

Elina Serula
Susanna Tuominen

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMISTEHTÄVÄ PORIN
KAUPUNGINSAIRAALAN OSASTOLLA 2

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMISTEHTÄVÄ PORIN KAUPUNGINSAIRAALAN OSASTOLLA 2

Serula Elina,
Tuominen Susanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2011
Ohjaaja: Taavela, Raija
Sivumäärä: 52
Liitteitä: 8

Asiasanat: hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön prosessi, eNNI2-hanke, kirjaamisen laatu-
kriteerit, juurruttaminen

Tämän opinnäytetyön aiheena oli hoitotyön kirjaaminen. Tutkimustehtävänä oli kartoittaa, miten osastolla kirjaaminen toteutuu, kuvailla kirjaamisen ongelmia ja arvioida miten kirjaamista tulisi kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoituksessa saatujen kehitysehdotuksien pohjalta rakentaa uusi toimintamalli yhdessä työryhmän ja työyhteisön kanssa. Uusi toimintamalli juurrutettiin työyhteisöön. Lisäksi toteutimme kehittämismenetelmän vaikuttavuuden arvioinnin. Kehittämistehtävä oli osa valtakunnallista eNNI2-hanketta.

Opinnäytetyön aihe nousi kiinnostuksestamme rakenteista sähköistä kirjaamista kohtaan. Laki sähköisistä potilasasiakirjoista velvoittaa terveydenhuollon organisaatioita siirtymään vuoteen 2011 mennessä sähköiseen potilastietojärjestelmään. Täten opinnäytetyömme aiheella oli myös ajankohtaista painoarvoa. Koimme työstämme olevan apua sekä Porin kaupunginsairaalan osasto 2 hoitajille että meille opinnäytetyön tekijöille. Opinnäytetyössä on käytetty kvalitatiivista tutkimusotetta. Aineisto on kerätty kohderyhmältä kyselylomakkeilla. Kohderyhmänä opinnäytetyössä toimi Porin kaupunginsairaalan osasto 2 hoitajat. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin ja teemoittelun keinoin.

Osastolla kirjaaminen toteutui osaksi käyttämällä Effica-tietojärjestelmää. Potilaskertomus on rakenteistettu, mutta hoitotyön FinCC-luokitusjärjestelmä ei ole vielä käytössä. Osastolla kirjataan HOI-lehdelle, mutta paljon kirjaamista tapahtuu vielä manuaalisestikin. Kirjaamiskäytäntöjen pääongelmat ja näin ollen myös kehittämisehdotukset liittyivät alkukartoituksessa saatujen tietojen mukaan yhdenmukaisuuteen, selkeyteen ja päällekkäiseen kirjaamiseen. Kehittämiskohteeksi valitsimme päällekkäisen kirjaamisen vähentämisen verensokerin- ja verenpaineen tulosten kirjaamisessa. Opinnäytetyö toi esiin hoitajien näkemyksiä hoitotyön kirjaamisesta. Hoitajien mukaan uusi toimintamalli oli parempi kuin entinen. Nykyään asiat potilaspapereihin tulee kirjattua nopeammin kuin ennen, samoin päällekkäinen kirjaaminen on vähentynyt. Uuden toimintamallin myötä asiat saa kirjattua välittömästi virallisiin potilaspapereihin, eikä enää epävirallisiin vihkoihin. Potilaan hoito on myös tullut kokonaisvaltaisemmaksi, asiat tulee käsiteltyä huolellisemmin ja kerralla. Kehittämistehtävässä oleviin tutkimuskysymyksiin on onnistuttu vastaamaan hyvin.

THE DEVELOPMENT PROJECT OF THE DOCUMENTATION OF NURSING IN PORI CITY HOSPITAL, WARD 2

Serula Elina,
Tuominen Susanna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
March 2011
Supervisor: Taavela, Raija
Number of pages: 52
Appendices: 8

Keywords: structured documentation, nursing process, eNNI2-project, the quality criteria of documentation, embedding

The topic of this study was electrical structured documentation. The purpose was to survey, how the documentation is accomplished in the ward, to describe the problems that occur in documentation and to evaluate how the documentation should be improved. The aim of the study was to establish a new working method together with the team and work community, based on improvement proposals arisen during the study. The working method was embedded to working community. In addition, we estimated the impact of established method. Electrical documentation improvement study was part of nationwide eNNI 2-project.

The topic of this study arose from our interest to electrical structured documentation. The law of electrical patient documentation obligates public health care organizations to move over electrical patient data system. Therefore our study topic had also topical value. We experienced that our work has been helpful to the nurses of Pori city hospital's ward two and to us who made this study. Qualitative approach was used in this study. Material was collected from target group using a questionnaire. Material was analyzed using content analysis and thematic analysis.

The development proposals, received from the primary survey, were related mainly to congruence, clearness and overlapping of the documentation. Reduction of the overlapping in documentation of blood sugar and blood pressure measurements was selected as the development target. Study brought up nurses view of the story about documentation. According to the nurses, new working method is better than the former one. Nowadays the information is written down into patient records faster than before and also the overlapping of the documentation has reduced. Along with the new working method, the information can be recorded directly into official patient documents instead of writing them first down to unofficial books. Nursing has also become more comprehensive as different issues are being treated more carefully and at ones. We succeeded well in finding answers to the questions concerning the study.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN AVAINKÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY	7
2.1	eNNI 2-hanke.....	7
2.2	Hoitotyön rakenteinen systemaattinen kirjaaminen.....	7
2.3	Hoitotyön prosessimenetelmän mukaisen kirjaamisen osa-alueet.....	9
2.4	Suomalaisen hoitotyön luokitus.....	11
2.5	Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet	15
2.6	Kirjaaminen hoidon laatutekijänä.....	15
3	AIKAISEMPIA AIHEESEEN LIITTYVIÄ KEHITTÄMISPROJEKTEJA.....	17
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	21
5	KEHITTÄMISMENETELMÄT	21
5.1	Learning by Developing (LbD)	21
5.2	Juurruttaminen kirjaamisen kehittämisen prosessina	22
6	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS 16.6.2010 – 21.3.2011	25
6.1	Opinnäytetyön aikataulu	25
6.2	Kehittämistehtävän yhteistyötaho.....	26
6.3	Osaston kirjaamisen nykytilan kuvaaminen	27
6.4	Kirjaamisen nykytilan arvioiminen ja kehittämiskohteen valinta	27
6.5	Kirjaamisen uusi toimintatapa	28
7	TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTONKERUU	30
7.1	Tutkimusmenetelmä.....	30
7.2	Aineistonkeruu.....	32
7.2.1	Kehittämistehtävään liittyvä tutkimuksellinen alkukartoitus.....	32
7.2.2	Kehittämistehtävään liittyvä tutkimuksellinen loppukartoitus.....	34
7.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	36
8	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET	37
8.1	Tulokset ja johtopäätökset	37
8.2	Kehittämistehtävän eettisyys	46
8.3	Kehittämistehtävän luotettavuus.....	47
8.4	Jatkotutkimushaasteet	49
9	POHDINTA.....	50
	LIITE 1 TYÖLISTA	
	LIITE 2 TYÖLISTA	
	LIITE 3 TUTKIMUKSET JA HOIDOT/ KLIINISEN TILAN SEURANTA	

LIITE 4 HOI (HOITOTYÖN TIIVISTELMÄLEHTI)

LIITE 5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄÄN LIITTYVÄ TUTKIMUKSELLINEN
ALKUKARTOITUS

LIITE 6 TIEDOTE UUDESTA TOIMINTAMALLISTA

LIITE 7 KEHITTÄMISTEHTÄVÄÄN LIITTYVÄ TUTKIMUKSELLINEN
LOPPUKARTOITUS

LIITE 8 HOITOTYÖN KIRJAAMISTA SÄÄTELEVÄT LAIT, ASETUKSET JA
OHJEET

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lain (159/2007) mukaan on sen tarkoituksena edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Sen mukaan on myös julkisen terveydenhuollon palvelujen antajan liityttävä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi viimeistään 1.4.2011. Valtakunnallisten säädösten mukaisen rakenteisen sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto edellyttää hoitotyöntekijöiltä tietojen täydentämistä ja uudenlaista osaamista. Esimerkiksi ajantasainen tieto lainsäädännöstä sekä systemaattisesta, hoitotyön prosessiin perustuvasta rakenteisesta kirjaamisesta FinCC-luokituksen avulla edellyttää hoitoyksiköissä toimivien tietojen päivitystä ja omien toimintatapojen kehittämistä.

Opinnäytetyömme perustuu eNNI 2-hankkeeseen, joka on osa valtakunnallista hanketta lakisääteisen sähköisen potilastietojen kirjaamisen opetuksen kehittämiseksi. Valtakunnallinen hanke toteutetaan Learning by Developing- toimintamallilla. Kohteenamme on Porin kaupunginsairaalan osasto 2. Siellä käytetään osaksi Efficatietojärjestelmää ja potilaskertomus on rakenteistettu, mutta hoitotyön FinCC-luokitusjärjestelmä ei ole vielä käytössä. Osastolla kirjataan HOI-lehdelle, mutta paljon kirjaamista tapahtuu vielä manuaalisestikin.

Opinnäytetyö käynnistyi kiinnostuksestamme rakenteista sähköistä kirjaamista kohtaan. Tulevaisuudessa se on väistämättä edessä, joten aiheella oli myös ajankohtaista painoarvoa. Ja koska kuva potilaan hoidosta, ja sen etenemisestä muodostetaan kirjaamisen avulla, on kirjaamisen merkitys suuri ja täten myös tutkimisen arvoinen.

Opinnäytetyön tavoitteena on kartoituksessa saatujen kehitysehdotuksien pohjalta rakentaa uusi toimintamalli yhdessä työryhmän ja työyhteisön kanssa. Uusi toimintamalli juurrutetaan työyhteisöön. Lisäksi toteutamme kehittämismenetelmän vaikuttavuuden arvioinnin. Tutkimustehtävänä on kartoittaa, miten osastolla kirjaaminen toteutuu, kuvailla kirjaamisen ongelmia ja arvioida miten kirjaamista tulisi kehittää. Kohderyhmänä toimi Porin kaupunginsairaalan osasto 2 hoitajat. Tässä opinnäyte-

työssä mukana ovat myös osaston henkilökunnan ja heidän työyhteisönsä yhdyshenkilön lisäksi ammattikorkeakoulun lehtori ja informaattikko.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN AVAINKÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

2.1 eNNI 2-hanke

eNNI 2-hankkeen tavoitteena on muodostaa työelämän ja koulutuksen välistä uudenlaista kehittämisyhteistyötä. eNNI2 terveydenhuollon organisaatioiden sairaanhoitajista ja ammattikorkeakoulujen hoitotyön opettajista sekä informaattikoista kootut alueelliset työryhmät kouluttautuvat tässä osahankkeessa 2009–2010 koordinoimaan tarvittavaa kehittämistä alueillaan.

Hankkeessa kehittämistoiminnan kohteena on hoitotyön kirjaamiskäytännön uudistaminen. Hankkeen kehittämistoiminnan toisena kohteena on hoitotyön opettajien pedagogisen osaamisen uudistaminen, integroimalla opettamiseen tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä aluekehitystyö. Pedagoginen toimintamalli hankkeessa on Learning by Developing eli kehittämis pohjainen oppiminen.

2.2 Hoitotyön rakenteinen systemaattinen kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamista määrittelevät monet juridiset ja ammattieettiset seikat. Terveydenhuollon toimintayksikön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Hoitotyöntekijöiden laatima hoitokertomus on osa potilaskertomusta. Osastohoidossa olevasta potilaasta pitää tehdä hoitotajakohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista ja hoitotoimista. Myös potilaan hoidon kannalta merkitykselliset puhelinsoitot tulee kirjata. (Asetus 298/2009)

Sairaanhoitajan työhön kuuluu oleellisena osana hoitotyön kirjaaminen. Kirjaamisella tarkoitetaan tietojen merkitsemistä, kokoamista ja luettelointia. Kirjaaminen ei ole itsetarkoitus vaan tärkeä työväline hyvässä hoitotyössä. Sen avulla varmistetaan, että potilas saa tarvitsemansa hoidon. Lisäksi varmistetaan hoidon jatkuvuus ja hoitohenkilökunnan oikeusturva. Kirjaaminen luo pohjan hoitotyön joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle. Se myös turvaa hoitoa koskevan tiedonsaannin, varmistaa toteutetun hoidon ja mahdollistaa hoidon arvioinnin. (Kassara, Paloposki, Holmia ym. 2004, 55.)

Terveystietojen hallinta on kehittynyt laajaksi järjestelmäksi (systemiksi). Siihen kuuluu tietojen tuottamiseen, säilyttämiseen ja jakamiseen tarvittavat välineet, menettelytavat ja ohjeet sekä tietysti ihmiset toimijoina. Kirjatulla tiedolla on erityisesti merkitystä potilaan päivittäisessä hoidossa: hoitotietojen pitää olla käytettävissä viiveettä ja virheettöminä niitä tarvitsevilla. Tämä edellyttää kirjaamiselta yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta. (Saranto & Sonninen 2007, 12.)

Rakenteisella hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan sekä kirjaamisen rakenteen että sisällön kehittämistä. (Sonninen 2007, 66). Se on potilastietojen tallentamista sähköiseen muotoon ennalta sovittujen otsikkojen alle, tiettyjen luokitusten ja koodistojen mukaan. Tällöin tarvittujen potilastiedon hakeminen nopeutuu ja aiemmin kirjattua tietoa voidaan hyödyntää erilaisissa tilanteissa. Rakenteinen kirjaaminen parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Se edistää asiakaskeskeisyyttä, palveluiden saatavuutta, toiminnan tavoitteellisuutta, taloudellisuutta, moniammatillisuutta ja hoitoketjujen saumattomuutta. (Kassara, Paloposki, Holmia ym. 2004, 55.)

Systemaattisuutta hoitotyöhön ja sen kehittämiseen on antanut hoidollisen päätöksenteon prosessimalli. Rakenteen systematisointi kohdistuu prosessimallin käytön mahdollistamiseen sähköisessä järjestelmässä. (Saranto ym. 2007, 66.) Systemaattinen sähköinen kirjaaminen ja tiedon varastointi lisäävät mahdollisuuksia kliinisen hoitotyön tutkimiseen ja sille relevantin tiedon kehittämiseen. Tiedon rakenteisuus sekä valtakunnallisesti yhtenäiset ydintiedot tarjoavat laajat tietokannat, jotka sisältävät yhtenäisesti määritellyt ja kerätyt hoitotyötä kuvaavia muuttujia. Sitä kautta hoidon tuloksellisuus pystytään osoittamaan ja sen arviointi on mahdollista. Sähköisen

kirjaamisen avulla myös tilastotiedon keruu tapahtuu luotettavasti suoraan potilastiedoista. (Saranto ym. 2007, 15.)

Rakenteisen sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto tulee edellyttämään sairaanhoitajilta, terveydenhoitajilta, kättilöiltä ja fysioterapeuteilta uudenlaista osaamista rakenteiseen kirjaamiseen ja yhtenäisen terminologian käyttöönottoon, tiedon hallintaan, tietosuojaan ja tietoturvaan sekä säädöksiin liittyvissä asioissa. Tämä muutos tulee vaikuttamaan terveydenhuollon työ- ja toimintaprosesseihin, johtamiseen ja tutkimukseen mullistavasti. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen ja toiminnan muutos asiakas/potilastietojärjestelmien käytössä ja sähköisessä muodossa olevan tiedon hyödyntämisessä vaikuttaa myös terveydenhuollon palvelujärjestelmän tuottavuuden paranemiseen merkittävästi (Itkonen 2007).

