan. Tavoitteita asetetaan tunnistettujen hoidon tarpeiden poistamiseksi tai vähentämiseksi tietyn ajan kuluessa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 652-653.) Tavoitteita laadittaessa pitää myös miettiä, kuinka niiden toteutumista voidaan arvioida ja milloin ne ovat realistisia saavuttaa. Tavoitteen saavuttamiseen on asetettava päivämäärä, koska se määrittää hoidon tulosten arvioinnin ajankohdan ja jäsentää potilaan hoitoa. (Ahonen ym. 2007, 8.) Hoidon tavoitteita voidaan asettaa kokonaistavoitteena tai välitavoitteena. Kokonaistavoite ilmaisee asiakkaan lopullista tilaa ja se pyritään asettamaan hoidon alussa, jos asiakkaan tila sen sallii. Välitavoitteita voidaan asettaa useampi. (Iivanainen & Syväoja 2008, 652-653.)

Hoidon tavoitteet tulee olla asetettu potilaskeskeisinä eikä hoitajan toimintaa kuvaavina. Hoidon tavoitteita asetetaan konkreettisesti ja lyhyesti. Tavoite ei saa perustua toiveisiin, vain sen tulee olla oikeassa suhteessa asiakkaan voimavaroihin, persoonallisuuteen ja elämäntilanteeseen. Tavoitteen pitäisi kuvata täsmällisesti asiakkaan selviytymistä itsenäisesti tai autettuna ja sen pitää alkaa aina toimintaa kuvaavalla verbillä. (STM 2001:3; Iivanainen & Syväoja 2008, 652-653.)

4.3.3 Hoitotyön suunnitellut toiminnot

Hoitotyön suunnitellut toiminnot ovat hoitotyön prosessissa kolmantena vaiheena ja tarkoitettu hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Suunnitellut toiminnot valitaan hoidon tavoitteiden mukaan niin, että ne ovat tarkoituksenmukaisia. Hoitotyön auttamismenetelmiin vaikuttavat henkilökunnan määrä, asiakkaan itsehoitoisuus ja hoitovälineiden saatavuus. Hoitotyön suunnitellut toiminnot ovat tukeminen, ohjaaminen, avustaminen, rohkaisu, kuunteleminen, seuranta ym. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653.)

Hoitotyön toiminnot suunnittelee moniammatillinen tiimi yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Yhteistyössä suunnitteleminen motivoi ja sitoo asiakkaan toimimaan tavoitteen suuntaisesti. Myös moniammatillisen tiimin yhteistyössä toimiminen auttaa asiakkaan hoitoprosessia etenemään loogisesti kohti asetettuja tavoitteita. Näin olleen jokainen tietää, milloin mitään tekee ja on vastuussa omasta ydintehtävästä. (Ahonen ym. 2007, 8-9.)

4.3.4 Hoitotyön toteutuneet toiminnot

Hoitotyön prosessissa neljäntenä vaiheena ovat hoitotyön toteutuneet toiminnot. Ne kuvaavat potilaalle suunniteltujen toimintojen toteutusta hoitotyön periaatteita, kuten omatoimisuutta, yksilöllisyyttä, kokonaisvaltaisuutta, turvallisuutta, ammatillisuutta ja jatkuvuutta noudattaen. Toteutuneet toiminnot viittaavat joko hoitajan oman asiantuntemukseen tai lääkärin määräykseen. Toiminnoissa yhdistyy hoitamisen tieto ja käsien taito. (Syväoja & Äijälä 2009, 87.) Hoitotyön toteutuneet toiminnot ovat joko lääkärin määräykset tai hoitajan omaan asiantuntemukseen perustuvat toimet. Hoitotyön toteutukseen kuuluu puolesta tekeminen, tukeminen, ohjaaminen, varmistaminen ja hoitotoimenpiteiden tekeminen. Potilaan puolesta tekee hoitaja vain silloin, kun potilas ei siihen itse kykene. Potilasta pyritään tukemaan esimerkiksi keskustelulla, kannustamisella, huolenpidolla. Potilaan ohjauksella opetetaan potilasta ja hänen läheisiään omatoimisuuteen sekä kantamaan itse vastuuta hoidosta. Varmistamisen tarkoituksena on potilaan ja hänen omaisien ymmärrys hoidosta ja sen vastuusta. Hoitotoimenpiteitä ovat esimerkiksi lääkkeiden jako dosettiin, suonensisäisestä nesteytyksestä huolehtiminen, nenä-mahaletkun tai kestopatettrin laittaminen. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653.)

4.3.5 Hoidon tulosten arviointi

Hoidon tulosten arviointi on viides vaihe hoitotyön prosessissa ja sillä kuvataan potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Se, miten potilaan hoidon tavoitteet ovat toteutuneet ja miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu, arvioidaan hoidon tuloksissa. (Syväoja & Äijälä 2009, 88.) Hoidon tulosten arvioinnissa kuvataan, minkälaisia muutoksia on tapahtunut potilaan voinnissa, miten potilas on hoidon kokenut ja saavutettiinko asetettu tavoite. Sairaanhoitajan

on arvioitava ja kirjattava asiakkaan hoitoa koskevat keskeiset asiat kokonaisuuksiksi ja on huolehdittava myös koko moniammatillisen tiimin informoinnista asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta. (Ahonen ym. 2007, 9.)

Hoidon tulosten arviointi on uusien tarpeenmääritysten alku. Hoitotyön prosessi jatkuu niin kauan, kunnes kaikki hoidon tavoitteet on saavutettu. Jos potilaan tilassa tapahtuu muutoksia, suoritetaan arviointia lyhyemmässä aikavälissä. Hoitaja kerää tietoja arviointia varten kyselemällä, havainnoimalla ja mittaamalla. Tulosten ja kerättyjen tietojen perusteella tehdään johtopäätökset potilaan jatkohoidosta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 654.)

4.3.6 Hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön yhteenveto koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista hoitajakson loppuessa. Se sisältää hoitajakson aikana tunnistetut hoidon tarpeet, suoritettut toiminnot sekä toteutuneet ja toteutumattomat tulokset/tavoitteet. (Sonninen & Ikonen 2008, 78.)

Tanttu ja Ikonen (2008, 114) mukaan hoitotyön yhteenvedon laatiminen edellyttää erittäin hyvää ja tarkkaa päivittäistä kirjaamista. Hoitotyön ydintietoja täydennetään tarvittaessa hoitotyön luokitusten pää- ja alaluokkien avulla ilmaistuilla tiedolla ja vapaamuotoisella tekstillä (Liljamo ym. 2008, 11). Kun hoitotyön kirjaamisessa käytetään sähköisiä tarve- ja toimintoluokituksia voidaan yhteenvedoon siirtää automaattisesti jo kirjattua tietoja (Tanttu & Ikonen 2008, 114–115). Tavoitteena hoitotyön yhteenvedon kirjaamisessa on, että sama tietoa ei tarvitse kirjata useaan kertaan. Kertaalleen kirjattu tieto voidaan valita siirtymään automaattisesti hoitotyön yhteenvedoon. Kirjaaja valitsee haluamansa tiedot kaikilta lomakkeilta ja ne siirtyvät yhteenvedoon. Täten vältetään päällekkäistä kirjaamista ja vähennetään virheiden muodostumista. (Ensio & Saranto 2004, 43.) Hoitotyön yhteenveto sisältää valitut tietojen lisäksi myös automaattisesti muualta potilaskertomuksesta siirtyvät tiedot kuten potilaan henkilötiedot, osasto tai yksikötiedot, tulotilanteen tiedot, hoitajakson keston tiedot ja myös hoitoisuustiedot, joka ilmaistaan numeerisesti tai sanallisesti (Liljamo ym. 2008, 11).

Ensio ja Saranto (2004, 43) mukaan tärkeimmät tavoitteet hoitotyön yhteenvedossa ovat hoidon jatkuvuuden turvaaminen sekä potilasturvallisuus. Hoitotyön yhteenvedoa pystyy hyödyntämään esimerkiksi potilaan jatkohoitopaikkaan lähetettävässä epikriisissä (Tanttu & Ikonen 2008, 114). Yhteenvedon avulla saadaan kattava kuva potilaalle annettavasta hoidosta ja hoidon suunnitelmista sekä päästään nopeasti hoidon alkuun uudessa hoitopaikassa. Ajan säästäminen ja helposti käytettävissä olevat potilasasiakirjat ovat kattavan hoitotyön yhteenvedon tärkeimpiä hyötyjä. (Ensio & Saranto 2004, 43.)

4.4 Systemaattinen kirjaaminen

Kirjaamisen systemaattisuus tarkoittaa yhtenäisyyttä, eli on sovittu mitä, mihin ja miten kirjataan. Potilaan hoitotyössä systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan eli hoitoprosessin mukaista kirjaamista. (Saranto & Sonninen 2007, 12-14.)

Saranto ja Sonninen (2008, 12) ovat todenneet kirjaamisen olevan tärkeä osa potilaan päivittäisessä hoidossa. Hoitotyön kirjaamisen muuttaminen sähköiseen muotoon tuo hoitotyölle mahdollisuuksia, kuten automaattisen tietojenkäsittelyn hyödyt asiakkaan tietojen hakemisessa, esittämisessä, yhdistelemisessä ja tilastoinnissa. Nämä hyödyt ovat mahdollisia kuitenkin vain silloin, kun hoitotyön kirjaukset tallennetaan rakenteisesti. (Ensio & Saranto 2004, 44.)

Kirjaamisen systemaattisuutta lisätään rakenteistamalla eli järjestelemällä ja strukturoimalla eli luokittelemalla kirjaamista. Rakenteistaminen hoitotyön kirjaamisessa tarkoittaa, että kehitetään kirjaamisen rakennetta ja sisältöä. (Sonninen 2008, 66.) Hoitotyön kirjaamisen rakennetta rakenteistaa hoidollisen päätöksenteon prosessimalli ja kirjaamisen sisältöä rakenteistavat termistöt ja luokitukset (Sonninen & Ikonen 2008, 79). Osa tiedoista kirjataan valmiita otsikkoja, koodeja sekä luokituksia käyttäen ja niitä täydennetään vapaalla kuvailevalla tekstillä (Syväoja & Äijälä 2009, 86).

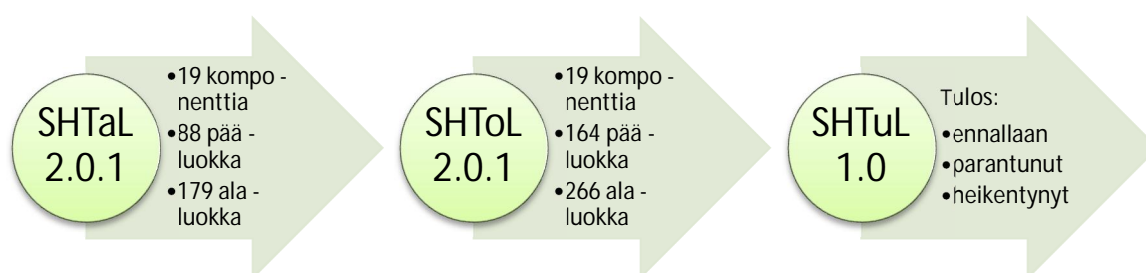
Rakenteisella kirjaamisella on selkeät edut. Esimerkiksi moniammatillinen tiedonhaku helpottuu, koska tietoja voidaan hakea ydintietojen ja luokitusten otsakkeiden avulla. Rakenteisesti kirjatun tiedon avulla pystyy muodostamaan tiivistelmiä eri tarkoituksiin: jatkohoidon suunnitteluun, hoitotyön yhteenvedon muodostamiseen ja raportointiin vuorojen vaihtuessa. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa hoidon laadun seurannan ja varmistamisen sekä tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. (Tanttu 2008.) Rakenteisella kirjaamisella vältetään kaksoiskirjaaminen hoitosuunnitelmaan ja voidaan automatisoida hoitosuunnitelman laatimista ja sen toteutumisen seuranta (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 13).

4.4.1 Kansallinen FinCC-luokituskokonaisuus

Hoitotyön systemaattista kirjaamista käytetään kansallisesti yhtenäisessä kirjaamismallissa FinCC-luokituskokonaisuudessa. FinCC (Finnish Care Classification) pohjautuu yhdysvaltalaiseen hoitotyön kirjaamiseen kehitettyyn luokitukseen Clinical Care Classification (CCC). (Itä-Suomen yliopisto 2012.) Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli on saanut muotonsa useiden vuosien aikana tehtyjen kansallisten ja paikallisten kehittämishankkeiden, pilotointien ja käyttäjäpalautteiden seurauksena (Ensio & Kinnunen 2011). Suomalainen hoitotyön luokitus-

kokonaisuus Finnish Care Classification (FinCC) otettiin käyttöön vuonna 2008. Sen sisältö rakentuu hoidon tarveluokituksesta, hoitotyön toimintoluokituksesta ja hoidon tulosluokituksesta. (Tanttu 2008.)

