



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kirjaamisen kehittäminen Lohjan sairaalan osastolla 4

Käyhkö, Satu & Saarnio, Jasmine

2011 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Kirjaamisen kehittäminen Lohjan sairaalan osastolla 4

Käyhkö Satu & Saarnio Jasmine
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2011

Satu Käyhkö ja Jasmine Saarnio

Kirjaamisen kehittäminen Lohjan sairaalan osastolla 4

Vuosi

2011

Sivumäärä

54

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda uusi toimintamalli kirjaamisen kehittämiseksi väliarvioinnissa sekä olla tukena työyhteisölle kehittämistyössä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on menossa uudistus, jossa kehitetään sähköisen potilaskertomusten käyttöönottoa ja niiden sisällön yhtenäistämistä. Tämä opinnäytetyö on tehty osana kansallista eNNi-hanketta. Osahanke toteutettiin Lohjan ja Paloniemen sairaalan sekä Laurea ammattikorkeakoulun välillä. Hoitotyön prosessin mukaisella kirjaamishankkeella oli tavoitteena tuottaa toimintamalli, jossa uudella tavalla kirjataan potilaan hoidon väliarviointia Lohjan sairaalan osastolla 4. Kehittämistoiminnan tarkoituksena oli, että henkilökunta muuttaa tapansa kirjata potilaan hoitotarviointia sekä työyhteisö kehittää osaamistaan kirjata kansallisen hoitotyön prosessin mallin mukaisesti.

Kehittämishankkeessa menetelmänä käytettiin juurruttamista. Siinä on kyse oppimisesta, johon kuuluu kiinteä vuorovaikutus työryhmän välillä. Käytännön toiminnan luominen koostuu hiljaisesta ja teoreettisesta tiedosta, joka on oppimiselle tärkeää eri tahojen toisiinsa sopeutumisessa ja uuden asian oppimisessa. Opinnäytetyö tehtiin toimintakeskeisenä työnä.

Työryhmään kuului työyhteisön kolme jäsentä ja kaksi opiskelijaa. Nykytilanteen prosessikuvauksen muodostamiseen opiskelijat haastattelivat työryhmän jäseniä. Osastotunneilla esiteltiin sen hetkisiä toimintakuvauksia, josta valittiin kehittämiskohteeksi potilaan voinnin arviointi kirjaamisessa. Työryhmä laati tästä uuden kirjaamisen toimintamallin, joka otettiin käyttöön keväällä 2011 neurologisella osastolla arvioiden potilaan vointia jokaisessa työvuorossa.

Uutta toimintamallia ja kehittämisprojektia arvioitiin työyhteisössä sähköisen kyselykaavakkeen avulla, joka lähetettiin 46:lle ja vastaajia oli 16. Työyhteisö arvioi uuden kirjaamistavan lisäävän potilaan turvallisuutta, oman oppimisen koettiin lisääntyneen jonkin verran ja suurin osa koki käytännön kokemuksen auttaneen kirjaamistavan kehittymiseen. Kuitenkin loppupalautteessa todettiin hoitotyön kirjaamisen olevan vielä alkuvaiheessa ja sähköistä kirjaamista odotellaan konkreettisesti käyttöön ennen kuin muutosta kirjaamiseen odotetaan tapahtuvan.

Asiasanat: Juurruttaminen, hoitotyön arviointi, kirjaaminen.

Satu Käyhkö and Jasmine Saarnio

Development of recording on Ward 4 of Lohja Hospital

Year	2011	Pages	54
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to create a new way of recording the information obtained from the interim assessments of hospitalized patients and to help the nursing personnel in implementing this new recording routine into their daily work. In the Finnish medical care there is an extensive process going on aimed at getting the electronic patient record keeping system in to national use in the near future. This thesis was a part of the Finnish national eNNi project and was carried out in three different institutions, Lohja Hospital, Paloniemi Hospital and Laurea University of Applied Sciences.