2.3 Hoitotyön prosessimenetelmän mukaisen kirjaamisen osa-alueet

Hoitotyön prosessi tarkoittaa asiakkaan hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamista hoitajakson aikana. Hoitotyön prosessi on potilaan tulotilanteesta hoitajakson päättymiseen tapahtuva hoitotyö. Prosessiajattelu on hoitotyön ydin. (Yura & Walsh 1991, 168.)

Hoitotyön prosessi on suunnitelmallinen toimintaprosessi, jonka tavoitteena on hoitotyön tarkoituksen toteuttaminen eli asiakkaan parhaan mahdollisen terveydentilan mahdollistaminen ja tämän tilan muuttuessa sellaisen hoidon tarjoaminen, jota asiakkaan hyvinvoinnin palauttaminen edellyttää. Jollei terveyttä voida saavuttaa, hoitotyön prosessin tulee parantaa asiakkaan elämän laatua ja maksimoida asiakkaan voimavarat, jotta hän voisi elää mahdollisimman hyvin niin pitkään kuin mahdollista. (Yura & Walsh 1991, 168.)

Kratzin (1985,15) mukaan hoitotyön prosessimalli perustuu päätöksentekoon, mikä tekee hoitotyön kuvaamisen systemaattiseksi. Hoidon toteuttamisen perustana on potilaan hoidon tarpeen määrittely ja sitä seuraava päätöksenteko. Hoidon toteuttamista seuraa toimintojen tuloksellisuuden arviointi. (TAULUKKO1) Vaikka prosessin vaiheet esitetään tietyssä järjestyksessä, jokaiseen vaiheeseen saatetaan palata monta

kertaa potilaan hoidon aikana. Hoidollinen päätöksenteko liittyy kaikkiin hoitotyön vaiheisiin (Yura ja Walsh 1991, 172)

Taulukko 1. Hoitoprosessin vaiheiden alle kirjattavia asiakokonaisuuksia (Kärkkäinen 2007, 93 mukailten)

Hoitoprosessin vaihe	Esimerkkejä kirjattavista asiakokonaisuuksista
Tulotilanne	Potilaan taustatiedot: hoidon syy, esitiedot, ongelmat, nykytila, lääkehoito, apuvälineet, toimintakyky, terveyteen vaikuttavat tekijät ja riskitiedot. Osa tiedoista voi siirtyä myös lähetteestä merkintöjen pohjaksi.
Hoidon suunnittelu	Terveyden- ja sairaanhoitoon osallistuvien henkilöiden, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä suunnittelema potilaan hoito: hoidon tarve, hoidon tavoitteet, lääkärin määräämät tutkimukset, toimenpiteet, konsultaatiot, lääkemääräykset ja suunnitellut hoitotyön toiminnot.
Hoidon toteutus	Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi valitut keinot ja menetelmät, kuten tutkimukset, toimenpiteet, hoitotyön toiminnot, lääkehoito ja rokotukset. Lääkärin antama ohjaus ravitsemuksesta ja liikunnasta.
Hoidon arviointi	Potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa hoidon suunnitelmassa asetettuihin päätavoitteisiin: tutkimuksiin, toimenpiteisiin, lääkehoitoon, toimintakykyyn ja hoitotyön toimintoihin liittyvät muutokset.
Määrittämätön	Määrittämätöntä hoitoprosessin vaihetta käytetään niissä tilanteissa, joissa ei ole mielekästä hyödyntää mitään määritellyistä

Hoitotyön kirjaamisen rakenteena on Suomessa käytetty maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimallia 1980-luvulta lähtien. Hoitotyön prosessimalli on jaettu kolmeen, neljään tai jopa kuuteen päätöksenteon vaiheeseen toimintaympäristön mukaisesti. Perinteisille paperilomakkeille kirjattaessa prosessimallin vaiheiden vaihtelevia otsikoita ovat olleet muun muassa hoitotyön ongelmat, tavoitteet, toteutus ja arviointi. (Saranto & Sonninen 2007, 13). (LIITE 4)

Potilaan hoitotapahtuman kirjaaminen voidaan jäsentää hoitotyön prosessimallin mukaan. Potilaskohtaiseen, yksilölliseen hoitoon pyrittäessä kerätään taustatietoja haastatteleamalla potilasta tai hänen saattajaansa tulotilanteessa tai pian sen jälkeen. Potilaan taustan kartoittamisessa korostuu hänen itsemääräämisoikeutensa, jota tulee

kunnioittaa. Hoitotahdon kirjaaminen on tärkeää. Arviointi- tai diagnosointiprosessissa kootut tiedot analysoidaan, määritetään hoidon tarpeet ja nimetään ne. Suunnitteluvaiheessa määritellään hoidon tavoitteet ja odotetut tulokset. Hoitajaksolla tulee olla päätavoite, johon pääsemiseksi asetetaan välitavoitteita. Tavoitteiden saavuttamiseksi valitaan hoitotoiminnot, jotka kirjataan hoidon toteuttamisvaiheessa. Hoidon arviointivaiheessa verrataan potilaan suunnitellun hoidon tarvetta tämän nykyiseen tilaan. (Ensio & Saranto 2004, 39–43.)

2.4 Suomalaisen hoitotyön luokitus

Suomalaisia hoitotyön luokituksia kutsutaan FinCCluokituksiksi (Finnish Care Classification). FinCC-luokitusten tavoitteena on yhtenäinen kirjaamiskäytäntö ja ammatillinen kieli. Ammatillisessa kielessä käsitteet on määritelty, ja kirjaaminen on selkeää. Kirjaaminen tapahtuu hoitotyön prosessimallin mukaisesti luokituksia apuna käyttäen. (Sonninen 2007, 88–89.) Hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan käyttämällä FinCC-luokitus kokonaisuutta. Kansallinen hoitotyön kirjaamisenmalli perustuu useiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden, pilotointien ja käyttäjäpalautteiden sekä asiantuntijatyön tuloksiin. (Liljamo ym. 3, 2008).

Hoitotyön luokituksia käytetään kirjaamisen apuna, jolloin niistä muodostetaan sähköiseen järjestelmään kirjaamisalustoja. Hoitotyön luokituksia (nursing classification) on laadittu kuvaamaan hoitotyön tarpeita, ongelmia tai diagnooseja sekä toimintoja ja tuloksia. (Ensio & Saranto 2004, 44; Jokinen 2005, 26.)

Suomalainen hoitotyön luokitus eli FinCC koostuu kahdesta hierarkkisesta luokituksesta Suomalaista hoidon tarveluokitusta SHTal:sta ja Suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta SHTol:sta sekä tulosluokituksesta SHTuL:sta, jolla arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt. (Liljamo ym. 3, 2008).

Tarveluokitusta ja hoitotyön toimintoluokitusta käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen poliklinikoilla, vuodeosastoilla ja avosektorilla. Mo-

lempia luokituksia voidaan käyttää erikseen, mutta suurin hyöty saadaan niiden rinnakkaisesta käytöstä. (Liljamo ym. 3, 2008).

Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL ja Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL koostuvat molemmat 19 samannimisestä komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Taulukossa 2 on kuvattu komponentit ja niiden sisällöt. (Liljamo ym. 3, 2008).

TAULUKKO 2. FinCC-luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008,5.)

KOMPONENTTI	KOMPONENTTIEN SISÄLLÖN YLEISKUVAUS
Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
Erittäminen	Ruansulatukseen, 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 tekijät
Terveyshäiriöiden edistämisen estäminen	Terveyden 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 turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen 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
Elämäntapa	Elämänvaiheisiin liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

Kirjaamisen sisältö rakenteistetaan luokitusten avulla siten, että komponentti toimii otsakkeena asiakokonaisuudelle, jota kirjataan. Tarve- ja toimintoluokitusten komponentit jakaantuvat pää- ja alaluokkiin, joiden avulla voidaan täsmentää kirjattavaa asiaa. Vapaa kirjaaminen tapahtuu pää- ja alaluokan jälkeen. (Saranto ym. 2007, 115–116.)

Luokitukset ohjaavat kirjaamista ja asiakokonaisuuden hahmottamista. Luokitusten käytön myötä myös potilaslähtöinen kirjaaminen vahvistuu. Kokemuksen kautta oppii kirjaamaan hoidon kannalta oleelliset tiedot. Luokitusten käyttö ohjaa havainnointiin hoitotyön sisältöaluetta laajasti ja kattavasti. (Saranto ym. 2007, 115–116.)

Luokitusten käyttöönotto ydintietojen rakenteistamisessa monipuolistaa ja laaja-alaistaa myös hoidon kirjaamista. Päivittäisestä tiedosta voidaan tiivistää myös hoitotyön yhteenveto. Jossakin järjestelmissä tiivistelmä muodostuu automaattisesti jo tällä hetkellä, hoitajan täytyy vain valita tiedot, jotka siirtyvät hoitotyön yhteenvetoon, joka muodostuu siis jo tuotetusta hoitotyön prosessin mukaisesta tekstistä. (Saranto ym. 2007, 115–116.)

Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen

Näkymä : Hoitokertomus = HOKE

Moniamm. hoitoprosessin eri vaiheet	Tulotilanne		Hoidon suunnittelu			Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	Hoitotyön yhteenveto
	Tietojen keruu ja analysointi*	Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi	Hoidon toteutus	Hoidon tulokset		
Hoitotyön prosessin vaiheet	Tietojen keruu ja analysointi*	Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi	Hoidon toteutus	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto	
Rakenteistaminen	SHTaL ja SHTuL (Hoidon tarveluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	-	SHTaL ja varmuusaste (+ mittari esim. VAS, GAF)	SHTaL	-	SHTaL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön prosessi/ydin-tiedoista ja tarv. täydennetään rakenteisilla tiedoilla (luokitus + vapaa teksti)	
	SHToL ja SHTuL (Hoitotyön toimintoluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	-	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS, GAF)	SHToL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF) **	Hoitoisuusluokkatieto numeerisena ja sanallisena.
Hoitotyön ydintiedot	Moniammatillisia ydintietoja*	Hoidon tarve			Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto	Hoitoisuus **

*Ydintiedoista saadaan osa hoitotyön tarvitsemista tiedoista kuten henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet.

** Hoitoisuusmittaus tehdään prosessin kohdassa arviointi ja käytetään mittareita: OPC (Oulu Patient Classification) tai OPCq (Rafaela) päivitetty 080908 K. Tanttu

Kuvio 1. Kansallinen kirjaamismalli (Hoitotyön vaatimusmäärittely, 2008, s. 4).

Satakunnan sairaanhoitopiirissä on tehty vuodesta 2005 lähtien potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen, sairaalaan tai kotihoitoon (kotipalvelu, kotisairaanhoito) sähköinen hoitotyön yhteenveto hoitajakson kannalta keskeisistä tiedoista jatkohoitopaikkaa varten. Yhteenveto toimii hoitotyön lähetteenä jatkohoitopaikkaan ja sen tarkoituksena on parantaa hoidon jatkuvuutta. Yhteenvetoon käytöstä on saatu myönteisiä kokemuksia, vaikka uusi kirjaamistapa tuntui aluksi vieraalta ja kirjaamiseen menee aikaa. Yhteenveto on jäsennellympi kokonaisuus potilaan hoidon etenemisestä kuin aikaisempi manuaalinen lähete. Se on lyhyt, helppolukuinen, selkeä ja tiivis kokonaisuus potilaan jatkohoidon kannalta oleellisista siirtovaiheen tiedoista (Kuusisto ym. 2009). Strukturoitujen ja standardisoitujen kirjaamisalustojen (template) on

todettu muuallakin parantaneen hoitotyön siirtovaiheen merkintöjen rakennetta ja tietosisältöä (Hellesø, 2006).

2.5 Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet

Hoitotyön kirjaamista määrittelevät useat lait, joilla sähköistä rakenteista kirjaamista säädetään. Suomessa kirjaamista säätelee ainakin 21 eri lakia. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) on yksi tärkeimmistä. Siinä määritellään sähköinen potilaskertomus, jossa on yhteiset rakenteiset ydintiedot. Muina esimerkkeinä kirjaamista säätelevistä laeista mainittakoon sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, muutos 653/2000). (Mikkonen 2009; Syväoja & Äijälä 2009, 86.) (LIITE 8.)

Näiden lisäksi hoitotyön kirjaamista ohjaavat rekisterinpitäjän (organisaation) velvollisuus huolehtia potilasasiakirjoja käsittelevän henkilökunnan ohjaamisesta asianmukaisesti menettelytapoihin. Myös toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan on annettava kirjallinen ohjeistus potilastietojen käsittelyyn liittyvistä seikoista ja menettelytavoista omassa yksikössään. Kaikkia koulutettuja hoitotyöntekijöitä ohjaavat oman ammattikuntansa eettiset ohjeet, hyvän hoidon periaatteet ja sisäistynyt professionaalinen työ. (Saranto ym. 2007, 19.)

2.6 Kirjaaminen hoidon laatutekijänä

Hoitotyön tavoitteenmäärittelyssä käytetään usein ilmaisua “näkymätön näkyväksi”, jolla halutaan korostaa kirjaamisen tärkeyttä toiminnan ja sen vaikutusten osoittimena. Hoitotietojen kirjaamista voidaan arvioida monesta näkökulmasta. (TAULUKKO 3)

TAULUKKO 3. Keinot joilla vaikutetaan hyvän kirjaamisen toteutumiseen hoitotyön prosessissa. (Wilskman ym. 2007, 13.)

HOITOTYÖN ARVIOINNISSA	HOIDON AIKANA	HOIDON JÄLKEEN
Potilaan, omaisten ja sairaanhoitajan välillä vallitsee luottamuksellinen yhteistyösuhde, jossa etusijalla on potilaan kokemus.	Muuttuviin tarpeisiin vastaava hoitotyönprosessi etenee ja kirjattu tieto on ajantasaista.	Tehdään potilaan hoidon loppuarvio ja yhteenveto.
Moniammatillisena ryhmänä toimitaan potilaan parhaaksi ja hoitoa koordinoi omahoitaja.	Luottamus ja läsnäolo auttamissuhteessa toteutuvat.	Sairanhoitaja ja tiimi arvioivat omaa toimintaansa.
Henkilökunnan tietojen ja taitojen on oltava ajan tasalla.	Yhdessä hyväksytyt sopimukset ohjaavat hoitotyön prosessia.	Opitaan kokemuksesta, jolloin tietotaito lisääntyy.
Hoitotyön prosessin merkitys on ymmärretty ja sen käyttö on sujuvaa.	Yhteistyö eri osapuolten välillä toimii sujuvasti.	Uudet haasteet selkiintyvät.

Laadun arvioinnin perusmallina esitetään usein Avedis Donabedianin (1988) laadunvarmistamiseen kehittämää lähestymistapaa. Tätä lähestymistapaa voidaan soveltaa myös tietotekniikan arvioinnissa ja jäsenellä arviointikohteet rakenne-, prosessi ja tulokriteereiksi. (Saranto & Ikonen 2007,189.)

Laadun rakennekriteerit voidaan määritellä hoitoympäristöstä käsin. Siihen kuuluvat toimintaa säätelevät tekijät, kuten henkilökunnan asenteet ja taidot, käytössä olevien laitteiden ja järjestelmien määrä ja laatu sekä muut resurssitekijät, kuten ajankäyttö. Ajankäyttöön voidaan vaikuttaa suunnittelemalla työtehtäviä siten, että tietojärjestelmää voidaan käyttää joustavasti ja häiriöttä mikäli mahdollista. Siten myös ergonomisten tekijöiden huomiointi on tärkeää suunniteltaessa. Laitteiden fyysinen sijoittelu, niiden fyysiset ulottuvuudet sekä valaistus- ja äänitekijät ovat merkityksellisiä myös työterveyden kannalta. Työympäristö tulisi suunnitella ergonomisesti työterveyden asiantuntijoita apuna käyttäen. (Saranto & Ikonen 2007, 189- 190.)