FinCC-luokituskokonaisuus koostuu kahdesta hierarkkisesta tarve- ja toimintoluokituksesta SHTaL 2.0.1. ja SHToL 2.0.1 sekä tulosluokituksesta SHTuL 1.0. Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL 2.0.1 sekä hoitotyön toimintoluokitus SHToL 2.0.1 koostuvat 19 samannimisestä komponentista, kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Tulosluokituksella SHTuL 1.0 arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta kolmella vaihtoehdolla: tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt. (Liljamo ym. 2008, 3- 4.)



Kuvio 2: FinCC-luokituskokonaisuuden hierarkia (mukaiillen Liljamo ym. 2008)

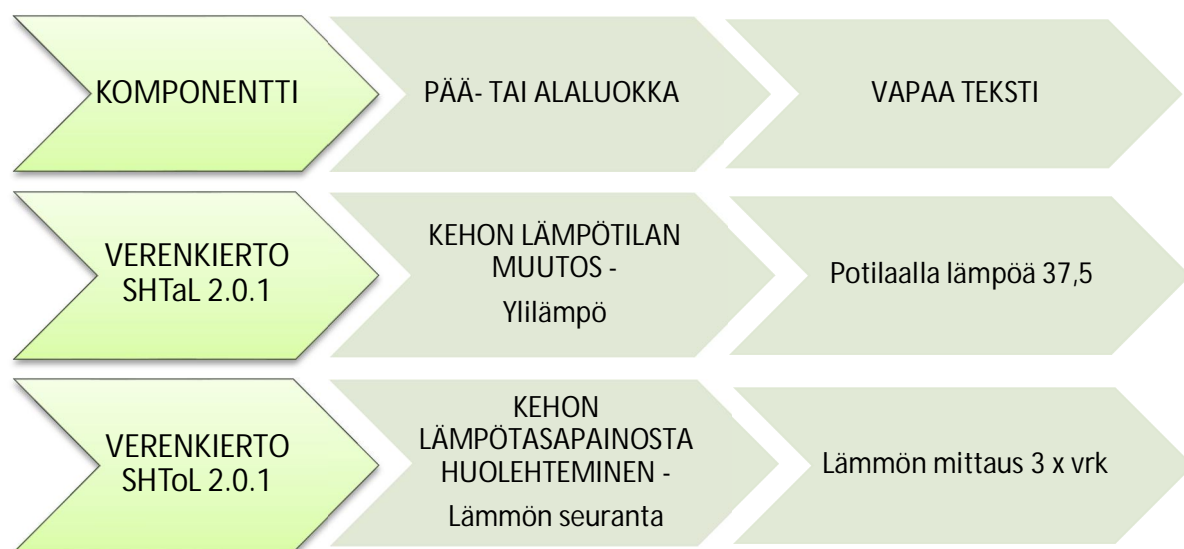
SHTaL 2.0.1. eli hoidon tarveluokituksen kehittäminen aloitettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin hankkeessa vuonna 2004. Hoitotyön toimintoluokituksen SHToL 2.0.1. kehittäminen alkoi 1990-luvulla. Ensimmäisen version hoitotyön toimintoluokituksesta julkaisi Anneli Ensio väitöskirjatyönään vuonna 2001. Siitä seuraavan version kehitti Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri kehittämishankkeen tuloksena. Molempia luokituksia kehitettiin valtakunnallisessa hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeessa vuosina 2005 - 2007 sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamana. Luokitusten kehittämisessä on ollut tärkeä, että niiden tuottama tieto voidaan hyödyntää päivittäisessä päätöksenteossa ja voidaan myös hyödyntää hoitotyön johtamisessa ja tutkimuksessa. (Sonninen 2008, 88.)

KOMPONENTTI	• Komponentin sisällön yleiskuvaus
Aktiviteetti	•Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
Erittäminen	•Ruuansulatuksen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	•Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät
Nestetasapaino	•Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	•Terveysten edistämiseen liittyvät osatekijät
Terveyspalvelujen käyttö	•Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
Lääkehoito	•Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitsemus	•Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	•Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Kanssakäyminen	•Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
Turvallisuus	•Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvalisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	•Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykinen tasapaino	•Psyykisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
Aistitoiminta	•Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
Kudoseheys	•Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Jatkohoito	•Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
Elämänkaari	•Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät
Verenkierto	•Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	•Endokriiseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

Taulukko 1: FinCC-luokituksen komponentit version 2.0.1. mukaan (Liljamo ym. 2008)

Komponentit kuvaavat potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita sekä potilaan käyttäytymistä ja terveyspalvelujen käyttöä. Komponenttitasoa ei käytetä kirjattaessa, se on vain

yhteisotsikko aihealueelle, joka sisältää konkreettisemmat pääluokat ja alaluokat. Hoitotyön kirjaamisella hoitaja valitsee joko pää- tai alaluokkatasolta mahdollisimman kuvaavan termin ja täydentää sitä tarvittaessa vapaalla tekstillä. Hoidon tarveluokituksen pää- ja alaluokkia käytetään silloin, kun määritetään hoidon tarvetta. Hoitotyön toimintoluokituksen pää- ja alaluokkia käytetään hoidon suunnitteluvaiheessa, kun asennetaan tavoitteita ja valitaan hoitotyön toimintoja. Toimintoluokitusten avulla kirjataan myös hoidon toteutus. Viimeisenä vaiheena arvioidaan hoidon tulosta vertailemalla potilaan tarpeita, tavoitteita ja toteutunutta hoitoa sekä valitaan hoidon tuloksen tila. (Liljamo ym. 2008, 4- 13.) SHTaL- ja SHToL-luokituksia voidaan käyttää erikseen, mutta suurin hyöty saadaan kuitenkin niiden rinnakkaisesta käytöstä (Tanttu 2008).



Kuvio 3: Esimerkki FinCC-tarveluokituksen ja -toimintoluokituksen kirjaamisesta

FinCC-luokituskokonaisuutta päivitetään usein, käyttäjiltä kerätyn palautteen pohjalta, vastaamaan entistä paremmin käyttäjien tarpeita. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL) sekä Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos vastaavat FinCC-luokituskokonaisuuden päivityksestä. FinCC-luokitusten uudet versiot SHTaL 3.0 ja SHToL 3.0 valmistuivat vuoden 2011 lopulla, SHTuL luokituksessa käytetään edelleen versiota 1.0. (Itä-Suomen yliopisto 2012.)

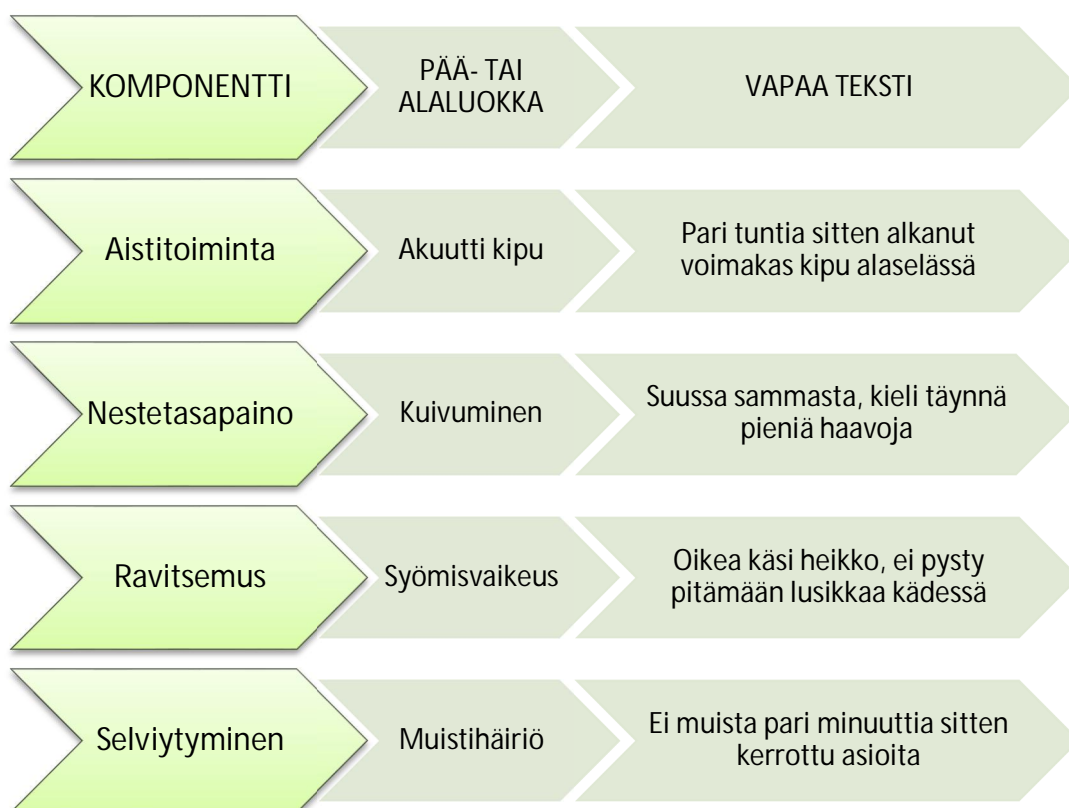
4.4.2 Hoidon tarpeen määrittely FinCC-luokituksen mukaisesti

Tanttu (2008) mukaan hoidon tarve on yksi kansallisesti määritelty hoitotyön ydintieto. Hoidon tarpeen määrittely kuuluu hoidollisen päätöksenteon ensimmäiseen ja toiseen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa sillä tarkoitetaan potilasta koskevien tietojen keräämistä ja

analysointia, toisessa vaiheessa päätelmien tekoa ja priorisointia. (Sonninen & Ikonen 2008, 76.) Hoidon tarpeen määrittelyn tarkoituksena on hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin ohjaaminen kohti kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitotyötä, huomioidessaan potilaan voimavarat. (Ensio & Saranto 2004, 37-43.)

Hoidon tarpeen määrittelyssä kartoitetaan potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia. Hoidon tarpeita määriteltäessä kerätään potilasta taustatietoja ja haastatellaan potilasta. Hoitajan havainnoinnilla ja mittauksilla sekä potilaan omalla kertomuksella saadaan yhdessä määriteltyä potilaan hoidon tarve. (Ensio & Saranto 2004, Liljamo ym. 2008, 7-8 mukaan.)

Hoidon tarpeen määrittämisen apuna käytetään FinCC-tarveluokitusta SHTaL 2.0.1. Tarveluokitusta käytetään vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja myös avosektorilla potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen. (Tanttu 2008.) Sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä komponentti näkyy tekstinä hoitokertomusnäytöllä, pelkällä komponenttitasolla kirjaamista ei kuitenkaan voi suorittaa. Hoidon tarpeen kirjaamisella hoitaja valitsee potilaan hoidon tarvetta vastaavan komponentin alta joko pää- tai alaluokan ja täydentää sitä tarvittaessa vapaalla tekstillä. Kuviossa 4 kuvataan esimerkki FinCC-tarveluokituksen mukaisesta kirjaamisesta.



Kuvio 4: Esimerkki FinCC-tarveluokituksen mukaisesta priorisoitu kirjaamisesta

Potilaskertomukseen laaditaan pää- ja alaluokkien avulla kuvaus potilaan terveydentilasta: olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, jotka ovat poistettavissa tai lievitettävissä hoitotoimintojen avulla. Potilaskertomukseen kirjataan vain hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet ja ne priorisoidaan eli asetetaan tärkeysjärjestykseen. Hoidon tarpeiden huolellinen kirjaaminen on erittäin tärkeää, koska se edistää koko hoitoprosessin arvioimista. (Tanttu & Ikonen 2008, 113.)

4.5 Sähköiseen kirjaamiseen liittyvät lainsäädännöt

Suomessa on paljon lainsäädäntöjä, jotka liittyvät sähköiseen kirjaamiseen. Tärkeimmät lainsäädännöt sähköiseen kirjaamiseen liittyen ovat laki (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista, laki (159/2007) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (päivitetty 2010), laki (559/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Finlex 1992, 2007, 1994).