In accordance with the prevailing view of the proper nursing process, the aim of this thesis was to create a new way to record important issues about the patients' care during their hospital stay. The practical goal of this study was that the nursing personnel of the ward 4 in Lohja Hospital would change some of their old patient record keeping routines to better suit the national model of the nursing process.

In the present work dissemination was used as the main scientific method. Dissemination is about having a keen interplay within a group of people that work together. The successful creation of a new practical routine in hospital work consists of combining tacit knowledge with theoretical knowledge. The presence of these two sources of information is important in order for all the collaborators to be able to adjust themselves with each other. This work was realized in an action based way.

The study group consisted of three nurses and two students. The students interviewed the regular nursing staff of the ward 4 about what they thought of their current ways of patient record keeping. In the ward meetings the regular nursing staff also told in detail how they viewed the patient record keeping practices of their ward. Recording of the patients' physical status was chosen as the target to be developed further according to the above mentioned principles. The study group developed this recording process into a new model where patients' physical status is evaluated in every shift and recorded in a specific way. This new way of record keeping was adopted as standard praxis in Lohja Hospital department of Neurology in 2011.

The success of the new recording model was evaluated by letting the regular nursing personnel fill in electronic questionnaires about how they had experienced the change. Altogether 46 persons were sent this questionnaire and 16 replies were received. According to the answers, the new way of patient record keeping was felt to increase patient safety. It was also reported that the implementation of the new recording routine had to most nurses been a positive learning experience. However, in the final feedback it was pointed out that the electronic patient record keeping system is today still at a very preliminary stage and needs to be developed further in order for it to be able to really decrease the working load of the nurses.

Keywords: dissemination, evaluation of the nursing process, patient record keeping

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Lohjan sairaalan osasto 4 kehittämistoiminnan ympäristönä	7
	2.1 Arvot ja ohjeistus	7
	2.2 Muutosjohtaminen	8
3	Kehittämistoiminnan menetelmät	8
	3.1 Juurruttaminen ja tiedon lajit	9
	3.2 Juurruttamisen vaiheet kehittämistyön prosessissa.....	10
	3.3 Haastattelu ja litterointi.....	11
	3.4 Sisällönanalyysi	12
4	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut	12
	4.1 Hoitotyön kirjaaminen	13
	4.2 Hoitotyön kirjaamisen lakeja	14
	4.3 Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli	14
	4.4 Hoitotyön prosessi ja sen vaiheet	16
	4.5 Aivoverenkiertohäiriöpotilas	19
5	Kehittämistoiminnan toteutus	21
	5.1 Nykytilanteen kuvaus	21
	5.2 Kehittämiskohteen valitseminen	25
	5.3 Uusi hoitotyön suunnitelma	25
	5.4 Työryhmän tuotoksen ja toiminnan arviointi.....	27
	5.5 Kyselyn toteutus.....	28
6	Arvioinnin tulokset.....	29
	6.1 Arviointi	35
	Lähteet	37
	Kuviot	40
	Taulukot	41
	Liitteet.....	42

1 Johdanto

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon potilastietojen sähköistämisestä astui voimaan vuonna 2007. Laissa ohjeistetaan tietojen kirjaamista yhtenäiseksi, jotta tiedot ovat valmiudessa siirrettäviksi kansalliseen sähköiseen arkistoon (eArkisto). Sosiaali ja terveydenhuollossa on valtakunnallisesti menossa iso muutos sähköisen potilaskertomuksen kehittämiseksi. Kehittämissankkeessa tulisi saada aikaan yhtenäinen kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä hoidosta ja ohjauksesta. Kaikki potilastiedot tulisi kirjata määriteltyjen koodien, terminien ja täydentävien kertomusten avulla. (HoiDok-hanke 2008.)

Työelämän sairaanhoitajat ja opiskelijat perehtyivät opettajien johdolla nykyisiin hoitotyön dokumentoinnin menetelmiin. Näin opittiin tunnistamaan kehittämistarpeita, pystyttiin muodostamaan uusia toimintamalleja ja arvioimaan niitä. (eNNI 2009.) Opinnäytetyö on osana laajempaa valtakunnallista kirjaamishanketta. Sähköinen kirjaaminen on tärkeä osa-alue hoitohenkilökunnan työnkuvassa. Merkittävää on, että hoitavalla henkilökunnalla olisi reaaliaikainen tieto hoidettavasta potilaasta, jotta potilas saisi mahdollisimman oikeanmukaista hoitoa asiantuntevalta hoitohenkilökunnalta.