Kirjaamista ohjaa hoitotyön prosessin mukainen rakenne. Kirjaamisessa tulisi näkyä muun muassa, mitä päätöksiä hoitotyössä on tehty, miksi päätökset on tehty ja miten ne on toteutettu ja mitä vaikutuksia tehdyillä päätöksillä on ollut. (Hoitotyön vuosikirja 2007, 30, KIRKE-hanke 2009) Laadun prosessikriteerit voidaan laatia hoitoprosessin vaiheiden mukaan eli kuvaamalla, mitä tehdään hoitoa annettaessa ja vastaanotettaessa. Kirjaamisen yhteydessä arvioidaan, miten teknologiaa sovelletaan, mitä todellisuudessa tehdään tietojärjestelmää käytettäessä ja miten järjestelmä vastaa käyttäjän tarpeisiin. Tällöin korostuvat järjestelmän käytettävyyteen liittyvät seikat, kuten sen helppokäyttöisyys, palautteenantokyky, virheiden ennakointi ja käyttäjän tuki. Mitä parempi käytettävyys, sitä sujuvampaa on tietojen kirjaaminen. (Saranto & Ikonen 2007, 190- 191.)

Tuloskriteeri tarkoittaa ajantasaisia, virheettömiä ja hoidon vaikutuksia osoittavia hoitotietoja, potilaan yksityisyyden suojaamista, asukkaan riittävää tiedonsaantia, kirjattuja hoitopäätöksiä, mahdollisuuksia hoitotietojen jatkokäyttöön sekä järjestelmän sujuvaa ja turvallista käyttöä. Tuloskriteereillä voidaan määrittää, kuinka tehokkaasti ja millaisin kustannuksin päämäärät saavutetaan tai mitä vaikutuksia sovelluksella on esimerkiksi potilaan tai väestön terveydentilaan. Hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. Potilassuhteen luottamuksellisuus ja potilaan yksityisyyden suoja edellyttävät huolellisuutta potilasasiakirjojen laatimisessa ja säilyttämisessä. (Saranto & Ikonen 2007, 191-192 .)

3 AIKAISEMPIA AIHEESEEN LIITTYVIÄ KEHITTÄMISPROJEKTEJA

Tekijä/ Vuosi	Tutkitutkysymykset	Tutkimusmenetelmä	Otos	Päätulokset
Opinnäytetyö Eeva-Kaisa Laine, 2008	<p>1. Minkälaisia kokemuksia henkilöstöllä on rakenteisesta hoitotyön sähköisen kirjaamisen toteuttamisesta?</p> <p>2. Millaista tukea ja ohjausta hoitohenkilöstö on saanut rakenteisen hoitotyön sähköisen kirjaamisen toteutumisesta?</p> <p>3. Millaista tukea ja ohjausta hoitohenkilöstö näkee tulevaisuudessa tarvitsevansa rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta?</p>	teemoitettu ryhmähaastattelu	12 sairaan- ja perus/lähihoitajaa yhdeltä osastolta, yhden sairaanhoitopiirin alueelta	
Opinnäytetyö Hyvönen Kal- le, 2009	<p>1. Mitä hoitajan kirjaamaan hoitokertomukseen sisältyy tällä hetkellä?</p> <p>2. Millainen käsitys hoitajilla on hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta?</p>	Kvantitatiivinen, kyselylomake	Pieksämäen terveystoimen henkilökunta akuuttiosastolta, hoiva- ja kuntoutusosastolta sekä kirurgiselta osastolta.	Keskeisin tulos on se, että kirurgisen ja akuuttiosaston henkilökunnasta n 70 % on valmis sähköisen rakenteisen kirjaamiseen käyttöön ottoon

Tekijä/ Vuosi	Tutkimuskysymykse	Tutkimusmenetelmä	Otos	Päätulokset
Opinnäytetyö Håkans Tarja & Rudnäs Anne, 2009	Miten osastolla kirjaaminen tapahtuu?	Teemahaastattelu	Espoon sairaalan osaston 2 D henkilökunta	Vastauksista tuli esille, että tarvitaan vielä harjoitusta ja aikaa kirjaamisen sujumuudelle. Työyhteisö jatkaa kehittämistyötä sitouttamalla henkilökuntaa kirjaamisen kehittämiseen, jonka tulisi olla arvioivaa, kuvailtavaa ja potilaslähtöistä.
Opinnäytetyö Ojansivu Heidi,2010	1.Minkälaista kirjaaminen on Turun terveystoimen kotisairaanhoidon tukevissa vuodeosastoilla? 2. Millaisia muutoksia kirjaamisessa on tapahtunut aikaisempaan tutkimukseen verrattuna?	Tutkimuksessa käytettiin aineistona kymmentä kotisairaanhoidon tukeville vuodeosastoilta saatua satunnaisotannalla valittua hoitokertomusta. Hoitokertomukset analysoitiin käyttäen sisällönanalyysirunkoa, joka sisälsi noin 50 kysymystä.	Neurologinen jatkokuntoutusosasto, geriatrinen jatkokuntoutusosasto, akuutit vuodeosastot 1 ja 2, Kotiutuspartio 1 ja 2 sekä Peiponpesä 2.	Potilastietojen rakenteinen kirjaaminen on vaihtelevaa ja osittain hyvinkin puutteellista.

Tekijä/ Vuosi	Tutkitutkysymykset	Tutkimusmenetelmä	Otos	Päätulokset
Opinnäytetyö Koponen, Tiina; Katun- pää, Riitta, 2010	<p>1.Minkälaista kirjaaminen on geropsykiatrisilla osastoilla?</p> <p>2 Minkälaista muutosta kirjaamisen tilassa on tapahtunut verrattuna alkuvuoteen 2009 geropsykiatrian osastoilla?</p>	<p>Hoitokertomuksia oli yhteensä 40, jotka valittiin käyttäen systemaattista satunnaisotantaa. Jotta potilaiden yksityisyys säilyisi, oli niistä poistettu henkilötiedot. Aineisto on analysoitu käyttäen deduktiivista sisällönanalyysiä</p>	<p>Kolme geropsykiatrian osastolta Turun sosiaali- ja terveystoimessa.</p>	<p>Kirjaamisen tilassa on tapahtunut muutosta molempiin suuntiin. Rakenteinen kirjaaminen on yleistynyt geropsykiatrian osastoilla, jonka huomaa esimerkiksi hoitosuunnitelmien yleistymisestä.</p>
Opinnäytetyö Nieminen, Silja; Suur- hasko, Jenni, 2010	<p>1. Mikä tarkoittaa hoitotyön prosessimalli?</p> <p>2. Mitä tarkoittaa sähköinen rakenteinen kirjaaminen?</p> <p>3. Millaisena hoitohenkilökunta näkee rakenteisen kirjaamisen tilanteen tällä hetkellä?</p> <p>4. Mitä kehitettävää hoitajat näkevät kotisairaalan rakenteisessa kirjaamisessa?</p>	<p>Kysely</p>	<p>Tampereen kaupungin kotisairaala</p>	<p>Kotisairaalassa hoitajat listasivat positiivisiksi kokemuksiksi muun muassa tiedon hyödyntämiseen ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon huomioimiseen entistä paremmin. Vähemmän positiivisiksi asioiksi koettiin muun muassa tietojärjestelmään liittyvät päivitykset, järjestelmän yleinen ulkoasu sekä tiedon löytämiseen liittyvät asiat.</p>

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kehittämistehtävämme tarkoituksena oli kartoittaa kirjaamisen nykytilaa ja osallistua kirjaamisen kehittämiseen Porin kaupunginsairaalan osastolla 2. Tavoitteenamme opinnäytetyössä oli työyhteisön kirjaamisen nykytilan kartoitus ja kuvaus sekä siitä alkunsa saava työyhteisön kehittämiskohteen rakentaminen. Kartoituksen pohjalta rakensimme uuden toimintamallin yhdessä työryhmän ja työyhteisön kanssa. Lopuksi toteutimme kehittämismenetelmän vaikuttavuuden arvioinnin kyselylomakkeilla.

Juurruttamisen, uuden toimintatavan rakentamisvaiheen ja uusien vaihtoehtoisten ratkaisujen etsimisen toteutti Porin kaupunginsairaalan osaston 2 työyhteisö sopimallaan tavalla ja me opiskelijat osallistuimme kaikkiin vaiheisiin.

Tutkimuksessamme vastasimme seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten osastolla kirjaaminen tapahtuu?
2. Mitä ongelmia kirjaamisessa on?
3. Miten kirjaamista osastolla voitaisiin kehittää?

5 KEHITTÄMISMENETELMÄT

5.1 Learning by Developing (LbD)

Toteutamme opinnäytetyömme Learning By Developing- menetelmällä, joka tarkoittaa uutta oppimismallia. Se otettiin käyttöön Laurea-ammattikorkeakoulussa. Vapaasti suomennettuna se tarkoittaa työn kautta oppimista. Uudessa mallissa oppiminen ja opettaminen ovat entistä käytännönläheisempää ja tapahtuvat työelämän hankkeissa. LbD tähtää uudenlaiseen, tehokkaaseen oppimiseen ja monialaiseen osaamiseen. Learning By Developing (LbD) eli kehittämispohjainen oppiminen on

autenttisuuteen, kumppanuuteen, kokemuksellisuuteen ja tutkimuksellisuuteen perustuva, uutta luova toimintamalli. Kehittämispohjaisen oppimisen lähtökohtana on aidosti työelämään kuuluva, käytäntöä uudistava kehittämishanke, jonka eteenpäin vieminen edellyttää opettajien, opiskelijoiden ja työelämäosaajien yhteistyötä ja jossa parhaimmillaan tuotetaan uutta osaamistietoa. (Pedagoginen strategia 2007, 6.)

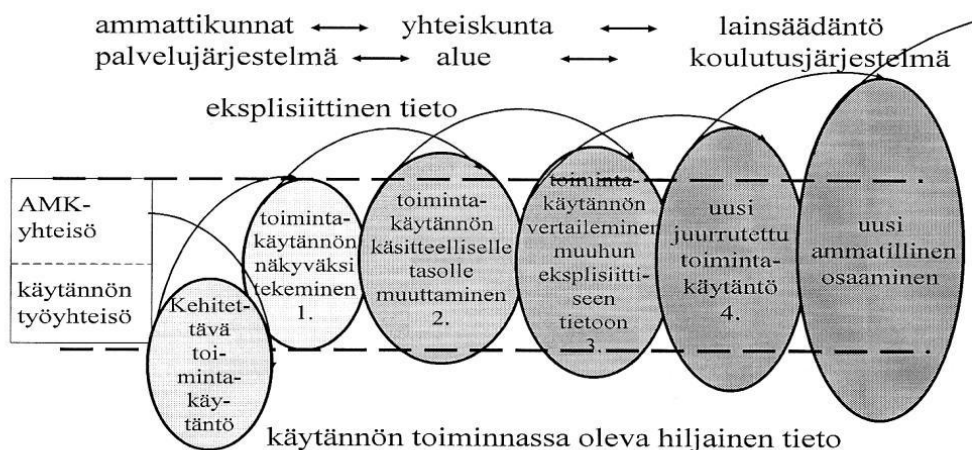
Prosesseissa etsitään tutkivan ja kehittävän työotteen avulla systemaattisesti ratkaisuja ja vastauksia sekä luodaan uutta tietoa. Näin opiskelijat pääsevät jo opintojen aikana osaksi innovaatiojärjestelmää ja luomaan kokemuspohjaista tietojärjestelmäänsä. Kehittämispohjaisessa oppimisessa eri yhteistyötahojen tutkiva oppiminen kytkeytyy kehittämishankkeisiin (Kallioinen 2008, 7.) Yhteistyöprojektin ympärille kehittyvässä oppimisympäristössä mahdollistuu yksilön oma oppiminen ja yhdessä oppiminen sekä uuden osaamistiedon rakentuminen. Siinä on mukana työelämäosaamisessa oleva tieto, sitä selittävä tieto ja sitä kehittävä, uutta osaamista tuottava tieto. (Laurean ammattikorkeakoulu 2007, 5–7)

Oppimisprosessin lähtökohtana on kehittämishankkeen taustalla olevan ilmiön ymmärtäminen. Lähtökohta voi olla ongelmaperusteinen tai uudistamisperusteinen. Kehittämishankkeen tavoitteena voi olla: a) uusi tuote, sen jalostaminen ja tuotteistaminen, b) toimintaprosessien kehittäminen ja uudistaminen, c) uusien toimintatapamallien kehittäminen tai d) uuden työkuulttuurin kehittäminen. Kehittämisprojektissa mukana ovat opettajat, opiskelijat ja työelämän asiantuntijat. Heidän rooleinaan voidaan tunnistaa tutkijan, hanketta eteenpäin vievän kehittäjän ja työvälineiden opettajan roolit. Työvälineiden opettaja siirtää ja välittää työvälineiden käyttöön liittyvän tiedon. Kaikki osapuolet ovat vastuussa kehittämis-hankkeesta ja sen tutkimuksesta. (Laurean ammattikorkeakoulu 2007, 5–7)

5.2 Juurruttaminen kirjaamisen kehittämisen prosessina

Kun opinnäytetyön kartoitus ja aineiston analysointi on ohi, alkaa juurruttaminen. Se tarkoittaa uuden tiedon/taidon saattamista työyhteisön käyttöön pysyväksi käytännöksi. Juurtuminen edellyttää työyhteisöltä avointa, motivoitunutta suhtautumista työn kehittämiseen. Myös niin sanottu hiljainen tieto on saatava esiin, jotta käytännöt

voisivat oikeasti muuttua. Työyhteisö muokkaa tietoa yhdessä, sitoutuu muutosprosessiin, ja näin hyväksyy muutoksen yhteisenä prosessina. Johdolla on merkittävä asema prosessissa. Sen tehtävä on mahdollistaa ja ohjata muutosta niin, ettei se tule ikään kuin käskynä ylhäältä päin. (Ahonen ym. 2005, 4.)



Kuvio 2 Tiedonkäsittelyn kierrokset (mukaillen Nonaka & Takeuchi 1995; Kivisaari 2001; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005.)

Juurruttaminen perustuu viiteen tiedonkäsittelyn vaiheeseen (KUVIO 2). Ensimmäisessä vaiheessa on tarkoitus miettiä nykykäytäntöä, ymmärtää muutoksen tarve ja hyväksyä työyhteisössä ja työryhmässä toiminnan muutos. Tähän kuuluu myös hiljaisen tiedon muuttaminen näkyväksi sekä työyhteisön yhteinen toimintatavan kuvaaminen. (Ahonen ym. 2007, 27 - 30.)