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaan potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjoissa sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä ja tietoja ei saa antaa muille henkilöille ilman potilaan kirjallista lupaa tai hänen laillisen edustajansa suostumusta. (Finlex 1992.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn lain (159/2007 päivitetty 2010) tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Sillä toteutetaan yhteinen sähköinen potilastietojen käsittely ja arkistointijärjestelmä, että terveydenhuollon palvelut olisivat potilasturvallisempia ja tehokkaampia, sekä edistäisivät potilaan tiedon saannin mahdollisuuksia. Asiakastietojen sähköisessä käsittelystä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys. Asiakastietojen tulee säilyä ehjänä ja muuttumattomina koko säilytysajan. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen antajan tulee pitää rekisteriä omien asiakastietojärjestelmien ja asiakasrekisterien käyttäjistä ja heidän käyttöoikeuksista. (Finlex 2007.)

Lain 159/2007 (muutossäädös 2010/1227) mukaan potilasasiakirjojen ja -tietojärjestelmien tietorakenteiden tulee mahdollistaa sähköisten potilasasiakirjojen käyttö, säilyttäminen, suojaaminen ja luovuttaminen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteutuksen edellyttämät tietosisällöt, käsitelmallit ja toimintaprosesseja tukevat tietorakenteet määrittää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, joka vastaa myös koodistopalvelun sisällöstä. (Finlex 2007.)

Terveysturvan ammattihenkilöstön laki (559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä palveluiden laatua terveydenhuollossa. Laissa varmistetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, riittävä ammatillinen pätevyys ja muut ammattitoimikunnan edellyttämät valmiudet. Terveysturvan ammattihenkilöille järjestetään valvonta terveysturva- ja sairaanhoidossa ja helpotetaan ammattihenkilöiden yhteistyötä. (Finlex 1994.)

Sähköisen lääkemääräyksen laki (61/2007) tarkoituksena on parantaa potilas- ja lääketurvallisuutta. Laki helpottaa ja tehostaa lääkkeen määräämistä ja toimittamista. Potilaan lääkemääräykset tallennetaan sähköisesti valtakunnalliseen reseptikeskukseen, josta tallennetut lääkemääräykset voidaan toimittaa potilaalle, hänen valitsemastaan apteekista sopivaan ajankohtaan. (Finlex 2007a.)

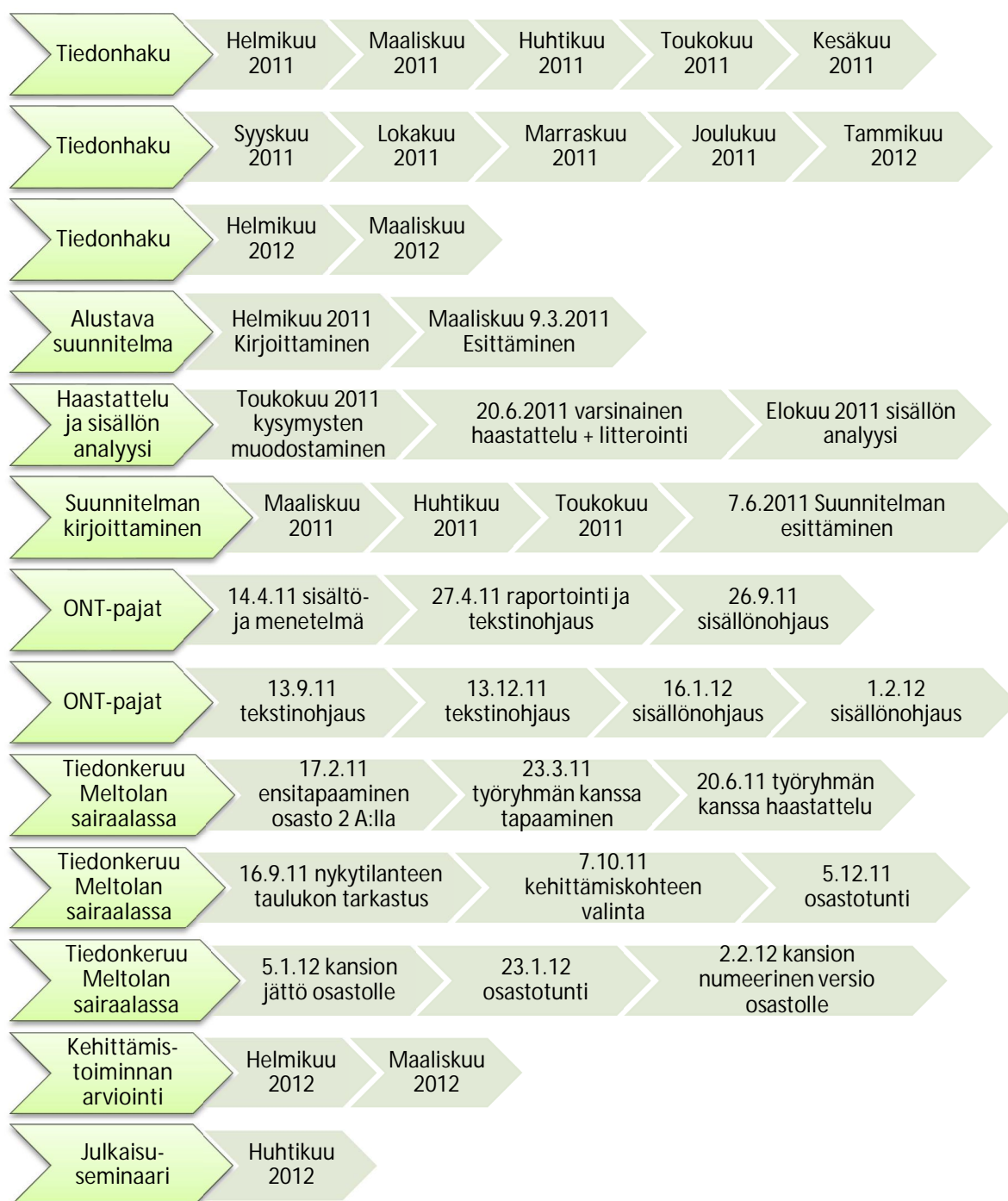
4.6 Eettiset ja salassapitokysymykset

Suomessa on erilaisten eettisten tutkimuslautakuntien tehtävä ohjata, valvoa ja neuvoa eettisyyttä ja asianmukaisuutta tutkimushankkeissa. Tutkimusta suorittaessa tutkijan on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Tutkimustietojen hankintaan ja niiden julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä. Eettisesti hyvä tutkimus vaatii, että tutkimusta tehtäessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.)

Opinnäytetyötä tehtäessä kaikkia kehittämistoiminnan työryhmänjäseniä sitoo vaitiolovelvollisuus seuraavien lakien perusteella: laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000); henkilötietolaki (523/1999); laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Salassapitovelvollisuus tarkoittaa, että kaikki tiedot, jotka koskevat asiakasta ovat salaisia ja luottamuksellisia ja niitä käsitellään huolellisesti ja asianmukaisesti. Tämä koskee sekä henkilötietoja että potilastietoja, kuten sairaus, vamma, terveydentila, sosiaalinen tila jne. Kaikki Folkhälsanin palveluksessa olevat henkilöt ovat vastuussa siitä, että salassapitomääräyksiä noudatetaan. (Folkhälsan 2006.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Opinnäytetyön aihe saatiin 4.2.2011. Aluksi tutustuttiin aiheeseen, etsittiin tietoja Internetistä ja saatiin ohjaajilta neuvoja etenemisen järjestykseen. Opinnäytetyön kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista ja se suunniteltiin juurruttamisen mallin 2.0 mukaan. Opinnäytetyön aikataulu on kuvattu kuviossa 5.



Kuvio 5: Opinnäytetyön aikataulu

Ensimmäistä kertaa käytiin Meltolan sairaalassa 17.2.2011. Tutustuttiin osastoon 2 A, joka on tämän opinnäytetyön kehittämistoiminnan ympäristö. Vierailtiin tutustumiskierroksella osastolla ja haastateltiin osastonhoitajaa osaston perusasioista. Kehittämiprojektin yhteistyöryhmään kuului viisi sairaanhoitajaa, yksi perushoitaja, opiskelijat ja ohjaajat. Kehittämiprojektin työryhmän osapuolten välinen kirjallinen sopimus tehtiin 23.3.2011 kirjaamisen luennon yhteydessä, jolloin tavattiin kehittämistoiminnan työryhmään kuuluvia henkilöitä.

5.1 Nykytilanteen kuvaus osasto 2 A:lla

Tiedonkeruun ensimmäisellä kierroksella oli tarkoitus tuoda hiljainen tieto näkyviksi kuvamalla nykytilannetta. Nykytilanteen kuvauksessa käytettiin apuna teemahaastattelua. Opinnäytetyön pajassa 27.4.2011 ohjeistettiin, että teemahaastattelu vaatii laajaa tietoa aiheen teoriasta. Siksi päätettiin tutustua tarkemmin kirjaamisen teoriaan ennen kysymysten muodostamista. Haastattelukysymykset (liite 1) saatiin valmiiksi toukokuussa 2011. Haastattelukysymykset lähetettiin viikkoa ennen haastattelua työryhmälle tutustuttavaksi. Varsinainen haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna 20.6.2011. Ryhmähaastattelu pidettiin Meltolan sairaalan osasto 2 A:lla. Osastonhoitaja oli varannut työryhmälle haastattelua varten rauhallisen tilan. Ryhmähaastatteluun osallistuivat työryhmästä viisi hoitajaa, opiskelijajäsenet esittivät kysymyksiä ja nauhoittivat haastattelutilanteen. Haastattelu purettiin litteroimalla heti haastattelutilanteen jälkeen. Saatu tieto analysoitiin sisällönanalyysin avulla elokuussa 2011. Nykytilanteen kuvauksen taulukon täyttämisen yhteydessä huomattiin, että taulukosta puuttuu tärkeitä tietoja. Tavattiin työryhmän kanssa osastotunnilla 16. syyskuuta 2011, jossa käytiin läpi nykytilanteen kuvauksen taulukkoa (liite 2) ja keskusteltiin kehityskohteen valinnasta. Taulukko jätettiin osastolle luettavaksi ja tarvittaessa korjattavaksi.

5.2 Tieto käsitteelliselle tasolle

Tiedonkeruun toisella kierroksella esiteltiin työryhmälle nykytilanteen taulukkoa (liite 2). Nykytilanteen taulukko on koostettu teemahaastattelulla hoitajien kanssa. Tulotilanteesta potilaasta kirjataan tulostatus, jota saadaan esimerkiksi läheteestä tai epikriisistä. Siitä saa selville tärkeimmät tiedot esimerkiksi, miten potilas on pärjännyt kotona, minkä takia ja mistä potilas tulee, aikaisemmat diagnoosit tai sairaudet, apuvälineiden käyttö, omaisten tiedot ja potilaan esitiedot. Tulotilanteeseen kuuluu potilaspaikan hakeminen ja varmistaminen, potilaskansion valmiiksi laittaminen, mistä selviää lääketiedot tai tarvitseeko potilas esimerkiksi eristystä. Tulotilanteen tietolähteinä käytetään omaisia, toisia hoitopaikkoja, esimerkiksi kotisairaanhoidon, potilasta itseään ja lähetettä tai epikriisiä. Tulotilanteen tiedot kirjataan tietokoneella olevaan HOKE-kertomuslomakkeeseen, tulostatus lomakkeeseen sekä taustatietolomakkeeseen. Tulotilanteen tietoa hyödynnetään potilaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnit-

teluun, se helpottaa kaikkien työvuorossa olevien hoitajien sekä vapaalta tulevia että sijaisina toimivia hoitajia perehtymään potilaan hoitoon.

Hoidon suunnittelun kirjaamisessa käytetään taustatietoja potilaasta eli tiedot tulotilanteesta. Hoidon tavoitteet kirjataan omalla vapaalla tekstillä. Hoitotiimi kirjaa hoitosuunnitelman taustatietojen perusteella. Hoidon suunnittelu vaiheeseen kuuluu hoitokokouksen pitäminen hoitotiimin kanssa, raportointi tilanteet ja jatkuva hoidon tarpeen arviointi. Hoidon suunnittelun tiedot ovat peräisin tulotilanteen tietojen pohjalta, hoitohenkilökunnalta, omalta hoitoryhmältä, omaisilta, potilaalta tai edellisistä hoitajaksoista. Hoidon suunnittelun tiedot kirjataan paperilomakkeelle ja osittain myös tietokoneelle HOKE-lehdelle. Hoidon suunnittelun avulla pystytään arvioimaan päätavoitteita, esimerkiksi ovatko ne liian korkeat tavoitteet. Hoidon suunnittelua hyödynnetään siten, että kaikki pyrkii samoihin tavoitteisiin potilaan hoidossa, eikä tule väärinkäsitystä, miten toimitaan, näin ollen pysyy yhteinen päämäärä.