Päämääränä oli luoda uudenlainen kehittämissyhteistyö ammattikorkeakoulun ja työelämän välille terveysalalla. Kehittämistoiminnalla halutaan tuottaa uutta tietoa, osaamista ja työelämän käytäntöjen kehittymistä sekä muutosta. (Korttilalli 2008.) Opinnäytetyö tehtiin kirjaamisen kehittämissankkeena yhteistyössä Lohjan sairaalan sisätautien vuodeosastolla 4. Työryhmään kuului kolme osaston sairaanhoitajaa ja kaksi opiskelijaa. Työryhmän tavoite oli kehittää hoitotyön kirjaamista ja saada aikaan uusi kirjaamisen toimintamalli. Hankkeeseen sisältyi työyhteisön tukeminen työryhmän muuttaessa itse omaa toimintaansa osastolla keskustelemalla hoitotyön prosessista.

Juurruttamisella pyrittiin saamaan Kansallinen hoitotyön systemaattinen kirjaaminen käytäntöön. Osastolla oleva hiljainen tieto tuli saada esille kirjalliseen muotoon juurrutusmenetelmää käyttäen. Juurruttamisessa yhdistetään kahdenlaista tietoa, käytännön tietoa sekä teoreettista tietoa. Hoitajalla oleva hiljainen tieto potilaan tarpeiden ja voimavarojen muutoksista, tuli saattaa myös koko työyhteisön tietoon. Näistä tiedoista muokattiin yhdessä uusi toimintatapa, jota käytetään kirjaamisen väliarviointiin.

2 Lohjan sairaalan osasto 4 kehittämistoiminnan ympäristönä

Opinnäytetyö toteutetaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eli HUS:n Lohjan sairaanhoitoalueen kirjaamishankkeessa. HUS:in kuuluu Helsingin Yliopistollinen keskussairaala (HYKS), Hyvinkää, Lohja, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet. HUS:n korkein päätösvalta on 59-jäsenisellä valtuustolla, jonka alaisena toimii hallitus valvoen sairaanhoitopiirin etuja. Hyksin medisiininen, operatiivinen, naisten- ja lastentaudit sekä psykiatrian tulosyksiköt koordinoivat palvelutuotantoa. Palvelualueen tukipalveluja tuottavat HUSLAB, HUS-röntgen, Ravioli, HUS-Apteekki, HUS-Desiko, HUS-Logistiikka, HUS-Servis, HUS-Tietotekniikka ja HUS-Lääkintäteknikka. (HUS 2011d.)

HUS:n ydintehtävä on tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja ja terveyshyötyjä perusterveydenhuollon, yliopiston ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. HUS:n arvopohjaan kuuluu toimia yhteistyössä, avoimesti ja verkostoitumalla. HUS toimii asiakkaiden eduksi innovatiivisesti käyttäen hyväksi tulevaisuuden mahdollisuuksia samalla luoden luottamuksellisen ja osaavan ilmapiirin. HUS:n arvopohja sisältää potilaiden, asiakkaiden, kumppaneiden, työtovereiden ja ympäristön oikeudenmukaisen, vastuullisen ja suvaitsevan kohtelun. (HUS 2011e.)