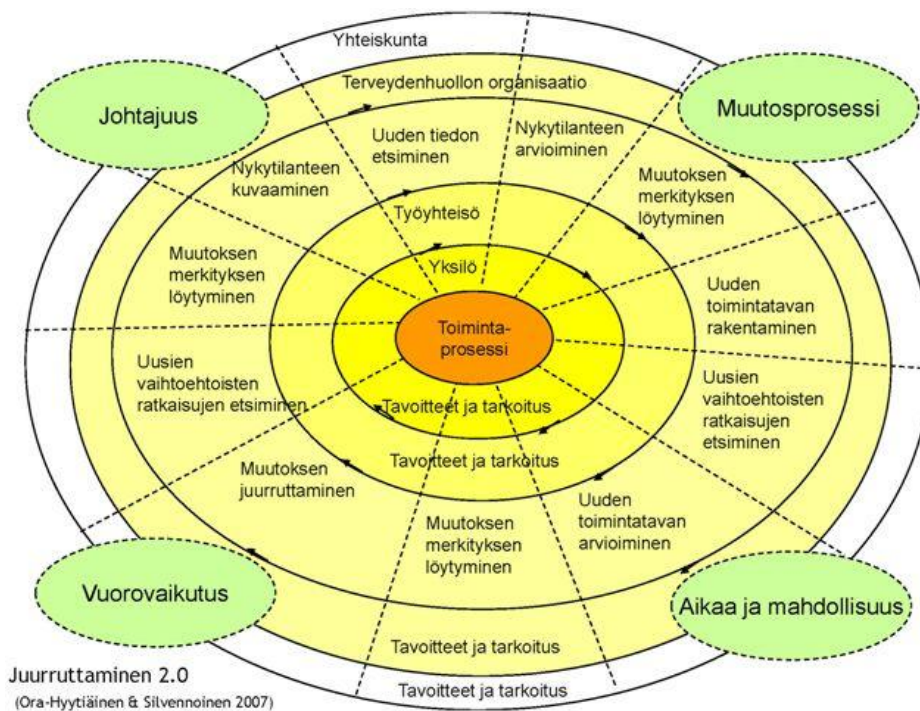
Toisessa vaiheessa päätetään kehittämiskohde. Nykyistä toimintakäytäntöä arvioidaan ja päätetään yhdessä, mitä lähdetään kehittämään. Kaikki toimintatavan muutoksessa mukanaolijat sitoutuvat tähän muutosprosessiin. (Ahonen ym. 2007, 27 - 30.) Kolmannessa vaiheessa ryhmän opiskelijat keräävät teoreettista tietoa kehittämiskohteesta ja laativat sen pohjalta yhdessä työryhmän kanssa uuden kirjaamisen toimintatavan juurruttamista varten. (Ahonen ym. 2007, 27–30.)

Neljännessä vaiheessa on tarkoitus verrata uutta toimintatapaa vanhaan ja ottaa se kehittämissympäristössä aktiiviseen käyttöön, ja viimeisessä eli viidennessä vaiheessa

uusi toimintatapa on käytössä ja osa kehittämissympäristön arkea. (Ahonen ym. 2007, 27.)

Juurruttamisessa on kyse vuorovaikutuksesta ja yhteistyöstä. Ilman kaikkien osapuolten panosta ja mukanaoloa, ei juurruttamisesta ole juuri hyötyä. (Ahonen ym. 2005, 4.) Jos työyhteisössä on realistiseksi rajattu tavoite hoitotyön kehittämiseksi se edistää työryhmätyötä sekä työryhmän sisällä että suhteessa työyhteisöön. (Ahonen ym. 2007, 30) Tässä kehittämisenmuodossa toimijoiden roolit muuttuvat. Kehittämistyöryhmän opiskelijan rooli aktiivisena jäsenenä on erilainen. Hän työskentelee tasavertaisena muiden hoitajien kanssa ja kantaa vastuuta osaston kehittämistoiminnassa. Työryhmän hoitajan rooli on työyhteisön aktivoimista keskusteluun, pohdiskeluun sekä arvioimaan uutta tietoa ja muodostaen uutta osaamista. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 17.)

Juurruttaminen sopii hyvin hoitotyön kehittämisen menetelmäksi ja jäsentämään työyhteisön ja opiskelijoiden yhteistä toimintaa kehittämisessä. Yhteinen toiminta auttaa ymmärtämään muutoksen aikaansaamista ja hoitotyön uudistamista vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. (Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2007, 30)



Juurruttamisen prosessi eNNissä (Ora-Hyytiäinen ja Silvennoinen 2007). (KUVIO 3)

6 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS 16.6.2010 – 21.3.2011

6.1 Opinnäytetyön aikataulu



KEVÄT 2011

- Tulosten analysointi
- Opinnäytetyön viimeistely
- Raportointiseminaari
- Valmis opinnäytetyö

6.2 Kehittämistehtävän yhteistyötaho

Porin kaupunginsairaalan osasto 2 on kuntoutuspainotteinen, ja siellä vallitsee yksilövastuinen hoitotyö. Osastolla on 28+2 potilaspaikkaa ja potilaan koostuvat pääasiassa ikääntyneistä. Siellä tutkitaan ja hoidetaan sisätautisia ja geriatria potilaita. Erikoissairaanhoidon ohjaamana jatkohoidetaan ja kuntoutetaan myös muiden erikoisalojen potilaita. Perusterveydenhuollon lähettämät yleislääketieteen potilaat muodostavat suuren osan vuodeosastoilla hoidettavista potilaista. Neurologiset sairaudet ovat yleisin osastolle tulon syy, yleisiä ovat myös lonkkaleikkaus-, Alzheimer- ja monisairaat potilaat. Osasto toimii myös saattohoitoa tarvitsevia potilaita varten. Potilaat otetaan osastolle vain lääkärin läheteellä. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on 1-3 viikkoa potilaiden sairauksien ja hoitoisuuden mukaan. Henkilökunta koostuu 12,5 sairaanhoitajasta, osastonhoitajasta, 9 perushoitajasta, 5 laitoshuoltajasta, 1 sihteeristä ja 1 lääkäristä. Aamuvuorossa on 8 hoitajaa, joista osastonhoitaja on yksi. Iltavuorossa 5 hoitajaa ja yöllä työtä tekevät sairaanhoitaja ja perushoitaja.

Ryhmämme koostuu osaston henkilökunnan ja heidän työyhteisön yhdyshenkilön lisäksi ammattikorkeakoulu lehtorista ja informaatikosta. Työyhteisön yhdyshenkilö on yhteistyössä ammattikorkeakoulun lehtorin, informaatikon ja opiskelijoiden sekä valtakunnallisten eNNI asiantuntijoiden kanssa. Lehtorin rooli on yhteistyökumppanin etsiminen, työryhmän toiminnan ohjaus sekä muutoksen ja kehittämisen edistäminen. Lehtori pitää myös koulutustilaisuuksia työyhteisöille aluetyöryhmän kanssa ja ohjaa tiedonhaussa yhdessä informaatikon kanssa. Informaatikko suunnittelee, toteuttaa ja arvioi alueellista yhteistyötä lehtorin ja työelämän yhdyshenkilön kanssa. Hän myös suunnittelee ja toteuttaa opettajan kanssa tiedonhallintaprosessin ohjausta

tiedonhaun työpajoissa kehittämistyön eri vaiheissa. Lisäksi hän ohjaa opiskelijoita opinnäytetyövaiheessa.

6.3 Osaston kirjaamisen nykytilan kuvaaminen

Kävimme osastolla muutamia kertoja haastattelemassa osastonhoitajaa ja sairaanhoitajaa, joka oli erityisesti perehtynyt osaston kirjaamiseen. Haastatteluissa kävi ilmi, että osastolla kirjaaminen toteutui osaksi käyttämällä Effica-tietojärjestelmää. Potilaskertomus on rakenteistettu, mutta hoitotyön FinCC-luokitusjärjestelmä ei ole vielä käytössä. Osastolla kirjataan HOI-lehdelle, mutta paljon kirjaamista tapahtuu vielä manuaalisestikin.

Verensokerit Porin kaupunginsairaalan osastolla 2 merkitään epäviralliseen vihkoon, potilaan hoitosuunnitelmaan ja sokeritasapainolomakkeeseen. Ensin aamuvuoron sairaanhoitaja suunnittelee potilaan seuraavan päivän hoitosuunnitelman, huomioiden siinä potilaan senhetkisen tarpeen. Hän merkitsee hoitosuunnitelmaan verensokerin ottoajat. Tämän jälkeen yöhoitaja merkitsee hoitosuunnitelmasta epäviralliseen vihkoon potilaan vuodepaikan, nimen ja verensokerin ottoajat. Mitattu verensokeri merkitään tähän epäviralliseen vihkoon, josta verensokeriarvot pitää siirtää virallisille asiapapereille. Näitä arkistoitavia asiapapereita ovat siis hoitosuunnitelma ja sokeritasapainolomake.

Verenpaineen mittauksessa noudatetaan pääasiassa samaa mallia kuin verensokerin mittauksessa. Poikkeuksena on, että mittaustulokset merkitään ensin työlistaan (LIITE1), josta ne siirretään virallisiin asiapapereihin, eli hoitosuunnitelmaan ja tutkimukset ja hoidot/kliinisen tilan seuranta - lomakkeeseen (LIITE3).

6.4 Kirjaamisen nykytilan arvioiminen ja kehittämiskohteen valinta

Teimme alkukartoituksen käyttämällä avointa kyselyä (LIITE 5). Kyselyn pohjalta teimme yhteenvedon työyhteisön hoitotyön kirjaamisesta. Esittelimme yhteenvedon työyhteisölle tiimipalaverissa 7.10.2010. Paikalla olivat meidän lisäksi aluetyöryhmän opettaja sekä kolme työyhteisön jäsentä, osastonhoitaja mukaan luettuna.

Työyhteisön kirjaamisen suurimmat ongelma-alueet liittyivät kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaisuuteen, selkeyteen ja päällekkäiseen kirjaamiseen. Myös arviointia ja kuvailua sairauden etenemisestä sekä tehdystä työstä kaivattiin. Tärkeäksi koettiin myös se, että lääkärinkierrolla esille tulleet asiat kirjattaisiin ylös. Lisäksi kannatusta saivat perehdytyskansio, tietokoneiden määrän- ja kirjaamiseen käytettävän ajan lisääminen sekä säännöllinen koulutus kirjaamisen osa-alueilta. Ja etenkin haavanhoitomakkeeseen toivottiin sujuvampaa käyttöä. Hoitajat olivat myös sitä mieltä, että hoidon jatkuvuus kärsii, kun ei siirretä töitä hoitosuunnitelmassa seuraavaan päivään. Osastolla on myös tapana koota nykyiseltä hoitosuunnitelmalehdeltä tiedot noin keran viikossa HOI-lehdelle, ja hoitajat toivoivatkin Efficaan ns. ”päivittäiset havainnot” lehteä tai ”hoidon tulokset”-lehteä.

Keskustelua käytiin kirjaamisen ajantasaisuudesta, päällekkäisestä kirjaamisesta, lain vaatimuksista ja siirtymisestä tulevaisuudessa rakenteiseen sähköiseen kirjaamiseen. Myös tietokoneiden määrä ja kirjaamiseen käytettävä aika herättivät keskustelua. Työryhmä koki, että tietokoneita olisi riittävästi. Kirjaamisen ajankäyttöön taas voidaan vaikuttaa suunnittelemalla työtehtäviä siten, että tietojärjestelmää voidaan käyttää joustavasti ja häiriöttä mikäli mahdollista.

Keskustelun ja muutostarpeiden priorisoinnin jälkeen työyhteisö valitsi kaikkein tärkeimmäksi muutostarpeekseen päällekkäisen kirjaamisen vähentämisen. Tätä muutost kohdetta alettiin työstää ja päädyimme siihen, ettemme voi vähentää päällekkäistä kirjaamista joka osa-alueelta. Joten valitsimme päällekkäisen kirjaamisen vähentämisen verensokerin- ja verenpaineen tulosten kirjaamisessa, koska nykyään verensokeri- ja verenpainetulokset merkitään niin moneen paikkaan. Tästä muodostui kehittämiskohde.

6.5 Kirjaamisen uusi toimintatapa

Päällekkäisen kirjaamisen vähentämiseksi kokeillaan uutta toimintamallia Porin kaupunginsairaalan osastolla 2. Kirjaamisen osa-alueiden (verensokerimittauksen ja verenpaineenmittauksen) uusi toimintamalli tulee olemaan seuraavanlainen.

Osaston molemmissa päissä työskentelevien työryhmien käyttöön tuli uusi kiertokärri. Kärriössä on kirjoittamiseen tarkoitettu ns. kirjoitusalue, joka myöhemmin toimii kannettavan tietokoneen alustana. Kärriöön tulee verensokerin- ja verenpaineen mittaamiseen tarvittavat välineet ja potilaskansiot. Uuden toimintamallin ansiosta poistuu kirjaaminen epävirallisiin papereihin ja kirjaaminen tapahtuu heti virallisiin asiakirjoihin. Eli verensokeritulokset merkitään heti hoitosuunnitelmaan ja sokeritasapainolomakkeeseen ja verenpaineet merkitään hoitosuunnitelmaan ja tutkimukset ja hoidot/kliinisen tilan seuranta - lomakkeeseen. Potilaat, joilta verensokeri- tai verenpaine otetaan, löytyy joka päivälle tehdystä työlistasta (LIITE 2), jonka yövuorolainen on tehnyt.

Kirjaamisesta tulee laadukkaampaa, kun verensokeri- ja verenpaine-arvoja merkittäessä samalla voidaan kirjoittaa muita potilaasta tehtyjä havaintoja. Samalla potilasasiakirjoihin tulee myös paremmin hoitajien kaipaamaa arviota ja kuvailua sairauden etenemisestä ja tehdystä työstä, kun asiat kirjataan välittömästi. Kokeilu tulee olemaan myös hyvää harjoittelua tulevaan sähköiseen rakenteeseen kirjaamiseen, joka on väistämättä edessä. Lisäksi laatukriteerit täyttyvät entistä paremmin.

Työstimme uutta toimintamallia työryhmän kanssa ja me opiskelijat esitimme tämän uuden toimintamallin osastotunnilla. Osastotunnilla paikalla oli 14 henkilöä, joista hoitajia oli 12. Tavoitteenamme onkin saada ainakin saman verran kyselylomakkeita takaisin. Osastotunnin tavoitteena oli siis kertoa Porin kaupunginsairaalan osasto 2 henkilökunnalle kartoituksen pohjalta keskeisemmäksi nousseesta kehitysehdotuksesta, josta rakensimme kehityskohteen ja jota alamme kokeilemaan ja juurruttamaan työyhteisöön. Kerroimme myös muista hyvistä kehitysehdotuksista, joita saimme ensimmäisessä kartoituksessa. Lisäksi tiedotimme henkilökuntaa opinnäytetyömme aikatauluista osastolla ja painotimme tietosuoja asiaa. Kerroimme myös, että jos kokeilu on toimiva, sitä voidaan jatkaa välittömästi kokeiluajan päätyttyä. Ja jos toimintamalliin tulee kokeilun aikana kehitysideoita/ajatuksia, niitä voidaan ottaa myös käyttöön välittömästi. Aikaa osastotunnin pitämiseen kului n. 20 minuuttia.

Hoitajat olivat hyvin kiinnostuneita ja motivoituneita kuulemaan uudesta toimintamallista. Se herätti paljon keskustelua ja kysymyksiä. Tärkeä huomio oli, että miten potilaspapereita voidaan ottaa mukaan aamutöihin, kun osastosihteeri, lääkäri ja fy-

sioterapeutit tarvitsevat niitä. Osastotunnin jälkeen pidimme työryhmän kanssa palaverin, jossa päätimme ottaa kokeilun käytäntöön aluksi vain iltatoimien ajaksi, jolloin potilaspaperit ovat vapaassa käytössä. Tiedotimme osaston henkilökuntaa asiasta pikimmiten.

Uutta toimintamallia alettiin kokeilla maanantaista 25.10 alkaen ja se päättyi perjantaina 12.11. Tämän jälkeen osaston henkilökunnalle jaettiin kyselylomake, jossa karotoitettiin uuden toimintamallin toimivuutta osastolla.