Hoitotyön toiminnoista kirjoittavat hoitajat päivittäin. Esimerkiksi verenpaine, pulssi, liikkuminen, syöminen. Hoitotyön toimintoihin kirjoitetaan myös potilaan jatkosuunnitelmia, joita voivat olla esimerkiksi tutkimukset, hoitokokoukset, potilaan toimintakyky ja jatkohoito. Hoitotyön toimintoihin kirjataan yhteydenotot muihin potilaan hoitoon osallistuviin ryhmiin. Hoitotyön toimintoihin kuuluu lääkehoidon toteuttaminen ja potilaan kokovaltainen hoitaminen. Tiedot ovat peräisin hoidon päivittäisestä seurantaraportista, lääkärin määräyksistä, laboratoriosta, fysioterapeutilta ja muista tutkimustuloksista. Hoitotyön toiminnot kirjataan paperilomakkeeseen ja osittain myös tietokoneelle, esimerkiksi hoitotaulukkoon ja HOKE-lehdelle. Tiedot hyödynnetään siten, että pystytään arvioimaan, onko kokonaisuudessa tapahtunut muutosta. Tiedot helpottavat vapaalta tulleen hoitajan tai sijaisen perehtymistä potilaan hoitoon ja samalla hän pystyy katsomaan, mitä on suunniteltu potilaalle ja mihin hänen hoidossa pyritään. Tietoja hyödynnetään sekä potilaan voinnin ja toimintakyvyn seuranta-arvioinnissa että jatkohoidon tarpeen arvioinnissa.

Hoidon arvioinnissa kirjataan potilaan toimintakyky, liikkuminen, jatkohoidon tarve, lääkehoidon vaikuttavuus ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon vaikuttavuus. Hoidon arviointiin kuuluu laboratoriokokeiden otto, lääkehoidon toteutus, moniammatillisen ryhmän arviointi, hoitomittauksien teko ja toteutetaan lääkimääräyksiä sekä työryhmään kuuluvia ohjeita. Tiedot ovat peräisin päivittäisistä hoitotyön toiminnoista, dokumentoinnista, suullisesta vuorovaikutuksista, keskusteluista, erilaisien mittauksien tuloksista ja moniammatillisen työryhmän arviointitilanteista. Jokapäiväinen arviointi kirjataan paperilomakkeeseen. Koneelle HOKE-lehdelle kirjataan alkuarviointi, väliarviointi ja loppuarviointi. Hoidon arviointia hyödynnetään väliarvioinnissa uusien hoitotavoitteiden laittamisessa, jatkotutkimuksien sekä jatkohoitotarpeiden määrittämisessä esimerkiksi, pärjääkö potilas kotona vai tarvitseeko kotihoidon tukea. Hoidon arvioinnista hyötyy myös seuraava hoitopaikka.

Hoitotyön yhteenvedot kirjataan niin, että tavoitteet toteutuvat. Tarvittaessa määritellään uusia tavoitteita potilaalle ja annetaan potilaalle jatkohoito-ohjeet. Hoitotyön yhteenvedoon kuuluu seuranta arviointi, tiedottaminen ja päätöksenteko. Tieto on peräisin dokumentoinnista. Hoitotyön yhteenvedo kirjataan potilasasiakirjoihin tietokoneelle kohtaan loppuarviointi - jatkohoitosuunnitelma. Tietoja hyödynnetään lähettämällä yhteenvedo potilaasta seuraavaan hoitopaikkaan tai kotisairaanhoidolle. Yhteenvedon tietojen avulla tiedotetaan potilaan hoitoon osallistuville tahoille potilaan kokonaishoidosta ja jatkohoitotarpeesta.

5.3 Kehityskohteen valinta

Nykytilanteen kuvauksen avulla tuotiin hiljainen tieto esille. Osastotunnilla 16.9.2011 käytiin läpi nykytilanteen taulukkoa ja lisättiin siihen tietoa. Keskusteltiin työryhmässä kehittämiskohteen valinnasta. Kehittämiskohteen valintaan vaikutti se, että Meltolan kirjaamisen kehittämisprojekti perustui lakiin 159/2007, jonka mukaan kaikilla terveydenhuollon palveluiden tarjoajilla pitää liittyä lähivuosien aikana valtakunnallisten tietojärjestelmien käyttäjiksi. Valtakunnallisten tietojärjestelmien käyttäminen edellyttää rakenteisen luokitusten mukaisen hoitotyön kirjaamisen osaamista. Kehittämiskohteen valintaan vaikutti myös se, että työyhteisö oli toivonut jo haastattelun tilanteessa kehittämiskohteeksi kaksoiskirjaamisen vähentämistä. Komulaisen ym.(2011, 13) mukaan kaksoiskirjaamista vältetään rakenteisella kirjaamisella. Työryhmässä mietittiin, miten voisi ratkaista osasto 2 A työyhteisön toivetta ja Meltolan sairaalan kirjaamiskehittämisprojektin tavoitetta. Keskustelun perusteella päädyttiin lähteä tukemaan työyhteisön kehittymistä hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaamisessa FinCC-luokituskokonaisuutta käyttäen.

Seuraavalla osastotunnilla 7.10.2011 saatiin tietää, että Folkhälsan lopettaa toimintansa Meltolan sairaalassa, eikä työyhteisöllä ollut tarkkaa tietoa, miten sairaalan toiminta jatkuu. Osaston henkilökunta vaikutti epämotivoituneilta jatkamaan kirjaamisen kehittämistä. Kehotettiin kuitenkin jatkamaan kirjaamisen kehittämistä, koska hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaamista tarvitaan kaikissa hoitoalan työpisteissä.

Samalla osastotunnilla 7.10.2011 käytiin läpi korjattua nykytilanteen taulukkoa ja varmistettiin kehittämiskohde. Työryhmä valitsi kirjaamisen kehittämiskohteeksi hoidon tarpeen määrittämisen FinCC-luokituksen mukaisesti. Hoidon tarpeen määrittely valittiin kehittämiskohdeksi myös siitä syystä, että se on rakenteisen hoitotyöprosessin mukaisen kirjaamisen ensimmäinen vaihe ja tämä olisi hyvä aloitus kokonaisuuden hahmottamiseksi ja oppimiseksi. Käytännössä suunniteltiin näin, että osastolla otetaan esimerkki potilaita, joiden hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon tarve FinCC-luokituksen komponenttien mukaan käyttäen pää- ja

alaotsikoita. Työyhteisön jäsenet toivoivat, että he saavat FinCC-luokitusten mukaiset komponentit pää- ja alaotsikkoineen tietokoneelle sähköiseen versioon.

Osastotunnilla selvisi, että henkilökunta haluaa ottaa täällä hetkellä käyttöön ainoastaan FinCC-mukaisen tarveluokitukset, jotta hoitotyön toimintojen kirjaamista jatketaan vapaana tekstinä tarveluokitusta apuna käyttäen. FinCC-toimintoluokitusta suunnitellaan otettavaksi käyttöön sen jälkeen, kun tarveluokituksen käyttö on tullut henkilökunnalle tutuksi.

5.4 Uuden toimintatavan rakentaminen

Nykytilanteen kuvauksen ja uuden teorian tiedon avulla pyrittiin löytämään uutta toimintatapaa, jota suunniteltiin otettavaksi käyttöön marraskuussa 2011. Tämä suunnitelma ei kuitenkaan toteutunut ja jouduttiin siirtämään suunnitelmia. Joulukuussa 2011 etsittiin uutta teoriatietoa ja laadittiin FinCC-luokitusten mukainen kansio osastolle uuden kirjaamistavan opettelemiseksi. Tammikuun 2012 alussa pidetyllä osastotunnilla työryhmä vaikutti motivoituneemmalta kuin aikaisemmin 2011 syksyllä, koska olivat saaneet tiedon, että Meltolan sairaala jatkaa toimintansa Raaseporin kunnan alaisuudessa. Tuomisen (2011) mukaan Raaseporin kunta aloittaa toimintansa Meltolan sairaalan tiloissa 1.3.2012 ainakin vuoteen 2015 asti ja tulevaisuudessa sairaalan alueelle voi tulla lisää palveluasumista. Osastotunnilla 5.1.12. työryhmän jäsenet totesivat, että he eivät ole saaneet vielä laitettua FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja pää- ja alaotsikoiden kanssa tietokoneelle, mutta arvelivat saavansa laitettua komponentit nopeasti tietokoneelle ja aloittavansa niiden käyttöä laaditun kansion mukaisesti.

23.1.2012 pidetyn osastotunnilla selvisi kuitenkin, etteivät he ole pystyneet aloittamaan FinCC-luokituksen mukaista kirjaamista tietokoneella/sähköisesti, koska ei ollut resursseja siihen. Folkhälsan ei enää kustanna kirjaamisen kehittämistä Meltolan sairaalassa, eikä osasto 2 A ole saanut syötettyä komponentteja tietokoneelle Pegasos-ohjelmaan. Työyhteisö on ottanut laaditun kansion käyttöön manuaalisessa kirjaamisessa. FinCC-tarveluokituksen mukaista kirjaamista toteutettiin kahdelle pitkäaikaispotilaalle. Henkilökunta kehui kansiota hyväksi apuvälineeksi yhtenäisen kirjaamisen tuottamisessa, mutta valittivat, että manuaalisessa kirjaamisessa komponenttien käyttö pää- ja alaotsikoiden mukaan on liian aikaa vievää ja työläistä. Henkilökunta totesi, että usein kirjataan pelkkä komponentti sekä vapaa teksti, mutta pää- ja alaluokat jäävät käyttämättä. Liljamo ym. (2008, 13) mukaan rakenteisessa luokitusten mukaisessa kirjaamisessa on kuitenkin tärkeä käyttää pää- ja alaluokkia ja pelkällä komponenttitasolla kirjaamista ei voi suorittaa.

Työyhteisölle ehdotettiin, että he käyttäisivät komponentteja numeerisesti yhdistäen pää- tai alaotsikkoon sekä vapaa tekstiin. Komponenttien numeerinen käyttö on vain väliaikaista ja

tarkoitettu rakenteisen kirjaamisen oppimisen ja käyttöönoton helpottamiseksi. Esimerkiksi komponenttia "aktiviteetti" sijalla käytetään numeroa 1 ja sen jälkeen kirjataan pää- tai alaluokka sekä tarvittaessa vapaa teksti. Tämä ratkaisu helpottaa pää- ja alaluokkien käyttöönottoa ja opettelemista.

FinCC-tarveluokitusten mukainen kansio, jossa komponentit on kirjattu numeerisesti, vietiin osastolle käyttöön otettavaksi 2.2.2012. Työyhteisö jatkoi FinCC-tarveluokituksen mukaista kirjaamista kahdelle pitkäaikaispotilaalle. Potilasasiakirja asetuksessa (298/2009) edellytetään, että potilasasiakirjoihin tehdyt merkinnät, lyhenteet sekä käsitteet pitää olla selkeitä, ymmärrettäviä sekä yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä. (Finlex 2009). Tästä syystä pelkkien numeroiden käyttäminen tässä tilanteessa ei ole luvallista. Opastettiin työyhteisön hoitajia numeerista kansiota käyttämään ja samalla kerrottiin, että työryhmän laadittu kansio, jossa komponentteja käytetään numeerisesti, ei ole juridisesti sallittua. Siitä syystä kansio on tarkoitettu vain osaston 2 A:n sisäiseen käyttöön. Komponenttien numeerista kirjaamista ei voi käyttää esimerkiksi hoitotyön yhteenvedon laatimisessa ja potilasasiakirjoissa, jotka lähetetään potilaan kanssa seuraavaan hoitopaikkaan, silloin komponentit on kirjoitettava sanallisesti. Komponenttien numeerinen käyttö on vain Meltolan sairaalan osasto 2 A:n sisäinen toiminta hoitotyön rakenteisen kirjaamisen opettelemiseksi manuaalisen kirjaamisen käytössä ollessa.

6 Uusi toimintatapa

Meltolan sairaalan osasto 2 A valitsi kehittämiskohteeksi hoidon tarpeen määrittelyn FinCC-tarveluokituksen mukaisesti. Hoidon tarpeen määrittelyn teoriaan tutustumisen jälkeen pyrittiin työryhmän kanssa löytämään uutta toimintatapaa. Työryhmän kanssa päätettiin tehdä kansio helpottamaan FinCC-tarveluokituskokonaisuuden oppimista ja käyttöönottoa.