7 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTONKERUU

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 162–164) toteavat, että kvalitatiivisella tutkimuksella on monia hajanaisia lajisuuntia, mutta yhteisiä tekijöitä niille ovat sosiaalisten ilmiöiden merkityksellisyyden korostaminen ja tarve ottaa tämä huomioon tutkimusta tehtäessä. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirre on kokonaisvaltaisen tiedon hankkiminen keräämällä aineistoa luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan käyttää esimerkiksi työkäytäntöjen ja toimintavaihtoehtojen etsimiseen (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002, 22).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti, ja aineistonhankinnassa käytetään laadullisia metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei välttämättä tarvita läheistä kontaktia tutkittaviin, vaikka usein niin esitetäänkin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 164, 194)

Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään tutkimuskohdetta, jolloin tutkittava kohde määrittelee kussakin tapauksessa aineiston kokoa. Metodien valinnassa on mietittävä, mihin pyrkii tutkimuksellaan. Jos haluaa selvittää, mitä tutkittavat ajattelevat, tunte-

vat, kokevat tai uskovat kannattaa metodiksi valita haastattelut, kyselylomakkeet tai asenneskaalat. (Hirsjärvi ym. 2009, 179, 182, 185.)

Tutkimuksen aineisto on hankittu metodeilla, joilla tutkittavien ääni saadaan vahvasti kuuluviin. Aineistonkeruumenetelmät on pyritty valitsemaan niin, että ne tuovat esiin tutkittavien ajatuksia ja kokemuksia. Teoria tukee tutkimusta ja sen kulkua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 21–22.)

Empiirinen tutkimus tuo vahvasti esiin aineistonkeruun ja analyysin metodit, joiden tarkka kuvaaminen lisää tutkimuksen luotettavuutta. Empiirisessä menetelmässä tutkittavien henkilöllisyys häivytetään, jotta yksittäisen mielipiteen esittäjää ei tutkimuksesta voi tunnistaa. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan empiiristä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 21–22.)

Kvalitatiivinen tutkimusote tässä työssä näkyy siten, että tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään kirjaamisen nykytilaa sekä vastaajien omia valmiuksia mielipiteitä kirjaamisen kehittämishankkeesta. Tämän tutkimuksen avulla kehitettiin myös työkäytäntöjä. Valitsimme kvalitatiivisen tutkimuksen, koska hyvin usein kvalitatiiviset menetelmät tuottavat uusia ideoita ja uutta tietoa, jota ei ehkä etukäteen osattaisi odottaakaan. Kvalitatiivinen tutkimus auttaa myös markkinoijaa paremmin ja syvemmin ymmärtämään kohderyhmiään, niiden asenteita, tuntemuksia, mielikuvia, motiiveja, odotuksia ja käyttäytymistä. Tämä oli myös hyvin tärkeä tekijä tehdesämme tutkimusmenetelmän valintaa. Ratkaiseva tekijä oli myös se, että kvalitatiivinen tutkimusote on joustava. Tutkimuksen sisältöä voidaan tarvittaessa muuttaa vielä kenttätöön aikanakin, jos löydökset tai tavoitteiden muutos sitä edellyttävät. Uudesta toimintamallista kerrottaessa painotimme, että jos kokeilu on toimiva, sitä voidaan jatkaa välittömästi kokeiluajan päätyttyä. Ja jos toimintamalliin tulee kokeilun aikana kehitysideoita/ajatuksia, niitä voidaan ottaa myös käyttöön välittömästi.

Tutkimusta varten tarvitsimme tutkimusluvan. Hakemus täytettiin ja vietiin ylihoitaja Raili Kankaanpäälle. Tutkimuslupahakemukseen liitettiin mukaan opinnäytetyön suunnitelma. Tutkimuksen toteutus voitiin aloittaa vasta, kun meille oli myönnetty tutkimuslupa. Koska potilastietoja ei käsitelty tutkimuksen missään vaiheessa, lupaa eettisestä lautakunnasta ei tarvittu.

7.2 Aineistonkeruu

Yleisimmät laadullisessa tutkimuksessa käytetyt aineistonhankintamenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva aineisto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Tämän opinnäytetyön aineistonkeruu koostuu siis kyselystä, jota käytimme kehittämistehtävään liittyvässä tutkimuksellisessa alku- ja loppukartoituksessa.

Kyselytutkimuksen etuna pidetään mahdollisuutta kerätä laaja ja kattava aineisto. Menetelmän heikkouksina pidetään aineiston pinnallisuutta ja vaikeutta kontrolloida väärinymmärryksiä. Pohdintaa herättää myös se, ettei etukäteen voi tietää, kuinka paljon tutkittavat tietävät aiheesta, josta kysytään. Laadukkaan lomakkeen laatiminen on haastavaa. Kato saattaa nousta suureksi lomakkeiden kohdalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Aineiston kerääminen kyselylomakkeella mahdollistaa vastaajille sen, että he voivat vastata anonyymisti sekä heille sopivana ajankohtana. Kyselytutkimus on edullinen, nopea ja yksinkertainen toteuttaa, sekä aikataulu ja kustannukset ovat helposti arvioitavissa. (Hirsjärvi ym. 2008, 195.) Näiden syiden vuoksi kysely oli tutkimusmenetelmistä meille sopivin.

7.2.1 Kehittämistehtävään liittyvä tutkimuksellinen alkukartoitus

Kyselyiden käytetyimmät muodot ovat posti- ja verkkokysely sekä kontrolloitu kysely. Posti- ja verkkokyselyssä lomake lähetetään täytettäväksi vastaajille, he täyttävät sen ja lähettävät tutkijalle takaisin. Etuina tällöin ovat nopeus ja aineiston vaivaton saanti. Heikkoutena on vastauksien kato. Riippuu vastaajajoukosta ja tutkimuksen aiheesta, kuinka suureksi kato muodostuu. Lähellä postikyselyä on kyselyn muoto, jossa lomake lähetetään tutkittaville jonkin organisaation, instituution tai yhteisön välityksellä. Tällöin vastausprosentti on yleensä suurempi kuin tavallisessa postikyselyssä. (Hirsjärvi ym. 2009, 196.)

Valli (2001, 101) listaa postikyselyn eduksi sen, että tutkija ei vaikuta olemuksellaan vastaustilanteeseen. Vastaajalla on mahdollisuus itse valita vastausajankohta. Luotettavuutta parantaa myös se, että kysymykset ovat kaikille vastaajille samat.

Keräsimme aineistoa opinnäytetyötämme varten alkukartoituksella, jonka toteutimme avoimella kyselyllä 16.6.2010 – 24.6.2010. (LIITE 5) Valitsimme alkukartoituksen tutkimusmenetelmäksi avoimen kyselyn, jotta hiljaisemmatkin ihmiset saisivat oman näkökantansa esille. Osasyyn valitsemiseen oli myös se, että avointen kysymysten vastaukset voivat joskus tuoda uusia näkökantoja tai jopa varteenotettavia parannusehdotuksia.

Hiljainen tieto kuvaa tietoa, jonka ihminen tietää, mutta ei voi sitä ilmaista sanallisesti. Hiljaisen tiedon saavuttamisessa korostuu tietoisuus olemassa olevista asioista ja omasta ajattelusta. Tämä on keskeinen asia hoitajan toiminnassa. Jäljittelemällä, samaistumalla ja tekemällä yhteisöllinen hiljainen tieto siirtyy hoitajalta hoitajalle. (Nurminen 2000, 28–29.)

Tutkimuksen toteutimme viemällä osaston kahvihuoneen pöydälle suljetun laatikon, jonka kylkeen kirjoitimme kysymyksen ja ohjeet vastaamiseen. Mukaan laitoimme vastauslaput, joihin voisi vastata. Lappuja oli kahden kokoisia. Pieniä siltä varalta, ettei lappu pelästyttäisi vastaajaa isolla koollaan. Ja isoja lappuja sen vuoksi, jos asiaa olisi enemmän. Kysely toteutettiin anonyymisti.

Vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastauslaatikko oli osastolla viikon. Saimme vastauksia vain 9/21. Joten vastausprosentiksi muodostui 42 %. Vastauksien vähäinen lukumäärä selittyy ainakin osaksi kartoituksen huonolla ajankohdalla. Sillä osasto oli juuri menossa neljäksi viikoksi sulkuun. Vastauksia lukiessamme huomasimme kuitenkin, että vastausten laatu korvasi määrän. Saimme todella hyviä ehdotuksia kehityskohteiksi.

7.2.2 Kehittämistehtävään liittyvä tutkimuksellinen loppukartoitus

Loppukartoituksen tutkimusmenetelmäksi valitsimme hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselylomakkeen. (LIITE7). Kyselylomakkeen tarkoituksena oli saada arviota eNNI2- hankkeen aikana syntyneestä osaamisesta, kehittymisestä ja muutoksesta. Kartoituksen toteutimme 8.11.2010 – 5.12.2010.

Lomakkeilla voidaan kerätä tietoa muun muassa faktoista, käyttäytymisestä, mielipiteistä ja käsityksistä. Lomakkeen laadinta ja kysymysten asettelu vaikuttavat olennaisesti kyselyn onnistumiseen. Käytetyimmät kysymystyypit ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset sekä asteikkoihin eli skaaloihin perustuvat kysymykset. (Hirsjärvi ym. 2009, 197–200.)

Kysymysten määrää ja järjestystä pohditaan suunnitteluvaiheessa. Yleensä yleiset kysymykset sijoitetaan lomakkeen alkupuolelle ja yksityiskohtaisemmat kysymykset loppupuolelle. Lomakkeen alkuun voi sijoittaa helposti vastattavia kysymyksiä, kuten vastaajan taustatietoja selvittäviä kysymyksiä. Sanojen käytössä tulee olla tarkka. Lomakkeessa ei saa olla vaikeasti ymmärrettävää ammattikieltä tai johdattelevia kysymyksiä. Lomaketta on kokeiltava ennen varsinaista aineistonkeruuta. Lomakkeen lähetekirjelmässä kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta ja käytännön asioista liittyen lomakkeeseen ja sen täyttämiseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 202–204.)

Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys ja vastaukselle on jätetty tyhjä tila. Monivalintakysymyksissä tutkija on muodostanut valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee sopivan. Strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuoto on kysymys, jossa valmiin vastausvaihtoehdon jälkeen esitetään avoin kysymys. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–200.)

Avointen kysymysten etuina nähdään se, että ne antavat vastaajan vastata omin sanoin. Esiin tulee vastaajien tietämys tutkittavasta aiheesta. Tällöin ilmenee myös se, mikä on vastaajien ajattelussa olennaista sekä miten vastaajien aiheeseen liittyvät tunteet vaikuttavat. Monivalintakysymysten etuina nähdään mahdollisuus vertailla vastauksia toisiinsa sekä vähemmän kirjavien vastausten tuottaminen. Tällöin vastauksia on helppo käsitellä ja analysoida tietokoneella. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Valli (2001, 111) näkee avoimissa kysymyksissä mahdollisuuden hyvien ideoiden esiin tuloon. Avointen kysymysten heikkous on niihin vastaamatta jättäminen ja vastausten epätarkkuus. Vastaaaja saattaa vastata kysymyksen vierestä. Avointen kysymysten analysointi on työlästä, koska se vie huomattavasti enemmän aikaa kuin valmiiden vaihtoehtojen analysointi.

Kysymysten tulisi olla selkeitä ja yksinkertaisesti ymmärrettäviä. Rajatut kysymykset ovat helpommin vastattavissa kuin yleiset kysymykset. Vastaaajien on helpompi ymmärtää lyhyitä kuin pitkiä kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 202–203.)

Lomakkeeseen valikoitui sekä monivalintakysymyksiä, että avoimia kysymyksiä, näin kyselylomakkeesta tuli mielestämme laadukkaampi. Lomakkeesta pyrittiin luomaan mahdollisimman lyhyt, yksinkertainen ja selkeä, jotta vastaaminen olisi helppoa ja nopeaa. Kysymyksistä tehtiin mahdollisimman lyhyitä ja yksiselitteisiä, mikä vähentää väärinkäsityksiä. Yleisimmät ja helpoimmin vastattavat kysymykset sijoitimme kyselylomakkeen alkuun ja rajatut loppuun. Kysymyksissä pyrimme välttämään ammattikieltä ja laadimme kysymykset siten, että kaikki kysymykset merkitsevät samaa kaikille vastaajille. Lomakkeen alkuun suunnittelimme saatetekstin, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, annettiin ohjeet vastaamiseen ja lomakkeen palauttamiseen. Saatekirjelmässä kerroimme myös, että halutessaan avoimien kysymysten vastauksia voi jatkaa paperin kääntöpuolelle. Näin halusimme varmistaa sen, että vastaustilaa on varmasti riittävästi. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä ja se on luottamuksellinen. Itse kyselylomake oli kaksisivuinen ja se koostui 12 monivalintakysymyksestä sekä kuudesta avoimesta kysymyksestä.

Kyselylomake kävi useaan otteeseen opettajien ja yhteistyökumppaneiden arvioitavana. He arvioivat kyselylomakkeen toimivuutta, luettavuutta, sisältöä, selkeyttä ja ulkoasua. Lomaketta testattiin ennen varsinaista aineistonkeruuta. Viimeistellyt kyselylomakkeet veimme Porin kaupunginsairaalan osasto 2 taukotilaan. Kyselylomakkeiden lisäksi veimme laatikon, johon täytetyt lomakkeet sai palauttaa. Palautusaikaa lomakkeilla oli viikko. Kysely oli siis muodoltaan postikyselyä lähellä oleva muoto, jossa lomakkeet jaettiin vastaajille jonkin organisaation kautta.

Palautettujen kyselylomakkeiden vähäisen määrän vuoksi jatkoimme vastausaikaa viikolla. Vastausaikaa oli siis yhteensä kaksi viikkoa. 22 hoitajasta vastauslomakkeen palautti 15 hoitajaa, eli vastausprosentiksi muodostui 68 %. Tavoitteeseemme pääsimme, koska lomakkeen palauttaneita oli enemmän, kuin osastotunnilla kuuntelijoi-
ta.

7.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Aineiston analyysin on muodostettava aineistonkeruun kanssa yhtenevä kokonaisuus, jotta tutkimus olisi eheä. Analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat tutkimuksen ydinasioita. Ensimmäiseksi tarkastetaan tiedot, jotta niitä voidaan käyttää tutkimuk-
sessa. Tämän jälkeen aineisto järjestetään tallennusta ja analyysia varten. Riippuu paljolti tutkimuksen menetelmistä, kuinka suuritöinen tämä vaihe on. (Hirsjärvi ym. 2009, 221–222.)

Alkukartoituksessa saadut vastaukset olivat kaikki hyviä, eikä yhtään tarvinnut hylätä. Avointen kysymysten analysointi aloitettiin poimimalla vastaukset lomakkeista, ja kirjoittamalla ne puhtaaksi. Tämän jälkeen vastauksista etsittiin samanlaisuudet ja luokiteltiin ne omiin ryhmiinsä. Tämä vaihe tehtiin käsin, siksi käytettiin erivärisiä alleviivauskyniä analysoinnin helpottamiseksi. Tulokset esitettiin määrällisesti ilmai-
suja laskemalla. (Vilka 2005, 139–140.)

Myös loppukartoituksessa saadut vastaukset olivat hyviä, eikä yhtään kyselylomaket-
ta tarvinnut hylätä. Aineistonkeruun jälkeen jaettiin kyselylomakkeet puoliksi opin-
näytetyöntekijöiden kesken. Monivalintakysymysten aineisto syötettiin Microsoft
Excel – taulukkolaskentaohjelmaan. Aineistosta tarkasteltiin vastausten prosent-
tiosuuksia. Tuloksia esitetään graafisesti ympärädiagrammeina, jotka havainnollistivat
vastaukset helposti luettaviksi.