Uusi toimintatapa ts. FinCC-tarveluokituksen mukainen kansio otettiin koekäyttöön tammikuu 2012 alussa. Kansio koostui 18 komponentista pää- ja alaotsikkoineen. Kansallisen mallin mukainen FinCC-tarveluokitus 2.0.1 koostuu 19 komponentista pää- ja alaotsikkoineen. Työryhmän laaditussa kansiossa päädyttiin heti jättämään pois komponentti "Elämänkaari", koska se sisältää asioita, jotka eivät kuulu vanhusten hoitoon, kuten raskaus ja synnyttäminen. Komponentti "Terveyskäyttäytyminen" jätettiin pois parin viikon käytössä olon jälkeen. Työyhteisö totesi, että terveystyöskäytymisen komponenttia ei tule käytettyä, koska siellä sisältyviä pää- ja alaotsikoita, joita he mahdollisesti käyttäisivät, esiintyvät jo muissa komponenteissa.

Kahden viikon kansion käytön jälkeen työyhteisö totesi, että manuaalisessa kirjaamisessa komponenttien kirjaaminen pää- tai alaotsikkoineen sekä vapaa teksti on liian työläistä ja aikaa vievää. Ehdotettiin, että aloitetaan käyttämään komponentin sijasta numeroa. Esimerkik-

si komponentti "Aktiviteetti" sijasta käytetään numeroa 1, komponentti "Erittäminen" sijasta numeroa 2, komponentti "Selviytyminen" sijasta numeroa 3 jne. Numeeriselle komponentille lisätään pää- tai alaotsikko sekä vapaa teksti. Kansion jokaisella sivulla komponentti kokonaisuuden alla on myös käyttöesimerkkejä (taulukko 2). Esimerkit ovat osasto 2 A:n käytännön työstä.

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
Aktiviteetti -1	Liikunnan vähäisyys	Lonkkamurtuman jälkeen pelkää kävellä, lepää suuren osa päivästä sängyssä
1	Lihaskunnan heikkous	Lihaskunto on heikentynyt pitkän sairauden jälkeen
1	Unettomuus	Nukkuu yöllä vain puolitoista tuntia
1	Väsytys	Potilas hyvin väsynyt, koska ei ole nukkunut moneen vuorokauteen
1	Rasituksen huono sietokyky	Potilaalla vaikea astma eikä pysty osallistumaan päivätoimintaan

Taulukko 2: FinCC-tarveluokituksen Aktiviteetti komponentin käyttöesimerkki

FinCC-tarveluokitusten mukaisen kansion lopullinen versio (liite 4) otettiin käyttöön helmikuu 2012 alussa. Kansio koostuu 17 komponentista pää- ja alaotsikkoineen, jokainen komponentti-kokonaisuus on eri sivulla, sivujen väleissä on numeroidut värilliset välilehdet.

Työyhteisölle tiedotettiin, että FinCC-tarveluokituksen mukaisen kansion komponenttien numeerinen käyttö on vain Meltolan sairaalan osasto 2 A:n sisäinen toiminta. Numeerisia komponentteja ei saa käyttää hoitotyön yhteenvedon laatimisessa, eivätkä ne voi joutua potilasasiakirjojen mukaan osasto 2 A:n ulkopuolelle. Toiminta on väliaikaista eli numeerisia komponentteja käytetään vain hoitosuunnitelmien manuaalisen kirjaamisen käytössä ollessa. Meltolan sairaalan osasto 2 A:n siirtyessä sähköiseen kirjaamiseen komponenttien numeerinen 1 - 17 kirjaaminen lopetetaan. Sähköisen kirjaamisen käyttöön tullessa potilaskertomusjärjestelmissä komponentti näkyy tekstinä hoitokertomusnäytöllä, hoitaja valitsee komponentin ja sen alta pää- tai alaotsikon, jolloin tulee kirjata vain vapaa teksti. Numeerinen komponenttien kirjaaminen on tarkoitettu FinCC-tarveluokituksen mukaisen kirjaamisen opettelemiseksi sähköiseen kirjaamiseen siirtymiseen asti. FinCC-tarveluokituksen mukaista kansiota pystyy hyödyntämään myös sähköisen kirjaamisen tulleen käyttöön.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

Arviointi käsitteellä ei ole yksiselitteistä ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää, koska arvioinnilla on monia ilmenemismuotoja. Sen sisältö ja muoto riippuvat toimintaympäristöstä sekä käytännön toimintatilanteista. (Sinkkonen & Kinnunen 1994, Sutela 2005, 63 mukaan.) Arvi-

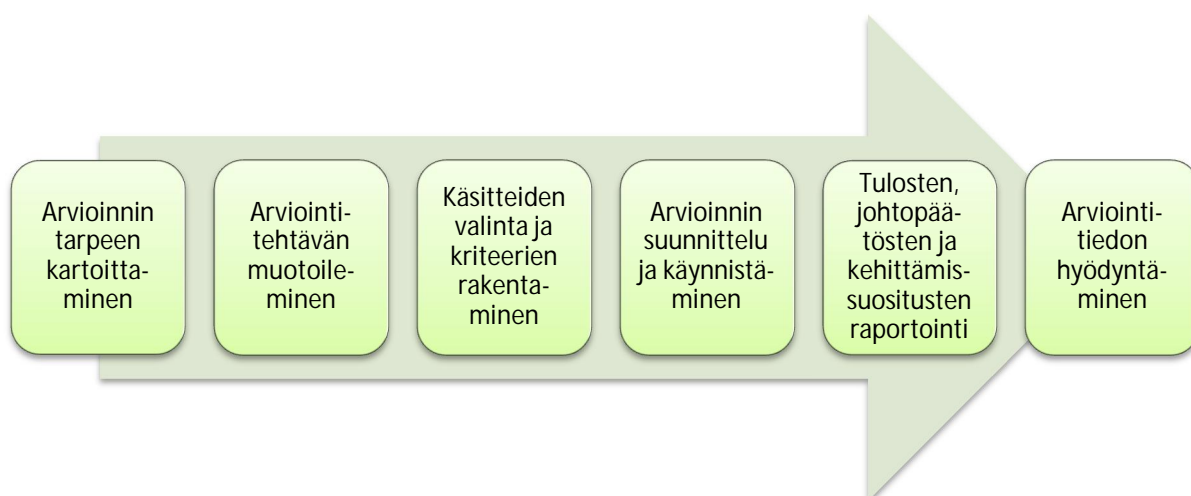
oinnilla pyritään käytännölliseen, mahdollisimman objektiiviseen ja systemaattiseen menettelytapaan, jolla tehdään näkyväksi kehittämisprojektin vaikuttavuutta, merkitystä ja tuloksellisuutta (Kinnunen 2000, 40, 44). Robson (2001, 36) on todennut arvioinnin olevan yksi monista mahdollisista tekijöistä, jotka vaikuttavat päätöksentekoon ja toimintaan.

Arvioinnissa keskeistä ovat arviointikriteerit ja mittarien muodostaminen sekä mittaaminen ja tietoon perustuva arvio. Mittaaminen sisältää jonkinlaisen vertailun mittariin, arviointikriteerinä voivat olla esimerkiksi projektin tavoitteet, eettiset arvot, aiemmat suoritukset ym. (Stakes 2001, 6.)

Eettisyys on olennainen osa arviointia, koska arvioinnin tekijä on aina vallankäyttäjä ja voi vaikuttaa toimintaan merkittävällä tavalla. Sen takia arviointiprosessin tulee aina olla mahdollisimman korkealaatuista ja erilaisia eettisiä näkökohtia huomioon ottava. Hyvän moraalin mukainen toiminta ja eettiset kysymykset kuuluvat erottamattomasti arviointitoimintaan. (Virtanen 2007, 25, 81.) Henkilökohtaiset ja sosiaaliset kyvyt kuten rehellisyys, hienotunteisuus ja herkkyys ovat tärkeitä ominaisuuksia arvioinnin toteuttamisessa (Robson 2001, 17).

Kehittämisprojektia arvioidaan yleensä koko projektin toteutuksen ajan: sen etenemistä, toimintaa ja lopulta tuloksia. Projektin onnistumista on vaikea mitata yksiselitteisesti, koska projektilla on usein monia tavoitteita ja valmista mittaristoa mittaamiseen ei ole olemassa. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 127-129.)

Virtasen (2007, 143) mukaan arviointia voidaan hahmottaa prosessiksi, joka koostuu seitsemästä vaiheesta. Arviointiprosessiin kuuluvia osaprosesseja kuvataan kuviossa 6.



Kuvio 6: Arviointiprosessin osaprosessit (mukaiillen Virtanen 2007)

Arvioinnin toteutukseen on olemassa lukemattomasti eri tapoja. Arviointitehtävää voidaan myös rajata eri tavoin. Rajaamisen tavat riippuvat siitä, millaisia käsitteitä käytetään arvioinnin kohteeseen ja arviointinäkökulmiin. Käsitteillä on oltava kuitenkin yksiselitteisesti määrittyviä ja riippumattomia arviointi kohteista. Arvioinnin toteutukseen käytetään arviointimenetelmää, joka on aina tapauskohtaista. Arvioinnin tekijän on rakennettava jokaiseen arviointitehtävään oma arviointimalli. Menetelmän rakentamisessa on ratkaiseva se, mitä arvioidaan ja miten arviointi ajoittuu. Arviointimenetelmän rakentamiseen vaikuttavat myös arvioinnin perusolemus ja motiivit. Formatiivinen eli kehittämisorientoitunut perusolemus määrittelee pitkälti arvioinnin kysymykset ja niitä seuraavat menetelmien valinnat. Arvioinnin summatiivisessa perusolemuksessa arviointikysymykset kohdistuvat erityisesti vaikutuksiin, vaikuttavuuteen, taloudellisuuteen, tehokkuuteen ja hyödyllisyyteen. (Virtanen 2007, 138-140.)

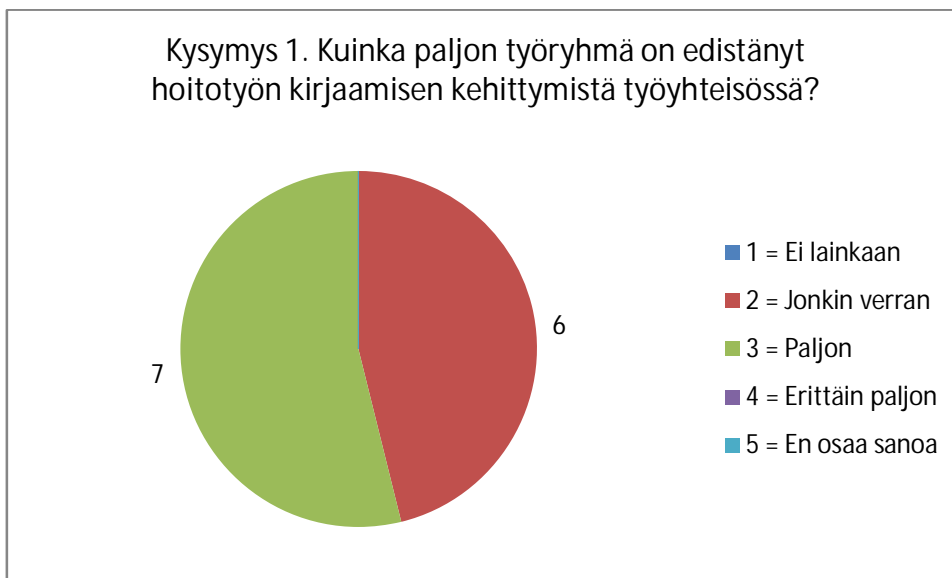
Arvioinnin tulosten raportointi on oma taiteenlaji. Arviointituloksia pitää prosessoida ymmärrettävään muotoon, jotta sitä pystyy hyödyntämään. Tulosten raporttia on kirjoitettava analyttisesti, selkeästi ja johdonmukaisesti. Arvioiva tulkinta syntyy näin, että havainnoista johdetaan johtopäätöksiä ja niistä toimenpiteen ehdotuksia. (Virtanen 2007, 132-133.)

Arviointitulosten hyödyntämisen näkökulmasta on tärkeää, että työyhteisö osallistuu aktiivisesti arvioinnin määrittelyyn ja kohdentamiseen sekä kuunnellaan heidän huolenaiheensa ja kiinnostuksensa (Robson 2001, 36). Ihmiset hyväksyvät ja muuttavat todennäköisemmin toimintaa, kun he ovat olleet osallisina päätöksentekoprosessissa, jonka tarkoituksena on ollut muutoksen aikaansaaminen (Patton 1982, Robson 2001, 37 mukaan).