Loppukartoituksen avoimet kysymykset analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysime-
netelmää. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jossa etsitään
merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia (Vilka 2005,140). Avoimien kysymys-
ten vastaukset litteroitiin sanasta sanaan. Sisällönanalyysissä aineisto aluksi hajotet-

tiin osiin ja pelkistettiin. Pelkistämässä tutkimusaineistosta karsitaan tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio, hävittämättä kuitenkin tärkeää informaatiota. (Vilka 2005, 140.) Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin teemoja. Apuna käytettiin numerointia eli samanlaiset pelkistetyt ilmaukset koodattiin samalla numerolla (Aaltola 2001, 158). Tuotettujen teemojen esittämisessä käytetään suoria lainauksia vastaajien kirjoituksista havainnollistamaan tuloksia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23- 36.)

8 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET

Tutkimustuloksissa esitellään hoitajien näkemyksiä Porin kaupunginsairaalan osasto 2 kirjaamisesta ja sen kehittämisestä. Tulokset käsitellään siinä järjestyksessä, kuin ne kyselylomakkeessa esitettiin. Kyselylomake sisälsi kysymyksiä osastolla tapahtuvasta tämän hetkisestä kirjaamisesta ja siitä, oliko uusi toimintatapa parempi verrattuna vanhaan.

8.1 Tulokset ja johtopäätökset

Työmme teoreettiseen lähtökohtaan sopivaa materiaalia oli hyvin saatavilla. Aiheesta löytyy paljon ajantasaista tietoa ja sähköistä kirjaamista on alettu tutkia yliopistotasolla. Työn teoreettisen osuuden työstäminen vei aikaa, mutta se muokkautui vähitellen työn edetessä.

Sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen siirtyminen edellyttää hoitajilta paitsi hoitotyön sisällön osaamista myös riittäviä tietoteknisiä valmiuksia. Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstön tietotekniikan käyttöä, osaamista ja laitekantaa tutkittiin keväällä 2006 Satshp:n, Tampereen yliopiston Porin yksikön ja Salpahankkeen yhteistyössä tehdysssä kyselytutkimuksessa (Kuusisto 2007). Vastauksista tuli esille myös se, että tietoteknistä opetusta tarvitsevat erityisesti vakituksissa työsuhteissa olevat, vanhemmat työntekijät, erikoissairaanhoidossa ja sosiaalitoimessa työskentelevät. Ikäryhmittäin tarkasteltuna nuoret osasivat käyttää tietokonetta paremmin kuin vanhemmat. Ero oli

tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = 0,000$). Tietoteknisiä laitteita tarvitaan lisää, koska yli puolet (65 %) vastaajista koki, että työpaikalla ei ollut riittävästi tietokoneita. Tietokoneen puute aiheutti monenlaisia ongelmia, mm. odottelua, potilaan hoidon hankaloitumista, tiedonsaannin hankaloitumista ja työajan pidentämistä. (Kuusisto 2007).

Edellä mainittu tulos oli yhtenäinen tämän kehittämistehtävän tuloksen kanssa siltä osin, että myös Porin kaupunginsairaalan osasto 2 hoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta sähköisen rakenteisen kirjaamisen tiimoilta. Alkukartoituksessa kävi myös ilmi, että hoitajat kaipaavat enemmän tietokoneita, jotta kirjaaminen olisi sujuvampaa.

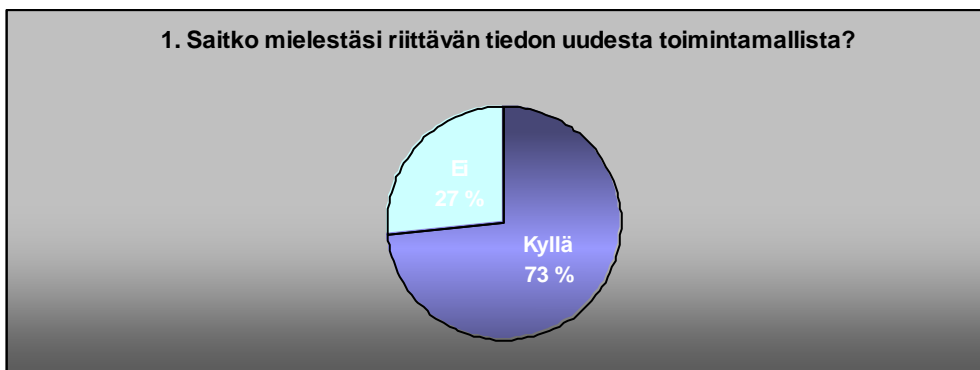
Kehittämistehtävämme tuloksista löytyi huomattavasti yhtymäkohtia aiempaan aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Tutkimus vahvistaa osaltaan käsitystä siitä, kuinka tärkeitä tällaiset hoitotyön kirjaamista kehittävät projektit ovat. Vastauksista kävi myös ilmi, että näinkin pienellä toiminnan muutoksella voi saada hoitotyön kirjaamisesta paljon sujuvampaa, selkeämpää ja nopeampaa. Tutkimus on ollut moniääninen tuoden esiin hoitajien näkemyksiä hoitotyön kirjaamisesta. Tutkimus on onnistunut vastaamaan tutkimuskysymyksiin hyvin.

Aineistonkeruu sujui mielestämme hyvin. Alkukartoituksessa vastauksia olisi toki voinut tulla enemmänkin, mutta ottaen huomioon huonosti valitun ajankohdan kyselyn pitämiseksi, olemme tyytyväisiä. Varsinkin, kun vastaukset olivat hyviä ja sieltä nousi esiin kehittämissuositus, josta saimme rakennettua kehityskohteen. Alkukartoituksessa tulleita muita kehityskelpoisia ehdotuksia voitane kehittää osastolla muuna ajankohtana. Loppukartoituksen lopulliseen vastausprosenttiin (68 %) olemme tyytyväisiä, vaikkakin avoimiin kysymyksiin olisi voitu vastata enemmän. Kyselyn tulokset on avattu alla olevilla kaavioilla.

Tieto uudesta toimintamallista

Hoitajilta kysyttiin, että saivatko he riittävästi tietoa uudesta toimintamallista. Vastaajista suurin osa (73 %) oli sitä mieltä, että koki saavansa riittävästi tietoa. 27 % oli

sitä mieltä, ettei saanut riittävästi tietoa uudesta toimintamallista (Taulukko 1). Ne, jotka eivät saaneet riittävästi tietoa uudesta toimintamallista, olisivat halunneet pää-tavoitteet esim. kirjallisena kahvihuoneen seinälle. Kaikki eivät olleet osastotunnilla, ja kertoivat saaneensa hajanaista tietoa kaikesta, työtovereilta ja osastokokouskansi-osta.



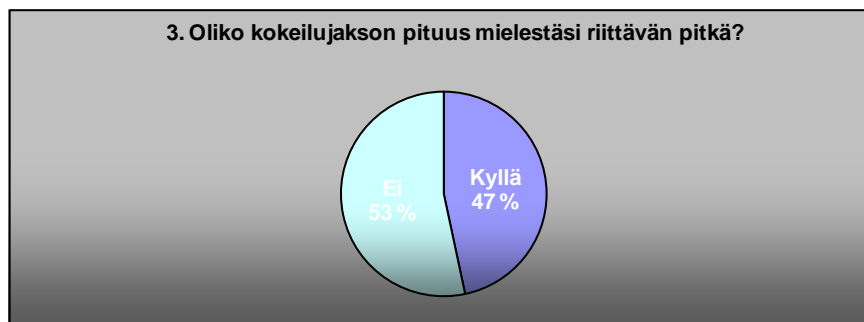
Kokeilun tarpeellisuus

Toisella kysymyksellä halusimme saada tietoa siitä, että oliko kokeilu hoitajien mielestä tarpeellinen. Vastaajista kaikki (100 %) olivat sitä mieltä, että kokeilu oli tarpeellinen (Taulukko2).



Kokeilujakson pituus

Kysyttäessä hoitajilta kokeilujakson pituudesta, heistä suurin osa (53 %) kertoi kokeilujakson olleen liian lyhyt. 47 % mielestä kahden viikon kokeilujakso oli riittävän pitkä (Taulukko 3)



Uuden toimintamallin toimivuus

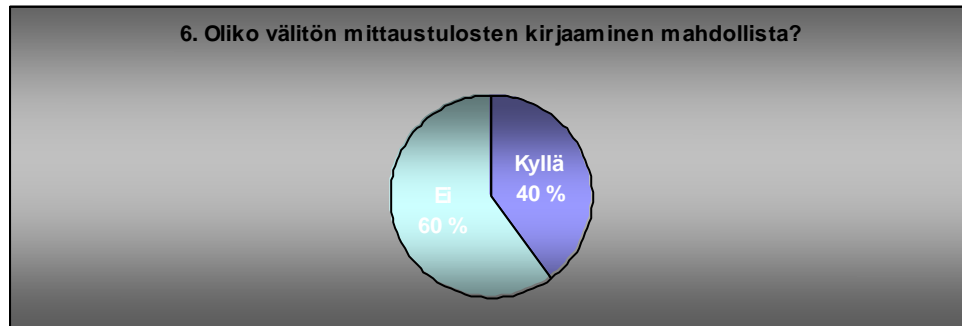
Halusimme selvittää kyselyssämme vastaajien näkemyksiä tärkeiden tietojen löytymisestä työlistalta. Kysyimme, että selvisikö uuden toimintamallin käyttöön tultua yhä se tieto, että keneltä verensokeri pitää ottaa ja milloin. Valtaosan (67 %) mielestä työlistasta tämä tieto löytyi aina. 33 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei löytynyt (Taulukko 4)



Kysymyksessä viisi halusimme vastauksen siihen, että selvisikö työlistasta aina tieto siitä, että keneltä verenpaine pitää ottaa ja milloin. Suurin osa (60 %) vastasi, että tieto löytyi. 40 % mielestä ei aina löytynyt (Taulukko 5).



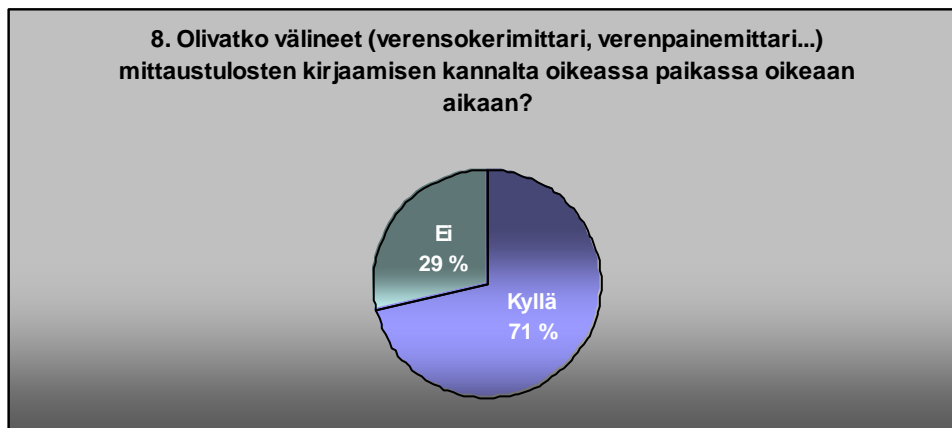
Kysyttäessä mittaustulosten välittömästä kirjaamisesta, suurin osa (60 %) vastaajista kertoi, että ei ollut mahdollista. 40 % vastaajista kertoi, että mittaustulosten välitön kirjaaminen oli aina mahdollista (Taulukko 6).



Kysymyksessä 7 halusimme tietoa siitä, että kirjattiinko uuden toimintamallin myötä enemmän arviointia potilaan tilasta ja tehdystä työstä. Suurempi osa (53 %) vastaajista oli sitä mieltä, että ei tullut kuvailua ja arviointia, sen enempää kuin ennenkään. 47 % vastaajista oli sitä mieltä, että uuden toimintamallin myötä lisääntyi arviointi ja kuvailu potilaan tilasta ja tehdystä työstä (Taulukko 7).



Kysymyksessä 8 halusimme tiedustella, että olivatko verensokerin- ja verenpaineen mittaukseen tarvittavat välineet oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Suurin osa (71 %) vastaajista kertoi, että kyseiset välineet löytyivät kiertokärrystä silloin kuin pitikin. 27 % vastaajista oli sitä mieltä, etteivät ne aina olleet kiertokärryssä, silloin kun niitä olisi tarvittu (Taulukko 8).



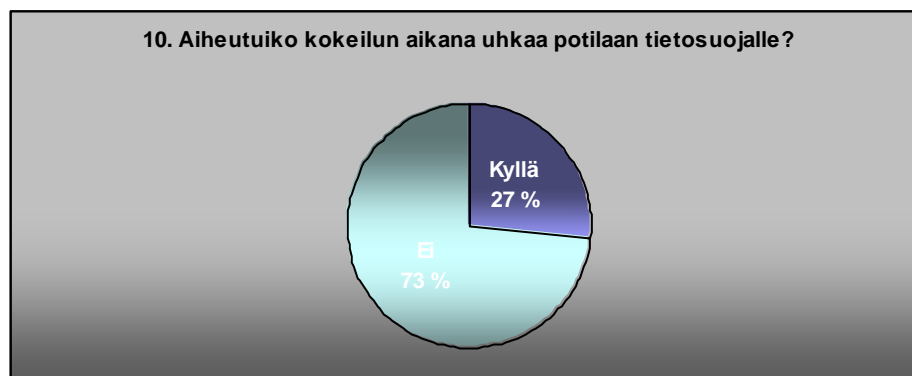
Kysy-

myksessä 9 kysyimme että, olivatko potilaskansiot kirjaamisen kannalta oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Enemmistö (60 %) vastaajista kertoi, etteivät potilaskansiot olleet siellä missä piti. 40 % vastaajista kertoi niiden olleen kiertokärryssä silloin kuin pitikin (Taulukko 9). Luulemme tämän johtuvan siitä, että aamuisin potilaspaperit ovat osastosihteerin käytössä, ja päiväaikaan papereita tarvitsee sihteerin lisäksi muut ammattiryhmät, kuten lääkäri ja fysioterapeutit.



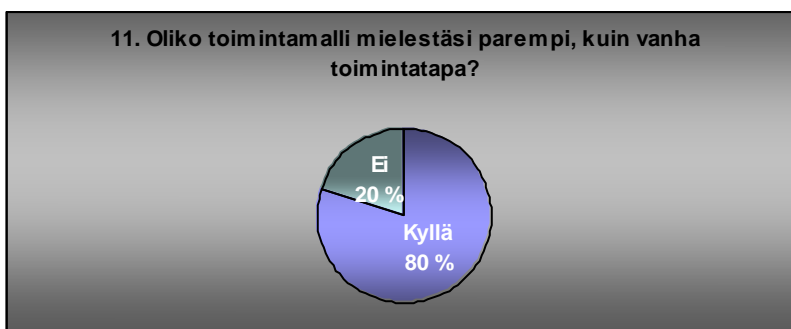
Uhka tietosuojalle

Kysymyksessä 10 tiedustelimme, että aiheuttiko uusi toimintamalli uhkaa tietosuojalle. Suurin osa (73 %) vastaajista oli sitä mieltä, ettei uhkaa aiheutunut. 27 % vastaajista koki, että jonkinlaista uhkaa kokeilun aikana oli aiheutunut (Taulukko 10).



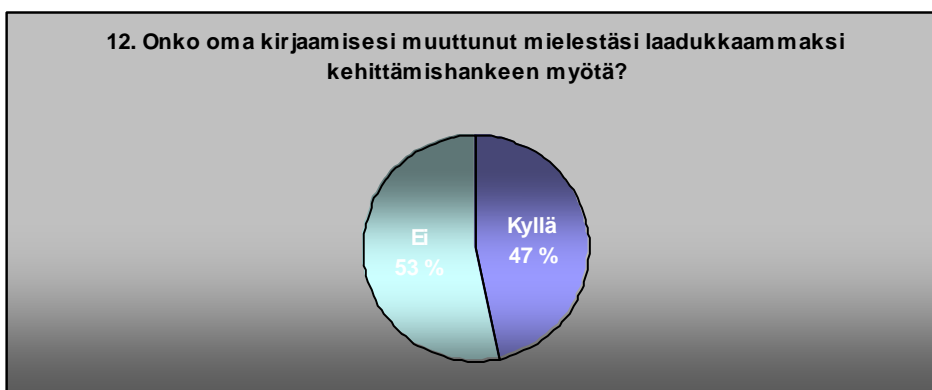
Uusi toimintamalli vai vanha toimintamalli?