7.1 Työyhteisön arviointi kehittämistoiminnasta

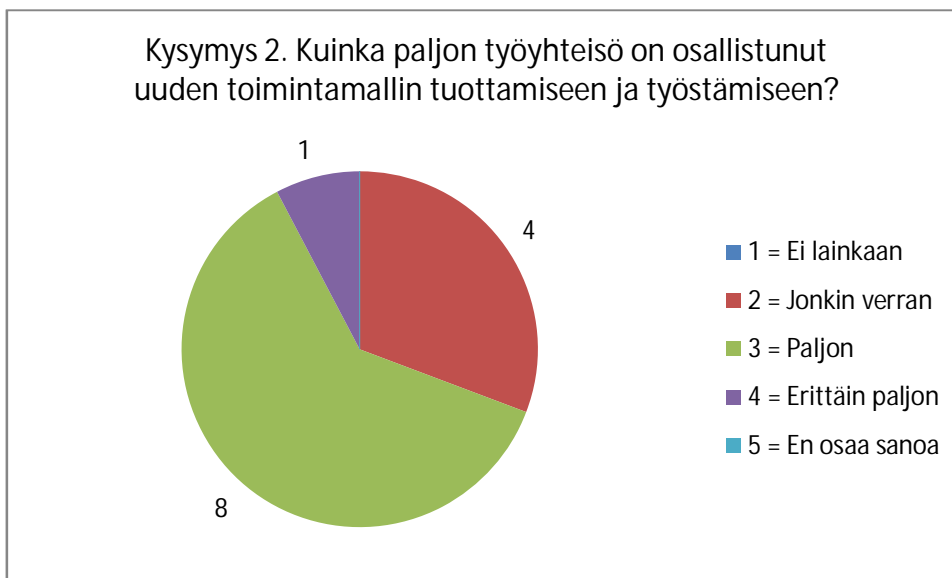
Meltolan sairaalan kirjaamiskehittämissuunnitelman arvioimiseksi käytettiin Laurea ammattikorkeakoulussa työstettyä arviointilomaketta, jota muokattiin arviointikohteita vastaavaksi (Liite 3). 14 arviointilomaketta jaettiin osasto 2 A:n työyhteisölle. Arviointilomakkeissa oli kuusi määrällistä ja kolme avointa kysymystä. Määrällisissä kysymyksissä olivat vastausvaihtoehdot: 1 ei lainkaan, 2 jonkin verran, 3 paljon, 4 erittäin paljon, 5 en osaa sanoa. Arviointiin vastasi 13 työyhteisön jäsentä, 12 palautti lomakkeen ja yksi vastasi sähköpostitse, vastausprosentiksi saatiin 92,85. Palautetuista lomakkeista tehtiin yhteenveto ja tulokset kirjoitettiin auki.

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin, kuinka paljon työryhmä on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössä. Siihen vastasi kuusi henkilöä jonkin verran ja seitsemän henkilöä paljon.



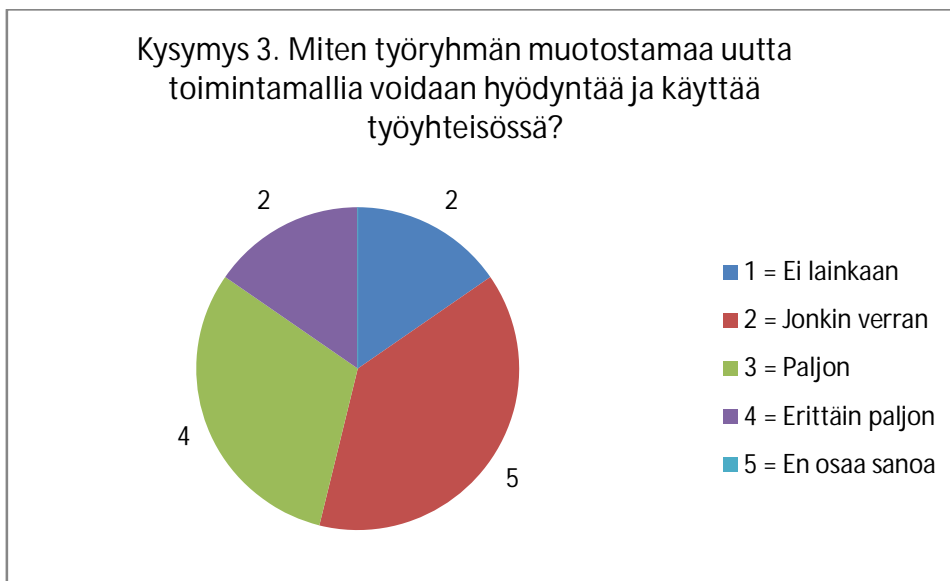
Kuvio 7: Kehittymisen edistyminen

Toisessa kysymyksessä kysyttiin, kuinka paljon työyhteisö on osallistunut uuden toimintamallin tuottamiseen ja työstämiseen. Siihen vastasi neljä henkilöä jonkin verran, kahdeksan henkilöä paljon ja yksi henkilö erittäin paljon.



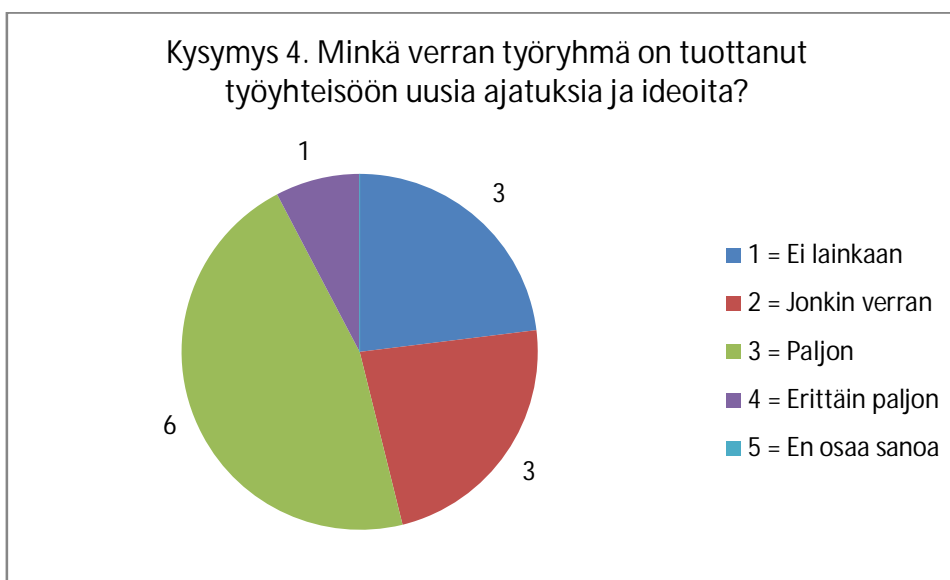
Kuvio 8: Työyhteisön osallistuminen

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin, miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan hyödyntää ja käyttää työyhteisössä. Kysymykseen vastasi kaksi henkilöä ei lainkaan, viisi henkilöä jonkin verran, neljä henkilöä paljon ja kaksi henkilöä erittäin paljon. Yhteensä 11 henkilöä koki toimintamallin hyödylliseksi.



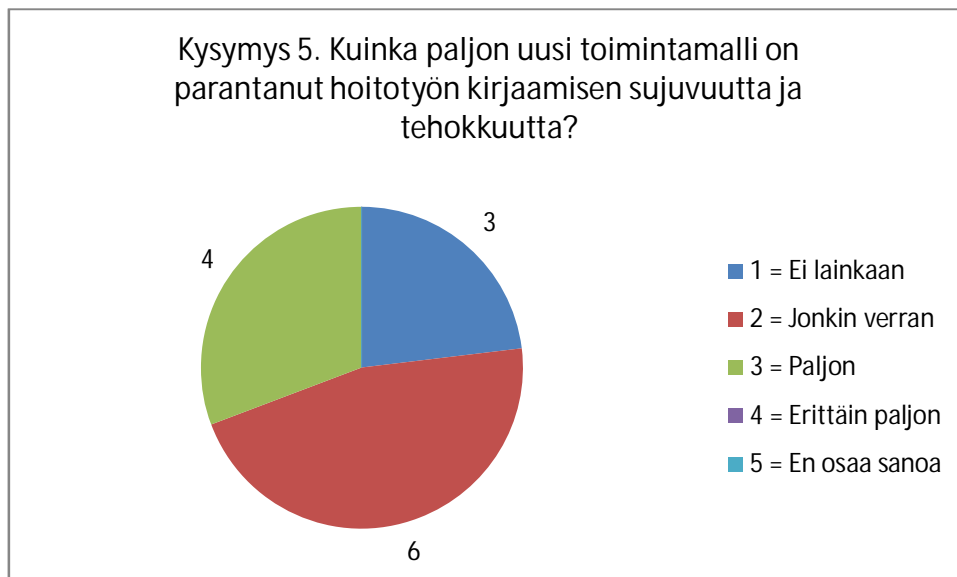
Kuvio 9: Toimintamallin hyödyntäminen

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta voidaan hoitotyön kirjaamista kehittää. Siihen vastasi kolme henkilöä ei lainkaan, kolme henkilöä jonkin verran, kuusi henkilöä paljon ja yksi henkilö erittäin paljon. Yhteensä 10 henkilöä koki, että työryhmä oli tuottanut uusia ajatuksia ja ideoita.



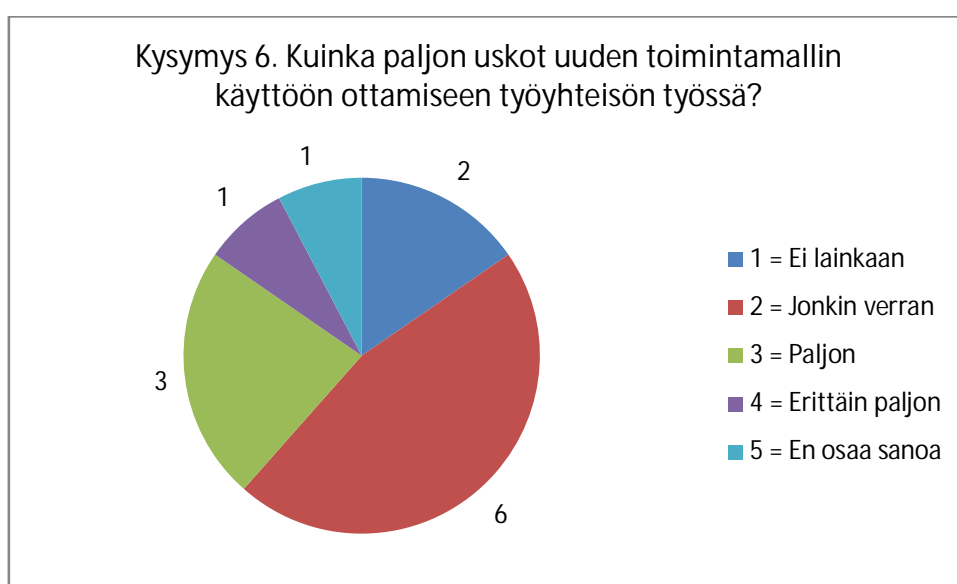
Kuvio 10: Uudet ajatukset työyhteisössä

Viidennessä kysymyksessä kysyttiin, kuinka paljon uusi toimintamalli on parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta. Siihen vastasi kolme henkilöä ei lainkaan, kuusi henkilöä jonkin verran ja neljä henkilöä paljon.



Kuvio 11: Uuden toimintamallin tehokkuus

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin, kuinka paljon uskot uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä. Siihen vastasi kaksi henkilöä ei lainkaan, kuusi henkilöä jonkin verran, kolme henkilöä paljon, yksi henkilö erittäin paljon ja yksi henkilö ei osannut sanoa.



Kuvio 12: Uuden toimintamallin käyttöön ottaminen

Seitsemäs kysymys oli avoin, siinä pyydettiin perustelemaan vastausvaihtoehtoja kysymyksiin 1-6. Kysymykseen vastasi kuusi henkilöä. Vastauksia perusteltiin siihen, että uuden toimintamallin työstämiseen oli liian lyhyt aika. Kaiken uuden sisäistäminen vaatii enemmän aikaa. Vastauksia perusteltiin myös siihen, että projektiin ryhdyttiin ennen, kun tiedettiin organisaation muutoksista, eli Folkhälsan lopettaa toimintansa ja Meltola siirtyy Raaseporin alaisuuteen. Tämä on häirinnyt motivaatiota osallistua projektiin täysillä, koska tulevaisuudenvisiot ovat täysin epäselviä. Uusi toimintamalli on aiheuttanut lisää työtä henkilöstölle. Ensinnäkin oikeiden komponenttien etsiminen vie aikaa. Toiseksi osastolla ei ole käytössä sähköistä ohjelmaa hoitosuunnitelmien kirjaamiseen, vaan ne tehdään manuaalisesti. Osa vastaajista näki uudessa toimintamallissa paljon hyviä ja selkeitä osioita. Monet uskovat uuden toimintamallin helpottamaan hoitotyön kirjaamista tulevaisuudessa, kun siirrytään sähköiseen kirjaamiseen.