Kysymyksessä 11 halusimme vastauksia siihen, että oliko uusi toimintamalli parempi, kuin vanha toimintatapa. Enemmistön (80 %) mielestä uusi toimintamalli on parempi. 20 % vastaajista oli sitä mieltä, että uusi toimintamalli ei ole sen parempi kuin vanha toimintatapa (Taulukko 11).



Kirjaamisen laadukkuus

Viimeisessä monivalintakysymyksessä kysyimme, että onko oma kirjaaminen muuttunut laadukkaammaksi kehittämishankkeen myötä. Enemmistö (53 %) hoitajista vastasi, ettei oma kirjaaminen ole muuttunut laadukkaammaksi. 47 % vastaajista oli sitä mieltä, että oma kirjaaminen on muuttunut laadukkaammaksi kehittämishankkeen aikana (Taulukko 12).



Vastaajien näkemyksiä

siitä, miten uutta toimintamallia voisi vielä kehittää:

Kysymyksellä 13 halusimme vastauksen siihen, että miten uutta toimintamallia voisi vielä kehittää. Hoitajista 6 ei ollut vastannut kysymykseen. Yksi hoitaja kertoi haluavansa kehittää toimintamallia jatkamalla kokeilua, moni kertoi myös että, kokeiluaikaa olisi pitänyt pidentää. Muutaman mielestä potilaspapereita olisi haluttu pidem-

mäksi aikaa hoitajien käyttöön. Nykyään ne ovat suuren osan päivästä sihteerin ja muiden ammattiryhmien käytössä. Yksi hoitaja kertoi, että haluaisi vähentää päällekkäistä kirjaamista myös mm. EKG:n otossa ja lämpöjen mittaamisessa. Yksi hoitajista oli sitä mieltä, että kiertokärry oli hankala käyttää ergonomisesti. Kansioiden löytäminen on huonoa, vaikka merkinnät huoneista olivatkin pöytätasolla.

”Käytäntöä olisi pitänyt kehittää niin, että potilaspaperit olisivat olleet käytössä myös aamuisin.”

”Pidempi kokeiluaika, kärryt jääneet usein ottamatta mukaan.”

”Kannettava tietokone mukaan kärryyn. Kärry mukaan myös arki-aamuisin. (Sihteerin työjärjestyksen kehittäminen).”

Vastaajien näkemyksiä siitä, mitä oman osaamisen kannalta tulevissa mahdollisissa hoitotyön kirjaamisen koulutuksissa pitäisi ottaa esille:

Kysymyksellä 14 halusimme vastauksia siihen, mitä oman osaamisen kannalta tulevissa mahdollisissa hoitotyön kirjaamisen koulutuksissa pitäisi ottaa esille. 10 vastaajista ei ollut vastannut kysymykseen. Yksi hoitajista kertoi kaipaavansa tietoa hoitotyönprosessista ja kaksi kaipasi koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta.

”Kirjaaminen mielestäni osastolla jo aiemminkin korkeatasoista, jos vain noudattaa oppeja, mutta sokeriseuranta on edelleen puutteellista, koska on monta lappua, mihin merkitään arvot edelleen.”

”Rakenteellinen /sähköinen kirjaaminen / päivittäiskirjaaminen koko henkilökunnan osalta. Erityisesti perus, -lähahoitajien perehdytystä asiaan.”

Vastaajien näkemyksiä siitä, millaisia muutoksia osastolla toteutettu kirjaamisen kehittämishanke on tuonut ammatilliseen osaamiseen:

Kysymyksellä 15 kartoitettiin, miten heidän kirjaamisensa on muuttunut uuden toimintatavan myötä. Hoitajista 9 ei ollut vastannut kysymykseen ja kolme vastaajaa

kertoi, ettei heidän kirjaamisensa ole muuttunut aiemmasta mitenkään. Yksi hoitaja vastasi kirjaamisensa muuttuneen tarkemmaksi. Kaksi oli sitä mieltä, että kirjaaminen on nyt selkeämpää. Yksi kertoi kirjaamisen muuttuneen kokonaisvaltaisemmaksi ja huolellisemmaksi. Yhden mielestä myös kaksikertainen työ on vähentynyt. Yksi hoitaja kertoo joutuneensa miettimään entistä kauemmin, tai sitten itse keräämään listaa esim. potilaista, joilta verensokeri pitää ottaa.

”Olen miettinyt kaksinkertaista työtä ja sen vähentämistä. Kirjaukset tulee tehtyä heti ja huolellisemmin.”

”Kirjaamisen selkeys, tarkkuus päällekkäisyyden vähentyessä.”

”Potilaan hoito kokonaisvaltaisempaa, asiat tulee käsiteltyä huolellisemmin ja kerralla. Ei tarvitse juosta kyselemään perään unohtuneita asioita.”

Vastaajien näkemyksiä siitä, kuinka paljon uusi toimintamalli on parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta:

Kysymyksellä 16 halusimme kartoittaa vastaajien mielipiteitä siitä, kuinka paljon uusi toimintamalli on parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta. 6 vastaajista ei ollut vastannut kysymykseen. Yhden mielestä uusi toimintamalli ei ole parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta mitenkään. Ja kolmen mielestä on parantanut hieman tai jonkin verran. Kolmen mielestä asiat tulee kirjatua nopeammin. Yhden mielestä kokeilu on ollut liian lyhyt, jotta kysymykseen voisi vastata.

”Osittain parannusta ja oikea suunta löytynyt.”

”Kirjaamiset tulee tehtyä nopeammin.”

”Kyllä asia tulee kirjatuksi nopeammin, kun paperit ovat mukana, eikä niitä tarvitse merkata moneen kertaan eri papereihin, eikä tule luotetuksi muistiin.

Asiat saa kirjattua heti potilaspapereihin. Potilaalta voi kätevästi tarkentaa/kysyä huomioitavia asioita. Iltaisinkin potilaan saattavat kysellä laboratoriotuloksia tai seuraavan päivän asioita. Askeleita säästyy, kun asian voi heti katsoa, ja potilaat saavat vastauksen heti. Laatu lisääntyy. Unohdukset asioiden selvityksistä vähentyvät. Pälletkäinen kirjaaminen vähentyy”

Vastaajien näkemyksiä siitä, miten uutta toimintamallia voi tulevaisuudessa hyödyntää:

Kysymyksessä 17 kysyttäessä, miten hoitajat voisivat hyödyntää uutta kirjaamisen toimintatapamallia tulevaisuudessa, seitsemän ei vastannut. Kolme vastasi, että päällekkäistä kirjaamista voisi vähentää muiltakin osa-alueilta. Yhden hoitajan mielestä tämän kaltainen kokeilu hyödytti, koska tulevaisuudessa työlistat ja os. paperit jäävät pois. Yhden mielestä kokeilu oli liian lyhyt, jotta voisi vastata kysymykseen. Yhden mielestä hyötynä olisi se, että kansliassa kirjaaminen vähentynee ja ylityöt kirjaamisen takia vähentyisivät.

”Tulevaisuudessa työlistat ja paperit jäävät pois, joten tämän kaltainen kokeilu hyödytti.”

”Kansliassa kirjaaminen vähentynee ja ylityöt kirjaamisen takia vähentyisivät.”

8.2 Kehittämistehtävän eettisyys

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 127, 129, 130) korostavat eettistä kestävyyttä tutkimusta arvioitaessa. Tutkijan tulee sitoutua eettisesti, jotta tutkimusta voidaan pitää onnistuneena. Eettisyyttä voidaan tarkastella jo tutkimuksen aiheen valinnan yhteydessä. Tutkijan on tarkkaan mietittävä, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja kenen ehdoilla se tehdään. Tutkija on vastuussa tutkimuksensa tulosten sovellutuksista. Etukäteen on pohdittava, voiko joku ulkopuolinen käyttää tuloksia vahingoittamistarkoitukseen tutkimuksen jälkeen.

Tutkimukseen osallistuvilla on ihmisoikeuksien takaamat eettiset oikeudet. Tutkijan on selitettävä tutkittaville tutkimuksen tavoitteet, menetelmät sekä osallistumiseen sisältyvät mahdolliset riskit. Ketään ei voi pakottaa osallistumaan tutkimukseen, vaan jokaisella on mahdollisuus kieltäytyä niin halutessaan. Tutkijan on varmistettava, että tutkittava tietää, mihin on ryhtymässä antaessaan suostumusta tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkimuksen aikana tutkijan on varmistettava osallistujien oikeudet ja hyvinvointi. Tutkimuksessa saadut tiedot ovat luottamuksellisia, jolloin niitä ei luovuteta ulkopuolisille eikä niitä käytetä muuhun tarkoitukseen kuin tutkittaville on kerrottu. Tutkittavat ovat tutkimuksessa aina nimettömiä. Tutkijan on oltava tutkimuksessaan rehellinen ja noudatettava sopimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Eettisyydestä on pidetty huolta tutkimuksen aikana. Tutkimusetiikan mukaisesti opinnäytetyöllemme perusteluina oli, että se olisi ajankohtainen, opinnäytetyön tekijöille merkityksellinen ja hyödyllinen isommalle joukolle. Opinnäytetyöllämme emme ole halunneet aiheuttaa kenellekään tarpeetonta haittaa. Jokaisella kyselyyn vastanneella on ollut itsemääräämisoikeus vastaamiseen, joka on yksi tutkimuseettinen lähtökohta. Kyselyyn osallistuminen on ollut vapaaehtoista kaikille. Saatekirjelmässä oli yhteystiedot, jotta jokaisella oli mahdollisuus esittää kysymyksiä kyselyn tekijöille. Siinä kerrottiin myös, että vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Opinnäytetyön tekemisessä tämä anonymiteetti on keskeinen huomioitava asia. Tutkimuksessa saadut tiedot ovat luottamuksellisia ja niitä on säilytetty tilanteen vaatimalla tavalla. Tietoja emme ole luovuttaneet ulkopuolisille ja niitä on käytetty vain tähän kehittämistehtävään.

8.3 Kehittämistehtävän luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan kahden käsitteen kautta. Tutkimuksen reliabeliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabelius voidaan varmistaa monin tavoin. Kahden tutkijan samanlaiset tulokset varmistavat reliabeliutta. Saman henkilön tutkiminen

kahdesti ja samansuuntaisten tulosten saaminen kertovat myös reliabiliudesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Toinen luotettavuutta mittaava käsite on validius eli pätevyys, joka kertoo, että tutkimuksessa käytetyt menetelmät mittaavat juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Saattaa olla, että esimerkiksi kyselylomakkeessa olevat kysymykset on ymmärretty väärin, eivätkä vastaukset tällöin ole päteviä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa edellä esitetyt luotettavuuden ja pätevyyden käsitteet joutuvat koetukselle. Laadullisen tutkimuksen eräs lähtökohta on ainutlaatuisuus, jolloin samanlainen tilanne ei uudelleen toistu. Joillain tavoilla luotettavuutta ja pätevyyttä on silti arvioitava laadullisessakin tutkimuksessa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää kuvata henkilöt, paikat ja tapahtumat. Näin voidaan arvioida kuvauksia ja niihin liitettyjen tulkintojen yhteneväisyyttä. Tutkijan yksityiskohtainen kuvaus tutkimuksen kulusta parantaa luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 136–137, 140–141) kritisoivat myös reliabiliuden ja validiuden käsitteitä laadullisessa tutkimuksessa. Heidän mukaansa tutkimusta tulisi tarkastella kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi on olennainen. Tutkijan on esiteltävä, mitä on tutkimassa ja miksi. Olennaista on myös aiheen merkitys tutkijalle. Aineistonkeruun menetelmälliset valinnat, erityispiirteet sekä ongelmat kuvaillaan. Tutkimukseen osallistuneiden valinta esitellään ja perustellaan. Tutkija tuo esiin oman aikataulunsa tutkimuksen parissa. Analyysi kuvaillaan vaiheittain analysoinnista tulosten kautta johtopäätöksiin. Tutkija pohtii tutkimuksensa luotettavuutta ja kokoaa päteväen raportin. On myös pohdittava, miten tutkijat oma kielenkäyttö aineiston keruun vaiheissa on vaikuttanut saatuihin tuloksiin.

Tässä kehittämistehtävässä reliabiliteettia pyrittiin parantamaan mittarin esitestauksella ja tekemällä muutoksia sen jälkeen. Testaajan tehtävä oli selvittää kysymysten ja ohjeiden selkeys ja yksiselitteisyys, sekä vastausvaihtoehtojen sisällöllinen toimivuus ja vastaamiseen kuluva aika. Testauksen jälkeen kysymysten rakennetta muutettiin ja karsittiin turhia kysymyksiä, koska mittarista ei haluttu liian pitkää. Kiinnitimme myös huomiota kielellisiin ilmauksiin aineiston keruun molemmissa vaiheissa.

Kehittämistehtävän validius eli pätevyys on mielestämme onnistunut. Tutkimustulokset ovat kattavia, joten aineistonkeruu on tuottanut tietoa siitä, mistä pitikin. Tutkimuksen kulku on pyritty kuvailemaan mahdollisimman tarkasti, mikä parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Kehittämistehtävän tarkoitus ja menetelmälliset valinnat on esitelty ja perusteltu. Aikataulu on tuotu esiin.

8.4 Jatkotutkimushaasteet

Voidaan todeta että tämä opinnäytetyö palveli valtakunnallista hoitotyön kirjaamisen kehittämistä yhden osaston osalta. Jatkossa olisi hyvä tutkia uudesta toimintamallista saatuja käytännön kokemuksia sekä siitä saatuja hyötyjä.

Rakenteisen sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto edellyttää hoitotyöntekijöiltä tietojen täydentämistä ja uudenlaista osaamista. Ja siksi terveydenhuollon organisaatioissa on yleisesti tarpeellista kehittää hoitotyön sähköistä rakenteista kirjaamista, koska se on kuitenkin väistämättä edessä.

Jatkotutkimuksen voisi toteuttaa sitten, kun tulevaisuudessa sähköinen rakenteinen kirjaaminen tulee osastolla käytäntöön. Tällöin osaston henkilökuntaa voisi kouluttaa kirjaamaan siihen vaaditulla tavalla. Tällöin kiertokärryyn voisi ottaa myös tietokoneen mukaan, ja tutkimuksessa selvittää miten kirjaaminen sitten sujuu.

9 POHDINTA

Tutkimustehtävänä oli kartoittaa, miten osastolla kirjaaminen toteutuu, kuvailla kirjaamisen ongelmia ja arvioida miten kirjaamista tulisi kehittää. Kehittämistehtävän tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa rakenteisen sähköisen kirjaamisen tullessa osastolle. Toivomme, että kehittämistehtävän ansiosta Porin kaupunginsairaalan osasto 2 hoitotyön kirjaamista kehitetään edelleen opinnäytetyössä ilmenneiden kehittämisehdotusten pohjalta. Opinnäytetyö esitettiin osaston henkilökunnalle 21.3.2011. Opinnäytetyön yhtä kappaletta tullaan myös jatkossa säilyttämään Porin kaupunginsairaalan osasto 2, jotta siihen voidaan tarvittaessa perehtyä. Kehittämistehtävän tulokset esitellään erikseen osastolla, jotta mahdollisimman moni henkilökunnasta pääsee kuulemaan lopullisia tuloksia.