Kahdeksas kysymys oli avoin. Siinä kysyttiin, mitä työyhteisö on suunnitellut tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen. Kysymykseen vastasi neljä henkilöä. Vastausten mukaan komponentit ovat tulossa tietokoneelle lähitulevaisuudessa ja lisää koulutusta on suunniteltu. Työnantaja muuttui 1.3.2012 ja uudella työnantajalla oli jo käytössä sähköinen kirjaaminen. Organisaation muutoksesta johtuen ei ollut tiedossa, mitä silloin tapahtuu. Osastolla jäätiin innolla odottamaan tulevaisuuden tapahtumia.

Yhdeksäs kysymys oli avoin. Siinä kysyttiin, mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta. Kysymykseen vastasi neljää henkilöä. Vastausten mukaan on hyvä, kun opiskelijat tekevät kehittämisprojekteja, joita voi viedä työelämään edistämään hoitotyön laatua ja arviointia. Projektia opiskelijoiden kanssa koettiin suureksi avuksi. Kaikki ovat todella joutuneet paneutumaan ja miettimään asioita. Työyhteisölle oli ollut paljon hyötyä uudesta toimintamallista ja kaikki olivat sitoutuneet kirjaamaan systemaattisesti. Henkilökunta oli ilmaissut, että ajattelutapa muuttui kokonaisvaltaisemmaksi ja he miettivät paljon tarkemmin, mitä kirjasivat. Vastaajien mielestä uusi toimintamalli oli hyvin aikaa vievää ja he joutuivat kuitenkin paljon kirjoittamaan vapaasti, jotta tärkeimmät asiat tulivat esille. Asioita joutui toistamaan ja paperia kului.

7.2 Työryhmän arviointi kehittämistoiminnasta

Opinnäytetyön aiheen saatuaamme huomattiin, että rakenteinen kirjaaminen oli meille aika vierasta, vaikka olimme toivoneet tätä aihetta kolmantena vaihtoehtona. Kirjaamisen aihe on kokonaisuudessa kuitenkin tärkeä hoitotyön tulevaisuudessa ja halusimme perehtyä siihen kunnolla. Opinnäytetyömme edetessä kiinnostus aiheeseen nousi. Kirjaamisen aiheesta luettiin paljon teoriaa ja se nosti meidän ymmärryksen rakenteisesta kirjaamisesta ja kasvatti mielenkiintoamme opinnäytetyöhömmme.

Opinnäytetyötä tehtiin aina yhdessä, vaikka vuorotyön vuoksi yhteisessä aikataulun sovittamisessa olikin välillä ongelmia. Teoriaa lukiessamme huomasimme, että tuli esille paljon vaikeasti ymmärrettäviä sanoja. Äidinkielemme erilaisuuden syystä, meillä on ollut hieman kielioipillisia ongelmia, siihen olemme käyttäneet paljon tekstinohjaukseen hyödyksemme. Yhdessä opinnäytetyötä tekeminen oli kuitenkin kiinnostavaa ja kasvattavaa.

Työryhmä arvioi toimintansa aktiiviseksi kehittämisprojektia häiritsevistä asioista huolimatta. Kaikki jäsenet ovat todella joutuneet paneutumaan ja miettimään asioita. Kehittämistoimintaa häiritseväksi tekijäksi oli organisaation muutos Meltolan sairaalassa. Syksyllä 2011 osasto 2 A sai tiedon, että Folkhälsan lopettaa toimintansa Meltolan sairaalassa ja monta kuukautta ei tiedetty, miten organisaatio jatkaa tai jatkaako ollenkaan. Tämä aiheutti motivaation puutteen kehittämis toiminnan jatkamisessa työyhteisössä ja myös yhden työryhmän jäsenen menetyksen, kun hän siirtyi toiseen työpisteeseen. Tieto, että Meltolan sairaala jatkaa toimintaa Raaseporin kunnan alaisuudessa saatiin vasta joulukuun lopussa 2011. Tämä nosti hieman henkilökunnan motivaatiota jatkaa kehittämisprojektia.

Työryhmä on tavannut säännöllisesti, vaikka kaikki jäsenet eivät ole päässeet jokaiseen tapaamiseen, johtuen vuorotyöstä ja muutoksista työpaikalla. Työryhmän tapaamisilla mukana olleiden hoitajien välityksellä tieto on mennyt muille työryhmän jäsenille ja myös työyhteisöön. Tiedon kulkemiseen työryhmän jäsenten kesken käytettiin apuna myös puhelinta ja sähköpostia.

Kehittämisprojektia eniten häiritseväksi tekijäksi koettiin se, että koko projektin aikana osaston henkilökunta ei päässyt harjoittelemaan FinCC-luokituksien mukaista kirjaamista sähköisesti Pegasos-potilastietojärjestelmässä. Tähän työryhmä ei kuitenkaan voinut vaikuttaa, koska Folkhälsan ei enää suostunut rahoittamaan tilattua kehittämisprojektia.

Lähteet

- Anttila, S., Kivelä, N. & Kukkola, S. 2010. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen ja sen hyödyntäminen hoitotyön henkilöstösuunnittelussa. *Premissi* 1/2011, 26-33.
- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty: hoitotyön prosessi potilaan hoidonsuunnittelun työvälineenä. *Sairaanhoitaja* 10/2007, 7-9.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *Pro Terveys* 2/2006, 16-19.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. *Pro Terveys* 6/2005, 4-7.
- Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY.
- Ensio, A. & Kinnunen, U. 2011. Hoitotyön tiedonhallinta, *Nursing Informatics*, käsitteenä ja käytäntönä - FinCC suomalaisen hoitotyön yhtenäisen ammattikielen kehittäjänä. *Pro Terveys* 1/2011, 14-15.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverpoint.
- Eskola, J. & Suoranta J. 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Folkhälsan. 2006. *Folkhälsanin vanhustyön käsikirja*. Samfundet Folkhälsan.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. *Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla*. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. painos. Helsinki: Tammi.
- Hopia, H. & Koponen, L. *Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön kirjaaminen*. Sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus.
- Häyrinen, K. & Ensio, A. 2008. *Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot*. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. *Hoida ja kirjaa*. Helsinki: Tammi.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.
- Kinnunen, P. 2000. *Arvioinnin arvio - Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämissuunnitelmien arviointiprojektin arviointia*. Teoksessa Laitinen, R. (toim.). *Arvioinnin arkea ja peruskysymyksiä*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden keskusliitto.
- Laine, E. 2008. *Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana*. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON - VERONA CONFERENCE.

ENCE, QUALITY IN SERVICES, Aristotle University, Thessaloniki - Greece, 3-4 September 2007. 144-154.

Peterson, H. 2000. Den elektroniska patientjournalens historia och utvecklingsläge. *Arbetsreapeuten* 2/2000, 6-9.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tampere: Tammi.

Ruohotie, P. & Honka, J. 2003. Ammatillinen huippuosaaminen. Kompetenssitutkimusten avaama näkökulma huippuosaamiseen, sen kehittämiseen ja johtamiseen. Hämeenlinna: Skills.

Ruohotie, P. 1998. Motivaatio, tahto ja oppiminen. Helsinki: Edita

Saranto, K. & Sonninen, A. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY.

Saranto, K., Eriksson, E., Kärkkäinen, H. & Rouvala, C. 2003. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä tietoteknisestä osaamisestaan. *Tutkiva hoitotyö* 1(3), 4-10.

Sonninen, A. 2008. Termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Sonninen, A & Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. *Työryhmämuistioita* 2003: 38.

Sutela, R. 2005. Arviointitutkimuksen perusteita. Teoksessa Auranen, J., Hakalisto, A., Hiltunen-Toura, M., Hämäläinen-Abdessamad, M., Kaski, P., Myllärinen, T., Sipilä, A., Sutela, R. & Väisänen, R. *Arviointi osana sosiaalialan kehittämistä*. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Tantt, K. & Ora-Hyytiäinen, E. 2008. Systemaattinen kirjaamismalli haltuun. *Sairaanhoitaja* 11/2008 vol. 81, 23-24.

Tantt, K. & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen. Muutosjohtamisen käytännön keinot. Helsinki: WSOY.

Walldén, S., Peltomäki, S. & Martikainen, S. 2007. Tampereen kaupungin Pegasos-järjestelmän käytettävyydestä tutkimus murtumapotilaan hoitoketjussa. *Tietojenkäsittelytieteiden laitos*. Tampereen yliopisto.

Internet

- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät. Viitattu 24.2.2011.
http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf
- Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785 / 1992) Viitattu 26.2.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559 / 1994) Viitattu 26.2.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940559>
- Finlex. 2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (159/2007) Viitattu 26.2.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>
- Finlex. 2007 a. Laki sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) Viitattu 28.2.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061>
- Finlex. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Viitattu 23.4.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>
- Itä-Suomen Yliopisto 2012. Hoitotyön ydintiedot ja luokitusjärjestelmät. Viitattu 12.2.2012.
<http://www.uef.fi/stj/hoitotyon-terminologiat>
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Viitattu 15.1.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f>
- Liljamo, P. Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC -luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 20.5.2011.
http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf
- Stakes. 2001. Arviointi sosiaalipalveluissa. Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin. Stakes, FinSoc Työpapereita 3/2001. Helsinki 2001. ISBN 951-33-1205-4. ISSN 1455-9064. Viitattu 11.2.2012.
<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/A826D5F7-40D4-4A20-8E3E-02194FD5AAC9/0/Ty%C3%B6papereita32001.pdf>
- STM. 2003. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:38. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Viitattu 27.2.2011
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8920.pdf
- STM. 2001:3. Opas terveydenhuollon henkilöstölle: Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Viitattu 19.5.2011.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys80.htm>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.4.2011.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html
- Tanttu, K. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Viitattu 20.5.2011.
<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3450&GUID=%7B1B6A2A9B-9C18-4D71-8251-9505CB828985%7D>

Tuominen, A. 2011. Meltola siirtyy Raaseporin haltuun. Viitattu 16.1.2012.
<http://areena.yle.fi/audio/1321270310910>

Muut

Berg, S. Henkilökohtainen tiedonanto 17.2.2011. Meltolan Sairaala. Osasto 2 A. Karjaa.

S. Berg, Henkilökohtainen tiedonanto 7.10.2011. Meltolan Sairaala. Osasto 2 A. Karjaa.

Kuviot

Kuvio 1: Juurruttamisen malli 2,0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007).....	10
Kuvio 2: FinCC-luokituskokonaisuuden hierarkia (mukaillen Liljamo ym. 2008).....	23
Kuvio 3: Esimerkki FinCC-tarveluokituksen ja -toimintoluokituksen kirjaamisesta	25
Kuvio 4: Esimerkki FinCC-tarveluokituksen mukaisesta priorisoitu kirjaamisesta.....	26
Kuvio 5: Opinnäytetyön aikataulu.....	29
Kuvio 6: Arviointiprosessin osaprosessit (mukaillen Virtanen 2007)	36
Kuvio 7: Kehittymisen edistyminen	38
Kuvio 8: Työyhteisön osallistuminen.....	38
Kuvio 9: Toimintamallin hyödyntäminen.....	39
Kuvio 10: Uudet ajatukset työyhteisössä	39
Kuvio 11: Uuden toimintamallin tehokkuus	40
Kuvio 12: Uuden toimintamallin käyttöön ottaminen	40

Taulukot

Taulukko 1: FinCC-luokituksen komponentit version 2.0.1. mukaan (Liljamo ym. 2008) ..	24
Taulukko 3: FinCC-tarveluokituksen Aktiviteetti komponentin käyttöesimerkki	35

Liitteet

Liite 1. Haastattelu kysymykset osasto 2A nykytilanteen kuvaukseen	50
Liite 2. Nykytilanteen kuvauksen analyysitaulukko	51
Liite 3. Arviointilomake	54
Liite 4. Skannattuja esimerkkejä FinCC-tarveluokituksen mukaisesta kansioista	56

Liite 1. Haastattelu kysymykset osasto 2A nykytilanteen kuvaukseen

1. Ketkä osallistuvat hoitotyön kirjaamiseen?
 - a. Miten perehdytetään uudet työntekijät kirjaamiseen?
2. Miten kirjaamista käytetään apuna jokapäiväisessä hoitotyössä?
 - a. Mitä tietoja kirjataan paperille ja mitä tietokoneelle?
 - b. Miten hyödynnätte kirjattua tietoa?
3. Mitä asioita kirjaatte potilaan tulotilanteesta?
 - a. Kuka tiedon kirjaa?
 - b. Keneltä/mistä tiedot saadaan ja mitä tapahtumia siihen liittyy?
 - c. Miten hyödynnätte saatuja tietoja hoitotyössä?
4. Mitä asioita kirjaatte potilaan hoitosuunnitteluun?
 - a. Kuka tekee hoitosuunnitelman ja kuinka usein se päivitetään?
 - b. Mihin tietoon hoitosuunnittelu perustuu?
 - c. Osallistuvatko potilas/hänen omaiset hoidon suunnitteluun?
 - d. Minne hoidon suunnittelu kirjataan?
 - e. Miten hoitosuunnitelmaan kirjattua tietoja hyödynnetään?
5. Mitä asioita kirjaatte hoidon toteutumisesta?
 - a. Keneltä/mistä tieto on saatu ja mitä tapahtumia siihen liittyy?
 - b. Minne tiedot kirjataan?
 - c. Miten tietoja hyödynnetään?
6. Mitä asioita kirjaatte hoidon arviointiin?
 - a. Ketkä osallistuvat hoidon arviointiin?
 - b. Minne hoidon arviointi kirjataan?
 - c. Miten hyödynnätte kirjattuja tietoja?
7. Mitä muuta haluaisitte mainita työyhteisönne hoitotyön kirjaamisesta?

Liite 2. Nykytilanteen kuvauksen analyysitaulukko

Prosessin vaihe	Mitä tietoja kirjataan?	Mitä toimintoja tietoon liittyy?	Mistä lähteestä tieto on peräisin?	Minne kaikkiin mahdollisiin paikkoihin tieto kirjataan?	Miten tätä tietoa hyödynnetään?
Tulotilanne	Tulostatus, lähetteestä tai epikriisistä tärkeimmät tiedot esimerkiksi, miten kotona on pärjännyt, tulosy - minkä takia potilas tulee ja mistä potilas tulee, aikaisemmat diagnoosit tai sairaudet, apuvälineet, omaisten tiedot, esitiedot.	Potilaspaikan hakeminen ja varmistaminen, potilaskansio valmiiksi, lääketiedot, epikriisin faksaus tai tarvitseeko potilas eristystä.	Omaisilta, toisista hoitopaikoista esimerkiksi kotisairaanhoidosta, lähetteestä tai epikriisistä, potilaalta	Tietokoneella olevaan Hoke kertomus - lomakkeeseen, tulostatus lomakkeeseen, taustatietolomakkeeseen	Tietoa hyödynnetään potilaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnitteluun (hoidon tarve, toimenpiteet, tutkimukset, tavoitteet) ja myös alkuarvioinnin tekemiseen Helpottaa kaikkien työvuorossa olevien hoitajien perehtymistä potilaan hoitoon Helpottaa myös vapaalta tulleen hoitajan tai sijaisen perehtymistä potilaan hoitoon.
Hoidon suunnittelu	Siihen tulee taustatiedot eli tiedot tulotilanteesta. Oma vapaana tekstinä kirjoitetaan tavoitteet.	Hoitotiimi kirjaa taustatietojen perusteella. Pidetään hoitokokous	Tulotilanteen tietojen pohjalta, hoitohenkilökunnalta, omalta hoitoryhmältä, omisilta, potilaalta, edel-	Kirjataan paperi - lomakkeelle ja osittain myös tietokoneelle Hoke lehdelle.	Pystyy arvioimaan päätavoitteita, esimerkiksi, jos on liian korkeat tavoitteet. Kaikki pyrkii samoihin tavoitteisiin, eikä tule väärinkäsitystä, miten toimitaan.

		<p>hoitotiimin kanssa.</p> <p>Raportointi tilanteet.</p> <p>Hoidon suunnittelu</p> <p>Jatkuva hoidon tarpeen arviointi</p>	<p>lisistä hoitajaksoista</p>		<p>Pysyy yhteinen päämäärä.</p>
<p>Hoitotyön toiminnot</p>	<p>Hoitajat kirjoittavat hoidon toteutuksesta päivittäin esim. RR, pulssi, miten syö juo, liikkuu.</p> <p>Suunnitelmat: jatkotutkimukset, hoitokokoukset, toimintakyky, jatkohoito, yhteydenotot muihin potilaan hoitoon osallistuviin ryhmiin.</p>	<p>Lääkehoidon toteuttaminen,</p> <p>potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen.</p>	<p>Hoidon päivittäinen seuranta raportista (aamu, ilta, yö)</p> <p>lääkärin määräykset</p> <p>laboratoriosta, fysioterapeutilta jne.</p> <p>muut tutkimustulokset.</p>	<p>Kaikki päivällä suoritettu hoitotoimenpiteet kirjoitetaan paperilomakkeeseen ja osittain myös tietokoneelle esimerkiksi hoitotaulukkoon ja Hoke lehdelle.</p>	<p>Pystyy arvioimaan onko kokonaisuudessa tapahtunut muutosta.</p> <p>Helpottaa vapaalta tulleen hoitajan tai sijaisen perehtymistä potilaan hoitoon ja katsoa mitä on suunniteltu potilaalle ja mihin pyritään.</p> <p>Pystyy seuramaan potilaan voinnin ja toimintakyvyn edistymistä.</p> <p>Pystyy arvioimaan jatkohoidon tarvetta.</p>
<p>Hoidon arviointi</p>	<p>Potilaan toimintakyky, liikkuminen, lääkehoidon vaikuttavuus, jatkohoidon tarve, potilaan kokonaisvaltaisen hoidon vaikuttavuus.</p>	<p>Otetaan laboratorion kokeita, toteutetaan lääkahoitoa, moniammatillisen ryhmän arviointi, tehdään mittauksia (RAVA ym. hoitomit-</p>	<p>Päivittäisistä hoitotyön toiminnoista</p> <p>dokumentoinnista, suullinen vuorovaikutus, keskustelut</p> <p>moniammatillisen työ-</p>	<p>Jokapäiväinen arviointi paperiversioon</p> <p>alkuarviointi, väliarviointi ja loppuarviointi kirjataan koneelle HOKE lehdelle</p>	<p>Hyödyntää väliarvioinnissa uusien hoitotavoitteiden laittamista.</p> <p>Seuraava hoitopaikka hyötyy hoidon arvioinnista.</p> <p>Hyödynnetään jatkotutkimuksien sekä jatkohoidon tarpeiden määrittämisessä</p>

		<p>tarit, MMSE testi, Depressio skaala)</p> <p>toteutetaan lääkärin määräyksiä ym. työryhmään kuuluvien ohjeita.</p>	<p>ryhmän arvioinnin tilanteesta</p> <p>erilaisien mittauksien tuloksista.</p>		<p>(esimerkiksi pärjääkö potilas kotona yksin tai tarvitseeko kotihoidon tukea).</p>
<p>Hoitotyön yhteenveto</p>	<p>Kokonaisesti tavoitteiden toteutuminen</p> <p>tarvittaessa uusien tavoitteiden määrittely,</p> <p>jatkohoito ohjeet (esimerkiksi Marevan hoito kotona, seuraava INR näyte ym.)</p>	<p>Seuranta arviointi päätöksenteko</p> <p>tiedottaminen</p>	<p>Dokumentointi</p>	<p>Potilasasiakirjat tietokoneelle loppuarviointi - jatkosuunnitelma</p>	<p>Tiedottaminen potilaan hoitoon osallistuville tahoille potilaan kokonaishoidosta ja jatkohoitotarpeesta,</p> <p>yhteenveto lähetetään mukaan seuraavaan hoitopaikkaan tai kotiin kotisairaanhoidolle.</p>

Liite 3. Arviointilomake

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella hoitotyön kirjaamisen kehittämissä projektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Meltolan sairaalaan osastoa 2 A:lla. Työryhmä on tuottanut työyhteisön valitseman kehittämiskohteen perusteella uuden toimintamallin - FinCC-tarveluokituksen mukaisen kansion.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastauksiasi ja esittää kehittämissuhteita työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat

1	ei lainkaan
2	jonkin verran
3	paljon
4	erittäin paljon
5	en osaa sanoa

- 1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittämistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?
1 2 3 4 5
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman uuden toimintamallin työstämiseen?
1 2 3 4 5
- 3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?
1 2 3 4 5
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?
1 2 3 4 5
- 5 Kuinka paljon uusi toimintamalli on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?
1 2 3 4 5

6 Kuinka paljon uskot uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?

1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

Kiitos arvioinnistasi!

Liite 4. Skannattuja esimerkkejä FinCC-tarveluokituksen mukaisesta kansioista

FinCC-luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset mukailleen Liljamo, Kaakinen & Ensio (2008).

KOMPONENTTI	Komponentin sisällön yleiskuvaus
1 - Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
2 - Erittäminen	Ruansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
3 - Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät
4 - Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
5 - Terveyspalvelujen käyttö	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
6 - Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
7 - Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
8 - Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
9 - Kanssakäyminen	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
10 - Turvallisuus	Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusrisikit
11 - Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
12 - Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
13 - Aistitoiminta	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
14 - Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
15 - Jatkohoito	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikanvaihtumiseen liittyvät osatekijät
16 - Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
17 - Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

2 - Erittäminen

Komponentilla tarkoitetaan, että potilaalla on hoitotyön tarve ruoansulatuksen, ulostamisen, virtsaamisen tai muun eritystoiminnan alueilla tai potilaalla esiintyy verenvuotoa (Liljamo ym. 2008, 27).

Ulostamiseen liittyvät häiriöt

Ulosteen pidätyskyvyttömyys
Ummetus
Ripuli
Suolitukkeuma
Ulostamisvaikeus
Ilmavaivat
Ulostamisen muu häiriö

Virtsaamiseen liittyvät häiriöt

Virtsan pidätyskyvyttömyys
Jäännösvirtsa
Virtsaumpi
Tihentynyt virtsaaminen
Vähentynyt virtsaneritys
Virtsaamisvaikeus
Lisääntynyt virtsaneritys
Verivirtsaisuus
Virtsaamisen muu häiriö

Muu erittämiseen mahdollisesti liittyvä häiriö yksikkömuoto

Hikoilu
Närästys
Pahoinvointi
Oksennus
Syljen erityys
Nenäeritteet
Korvaeritteet
Silmäeritteet
Muut maha-suolikanavan eritteet
Gynekologiset eritteet
Dreenieritteet
Huuhtelueritteet

Verenvuoto

Esimerkkejä käytöstä:

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
2	Ummetus	Viikon verran ei ole vatsa toiminnut
	Tihentynyt virtsaaminen	Potilaalla on virtsaamistarve 20 min välein
	Pahoinvointi	Sytostaattilääkkeenoton jälkeinen pahoinvointi

11 - Päivittäiset toiminnot

Komponentilla tarkoitetaan potilaan hoidon tarvetta omatoimisuudessa ja normaaleissa päivittäisissä toiminnoissa kuten selviytymistä henkilökohtaisen hygienian hoidosta, pukeutumisesta, ruokailusta, liikkumisesta ja wc-toiminnoissa. Potilas voi tarvita esimerkiksi apuvälineitä selvittääkseen omatoimisesti päivittäisistä toiminnoistaan (Liljamo ym. 2008, 25).

Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve

Pukeutumiseen liittyvä avun tarve

Ruokailuun liittyvä avun tarve

Liikkumiseen liittyvä avun tarve

WC-toimintoihin liittyvä avun tarve

Apuvälineiden tarve - *heikentyneen toimintakyvyn korjaaminen apuvälineillä*

Esimerkkejä käytöstä:

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
11	Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve	Potilas tarvitsee liikkumisrajoituksen vuoksi apua peseytymisessä
	Ruokailuun liittyvä avun tarve	Oikea puolisen halvauksen takia tarvitse apua syömisellä
	Apuvälineiden tarve	Kävelykyky on heikentynyt
	Liikkumiseen liittyvä avun tarve	Potilas ei pysty itsenäisesti kävelemään
	Pukeutumiseen liittyvä avun tarve	Potilas ei pysty napittamaan paitaa

11

12

13

14

15

16

17