Opinnäytetyömme tuloksista löytyi huomattavasti yhtymäkohtia aiempaan aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Kehittämistehtävä vahvistaa osaltaan käsitystä siitä, kuinka tärkeitä tällaiset hoitotyön kirjaamista kehittävät projektit ovat. Selvästi esille nousi se, että tulevaisuudessa mahdollisissa hoitotyön kirjaamisen koulutuksissa pitäisi puhua sähköisestä rakenteisesta kirjaamisesta yleisesti, koska sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen siirtyminen edellyttää hoitajilta paitsi hoitotyön sisällön osaamista myös riittäviä tietoteknisiä valmiuksia. Vastauksista kävi myös ilmi, että näinkin pienellä toiminnan muutoksella voi saada hoitotyön kirjaamisesta paljon sujuvampaa, selkeämpää ja nopeampaa. Kehittämistehtävä on onnistunut vastaamaan tutkimuskysymyksiin hyvin.

Kehittämistehtävän kulkuun olemme tyytyväisiä. Koemme, että hoitajien ääni kuuluu kehittämistehtävän tuloksissa. Olemme myös tyytyväisiä siihen, että opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja pyrkii todella kehittämään työelämän käytäntöjä. Samaan aikaan aihe on mielestämme erittäin kiinnostava ja ajankohtainen. On ollut hienoa tehdä opinnäytetyötä juuri tällä osastolla, jossa olemme olleet harjoittelussa ja joka sitä kautta tuli tutuksi.

Opinnäytetyöprosessi on kestänyt kaikkiaan vähän reilun vuoden. Koemme, että olemme lisänneet ammatillisia valmiuksiamme hoitotyön kirjaamisen osa-alueilta vuoden työskentelyn aikana. Kirjaaminen on keskeinen osa hoitotyötä ja koemme,

että tämän opinnäytetyön myötä olemme saaneet monipuolisesti ammatillisia valmiuksia tulevaisuuden työtä varten.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Ahonen, O., Karhu, J., Kinnunen, R., Ora-Hyytiäinen, E. & Soikkeli, T. 2007. Kirjaamisen kehittäminen sairaanhoitajan ja opiskelijan yhteistyönä. Sairaanhoitaja. 1/2007, 27.

eNNI:n osaamisen kehittämissuunnitelma vuodelle 2008-2009. 2008. [WWW-dokumentti]

<http://www.amk.fi/enni/osaamisenkehittaminen_6/osaamisenkehittamissuunnitelma20082020_13.html>

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

Hallila, L. 2005. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. L. Hallila (toim.) Helsinki: Tammi, 51–55.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009 ja 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoitotyön vuosikirja 2007, hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä, Gummerus kirjapaino Oy

Ikonen, H. 2009. eNNI. Saatavissa: <http://www.amk.fi/enni/>.

Ikonen, H. 2009. eNNi-hanke. Tiedotustilaisuus Laurea ammattikorkeakoulu, Hämeenlinna. 21.9.2009.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell.

Kallioinen, O. 2008. Oppiminen Learning by Developing – toimintamallissa. Laurea-ammattikorkeakoulu, A61

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Koivula, U-M., Suihko, K., Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible. Opas opinnäytetyön tekijälle. Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1.

Kuusisto, A. 2007. Kokemuksia sähköisestä yhteenvedosta Satakunnan sairaanhoitopiirissä. <http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8398>.

Laurean ammattikorkeakoulu. 2007. Pedagoginen strategia 2007. Saatavissa: http://www.laurea.fi/internet/fi/03_tietoa_laureasta/01/03_Strategiat/peda_str_250607.pdf

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008 Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. <http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/b/b32.pdf>

Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Tummavuoren kirjapaino Oy.

Nykänen P, Viitanen J, Kuusisto A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy

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

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

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

Valli, R. 2001. Lomakkeen laadinta ja kysymysten tekeminen. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R.(toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS- kustannus

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Wilskman, K., Koivukoski, S., Knuutila, M. & Isotalo, T. 2007, Sähköinen kirjaaminen tulee - Mikä muuttuu hoitotyössä? Sairaanhoitaja 80 (6–7), 12–15.

LIITE 2

§Pai kka	Nimi	Diagnoosi	Apuvä- line	Avun tarve	Muuta huomioitavaa	Vaipat pv/ yö	Työlista Torstai 25.3.10
10:1							
10:2							
10:3							
11:1							
11:2							
11:3							
11:4							
13:1							
13:3							
13:4							
14:1							
14:2							
14:3							

HOI (Hoitotyön tiivistelmälehti)		
Käyntirivi		
HAKU-SANA	OTSIKKO	Otsikon alle kirjattava tieto / tiedot
Hoidon syy	Tulosyy	<p>Tieto siitä, minkä vuoksi potilas hakeutui hoitoon. Hoidon syytä voi olla yksi tai useampia, ja ne voivat olla pää- tai sivusyytä. Kirjataan hoidon syyhyn liittyviä esitietoja, kuten pääasialliseen ongelmaan liittyviä oireita. Mistä tullut PVM / KLO. Tulosyy suomeksi (ei läheteestä suoraan) = hoitotyön diagnoosi Potilaan oma näkemys sairaalaan tulon syystä, esim. potilaan ja/tai omaisen kertomaa. Kuvaus potilaan oireista, jotka vaikuttaneet sairaalaan tuloon. Tulohaastattelukaavake tarvittaessa. Tulokeskustelu on ainoa tapa oppia tuntemaan potilas.</p>
Esitiedot	Aiemmat sairaudet	Maininta muista potilaan sairauksista, jotka <u>tällä</u> hoitajaksolla vaikuttavat hoitotyön suunnitelmaan.
Esitiedot	Sosiaalinen tilanne	<p>Selvitetään, minkälaisessa/ minkä kuntoisessa asunnossa potilas asuu (rappuset, hissi, hissiä edeltäviä portaita, kynnykset, wc ja peseytymistilat) Kenen kanssa hän asuu, vai asuuko yksin Minkälaista apua hän on saanut ja keneltä (pyykki, kauppa, kodin ulkopuoliset asiat, siivous) Käykö kotiapu, terveydenhoitaja tai joku muu? Tuodaanko ruoka vai tekeekö sen joku muu? Onko turvapuhelin? Onko omaisapua ym., minkälaista?</p>
Toimintakyky	Toimintakyky	<p>Kyky selviytyä päivittäisten toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista vaatimuksista. Ajankohtainen toimintakyvyn kuvaus. Potilaan oma käsitys nykytilanteesta aikaisempaan verrattuna esim. pärjäämisestä kotona (miten aikaisemmin ollut). Omaisten tai läheisten näkemys nykytilasta. Hoitajan huomiot sen hetkisestä potilaan tilasta. Voimavarat: huomioiminen vähentää potilaan puolesta tekemistä. Potilaan motivaatio itsehoitoon kasvaa. Potilaan omanarvontunto säilyy. Huomioidaan psyykkiset voimavarat =>orientaatio, kommunikaatio, itseilmaisuu fyysiset voimavarat =>liikkuminen, päivittäisistä toiminnoista selviytyminen sosiaaliset voimavarat => omaiset, ystävät, yl. sosiaalinen kanssakäyminen</p>
Hoidon tarve	Hoidon tarve	<p>Hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla. Hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet.</p>

Hoidon tavoitteet	Hoidon tavoitteet	Hoidon suunnittelussa määritellyt tavoitteet. Hoitojaksolla on päätavoite, johon voidaan liittää osatavoitteita. Tavoitteet ovat tarvelähtöisiä, yksilöllisiä, potilaslähtöisiä, konkreettisia, realistisia, aikasidonnaisia ja potilaan käyttäytymistä tai tuntemusta ilmaisevia. Yhdessä potilaan kanssa. Mukana potilaan toivomus hoidolle, samoin omaisten.
Hoitotyön toiminnot	Hoitotyön toiminnot	Kuvataan potilaan hoidon suunnittelu ja toteutus. Kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoitotyön toiminnot. Auttamismenetelmät Hoitotyön keinot, jotka auttavat saavuttamaan hoidon päätavoitteen.
Hoidon tulokset	Hoidon tulokset	Kuvaavat potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Hoitotyön tarpeen perusteella odotettuja ja /tai toteutuneita tuloksia. Tarkastellaan suhteessa tavoitteisiin, miten potilas on edennyt tai miten potilaan tila on muuttunut. Tehdään silloin, kun potilaan tilassa tapahtuu muutoksia, jotka johtavat mahdollisesti uuteen tavoitteeseen. <u>Arvioidaan</u> hoitotyön toteutumista, onko hoitotyön toiminnot olleet hyviä. Tehdään yhdessä potilaan kanssa. Potilaan oma näkemys esille asioista. Pidempiaikaisessa hoidossa oleva potilaan kohdalla on osastolla sovittava erikseen hoidon tulosten arvioinnin ajankohdasta.
Neuvottelu	Hoitoneuvottelu	esim. osastolla järjestetty moniammatillinen hoitokokous tai keskustelut omaisen kanssa
Hoito	Ohjaus / neuvonta	esim. AVH-ohjaus, diabetes-ohjaus, lääkehoidon ohjaus
Hoito	Puhelu	kirjataan mahdolliset hoitojakson jälkeen tulleet puhelut ja lyhyesti niiden sisältö
Loppuarvio	Loppu tilanne	Kuvaus hoidon kulusta ja lopputuloksesta kuten diagnoosi, tehdyt toimenpiteet, hoidon tulos, jatkohoito-ohjeet ja laaditut asiakirjat. Kerrataan lyhyesti potilaan tulosyy. Hoidon tulosten perusteella kuvataan lyhyesti, mitä sairaalajakson aikana on tapahtunut (ellei jatkohoitopaikassa Effica käytössä). Hoitotyön vaikuttavuuden arviointia yhdessä potilaan kanssa. Potilaan kokemus ja näkemys hoidon onnistumisesta ja pohdinta miksi ja mitä on tapahtunut, jos hoito on epäonnistunut. Potilaan tila siirtohetkellä, myös potilaan näkemys. Jatkohoito-ohjeet. Kotiuttava hoitaja tekee. Kuolleesta potilaasta joka on ollut tilanteessa mukana.

Lihavoidut otsikot ovat hoitojaksolla ns. pakolliset, käytettävät otsikot, muut otsikot tarvittaessa Perustietolomakkeen tiedot (osoite, puhelinnumero, lähin omainen ja hänen puhelinnumero) TIIV- lomakkeella: allergia? kotisairaanhoido ja kotiapu, puhelinnumerot, ovatko ajantasalla?

Tämän opinnäytetyöhömmme liittyvän kyselyn tavoite on kartoittaa teidän kirjaamista Porin kaupunginsairaalan osasto 2:lla.

Kyselyyn vastaaminen vie muutaman minuutin, ja se olisi meille erittäin tärkeää, että kaikki esittäisivät kehittämisideansa. 😊

Vastaa alla olevaan kysymykseen ja palauta lappunen tähän laatikkoon nimettömänä. Kiitos 😊

Mitä ongelmia koet osaston kirjaamiskäytännöissä olevan?

Terveisin:

Sairaanhoitajaopiskelijat

Elina Serula & Susanna Tuominen

Hankkeen arviointilomake

eNNI-hanke: Porin Kaupunginsairaala osasto 2
 Elina Serula, Susanna Tuominen

8.11.2010

Käytähän pienen hetken ajastasi vastaamalla alla oleviin kysymyksiin.

Pyydämme sinua arvioimaan eNNI-hankkeen aikana syntynyttä osaamista, kehittymistä ja muutosta.

Merkitse selvästi rastilla se vastausvaihtoehto, joka sopii parhaiten. Avoimissa kysymyksissä kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan. Voit halutessasi jatkaa paperin toiselle puolelle. Valitse jokaisesta kysymyksestä vain yksi vastausvaihtoehto.

Täytähän lomakkeen 21.11.2010 mennessä ja palautathan lomakkeen kahvihuoneessa olevaan palautelaatikkoon. Haemme täytetyt lomakkeet 22.11.2010.

Kyllä Ei

1. Saitko mielestäsi riittävän tiedon uudesta toimintamallista?

Mikäli et kokenut saavasi riittävää tietoa, minkälaista tietoa olisit kaivannut lisää?

2. Oliko kokeilu mielestäsi tarpeellinen?
3. Oliko kokeilujakson pituus mielestäsi riittävän pitkä?
4. Selvisikö työlistasta aina keneltä verensokeri pitää ottaa ja milloin?
5. Selvisikö työlistasta aina keneltä verenpaine pitää ottaa ja milloin?

6. Oliko välitön mittaustulosten kirjaaminen mahdollista?
7. Kirjattiinko uuden toimintamallin myötä mielestäsi enemmän arviointia potilaan tilasta ja tehdystä työstä?
8. Olivatko välineet (Verensokerimittari, verenpainemittari...) mittaustulosten kirjaamisen kannalta oikeassa paikassa oikeaan aikaan?
9. Olivatko potilaskansiot kirjaamisen kannalta oikeassa paikassa oikeaan aikaan?
10. Aiheutuiko kokeilun aikana uhkaa potilaan tietosuojalle?
11. Oliko toimintamalli mielestäsi parempi kuin vanha toimintatapa?
12. Onko oma kirjaamisesi muuttunut mielestäsi laadukkaammaksi kehittämishankkeen myötä?

13. Mitä haluaisit uudessa toimintamallissa vielä kehitettävän?

14. Mitä oman osaamisesi kannalta pitäisi tulevaisuudessa mahdollisissa hoitotyön kirjaamisen koulutuksissa ottaa esille?

15. Millaisia muutoksia osastolla toteutettu kirjaamisen kehittämishanke on tuonut ammatilliseen osaamiseeni?

16. Kuinka paljon uusi toimintamalli on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

17. Miten koet voivasi hyödyntää tulevaisuudessa uutta toimintamallia?

18. Muuta palautetta kirjaamisen kehittämishankkeesta:

Kiitos osallistumisestasi!

Vastaukset ovat nimettömiä ja luottamuksellisia.

HOITOTYÖN KIRJAAMISTA SÄÄTELEVÄT LAIT, ASETUKSET JA OHJEET

<ul style="list-style-type: none"> ● Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laadimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. 	<ul style="list-style-type: none"> ● (99/2001)
<ul style="list-style-type: none"> ● Henkilötietolaki 	<ul style="list-style-type: none"> ● (523/1999)
<ul style="list-style-type: none"> ● Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 	<ul style="list-style-type: none"> ● (621/1999), asetus(1030/1999)
<ul style="list-style-type: none"> ● Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa 	<ul style="list-style-type: none"> ● (13/2003)
<ul style="list-style-type: none"> ● Laki sähköisestä allekirjoituksesta 	<ul style="list-style-type: none"> ● (14/2003)
<ul style="list-style-type: none"> ● Arkistolaki 	<ul style="list-style-type: none"> ● (831/1994)
<ul style="list-style-type: none"> ● Sähköisen viestinnän tietosuojalaki 	<ul style="list-style-type: none"> ● (516/2004)
<ul style="list-style-type: none"> ● Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 	<ul style="list-style-type: none"> ● (159/2007)
<ul style="list-style-type: none"> ● Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 	<ul style="list-style-type: none"> ● (61/2007)
<ul style="list-style-type: none"> ● Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 	<ul style="list-style-type: none"> ● (811/2000)
<ul style="list-style-type: none"> ● Suomen perustuslaki 	<ul style="list-style-type: none"> ● (731/1999)

● Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	● (785/1992, muutos 653/2000)
● Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista	● (812/2000)
● Laki Terveystieteiden ammattihenkilöistä	● (559/1994 ja asetus (564/1994))
● Kansanterveyslaki	● (66/1972)