Lohjan sairaalan sisätautien vuodeosastot 4A ja 4B kuuluvat medisiiniseen tulosyksikköön, johon sisältyy myös tehostetun valvonnan yksikkö, ajanvarauspoliklinikat ja dialyysiyksikkö (HUS 2010). Vuodeosastot sijaitsevat sairaalan neljännessä kerroksessa vastapäätä toisiaan. Hoitohenkilökunnalla on yhteiset kansliatilat ja hoitajat työskentelevät molemmilla käytävillä halliten yhteisesti 4A:ta ja 4B:tä. Vuodeosasto 4A koostuu 12:ta potilaspaikasta, joissa hoidetaan esimerkiksi sydäninfarktipotilaita, rytmihäiriöpotilaita ja sydämen vajaatoimintapotilaita. Osastolle tulee myös jatkohoitoa vaativia potilaita esimerkiksi tahdistimen laiton, pallolääjennuksen tai sydämen ohitusleikkauksen jälkeen. Vuodeosasto 4B rakentuu 35:sta potilaspaikasta, joista 17 on sisätautivuodeosastopaikkoja. Potilaat tarvitsevat erikoissairaanhoidon neurologisissa-, keuhko- sekä yleissisätautisairauksissa. Osastolle tullaan tutkimuksiin, hoitoon tai kuntoutukseen sairaalan muilta osastoilta, poliklinikoilta, alueen perusterveydenhuollon laitoksista tai pääkaupunkiseudun sairaaloista. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

2.1 Arvot ja ohjeistus

Lohjan sairaalan osasto 4 perustaa toimintansa HUS:n (2008) arvoihin, joissa korostetaan yhteisiä pelisääntöjä. Avoimuus, osaaminen, luottamus ja verkostoituminen edesauttavat yhteistyötä innovatiivisten työtovereiden kanssa asiakkaiden ja potilaiden eduksi. Asiakkaita, potilaita, eri tahojen yhteistyökumppaneita ja työtovereita kohdellaan arvostaen ja huomioon ottaen oikeudenmukaisuus, suvaitsevaisuus ja vastuullisuus. Päätöksenteon prosessimalli hoi-

totyössä on ollut käytössä hoitajilla kirjaamisen rakenteena. Prosessimalli on tullut 1978 WHO:n hoitotyön kehittämisohjelman ja tutkimustyön myötä. Hoitoprosessin moni ammatilliset vaiheet käsittää tulotilanteen, hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen ja hoidon arvioinnin. (Konkola-Loikkanen, Makkonen, Ahonen, Lemström, & Huovila 2010.)

2.2 Muutosjohtaminen

Muutosprosessi lähtee liikkeelle vuorovaikutuksesta työyhteisössä. Ilman osallistumista ja keskustelua työpaikalla työntekijät eivät välttämättä huomaa muutoksen tärkeyttä työssään. (eNNi-hanke 2008.) Muutostarve määritellään prosessin alkuvaiheessa, siihen kuuluu vallitseva tilanne, tavoitteet ja päämäärä. Muutostarve määritellään yhdessä työyhteisön työntekijöiden, asiantuntijoiden ja projektin tekijöiden kesken. Motivaatio muutokselle muodostetaan jo alussa, kun tiedetään yhteinen päämäärä. Muutosprosessissa tiedonkulun on oltava avointa ja runsasta, se voi olla suullista, kirjallista tai virtuaalista. Kaikilla pitää olla mahdollisuus vaikuttaa käsillä olevaan muutosprosessiin. Sitä kautta muutos tuntuu omakohtaiselta, ei ainoastaan ylhäältä annetulta ainoalta vaihtoehdolta. (Ora-Hyytiäinen 2006, 15.)

Muutosprosessissa johtajalla on tärkeä osuus muutoksen onnistumisen kannalta. Hänen tulee tietää, miten ihmiset reagoivat muutostilanteessa. Asia on tiedostettava heti prosessin alusta lähtien, jotta johtaja pystyy ajoittamaan muutoksen vaiheet työyhteisön mukaisesti oikeisiin kohtiin. Työyhteisö tarvitsee aikaa ja tilaisuuksia keskustella asioista, jotta se pystyy käymään läpi muutokseen kuuluvat vaiheet; alkushokin, lamaantumisen, suuttumuksen, epäluulon kautta muutoksen hyväksyntään. Kaikkeen tähän tarvitaan aikaa ja läsnäoloa, tukemista johtajan puolelta. Muutosprosessin loppuvaiheessa, hyväksymisvaiheessa työyhteisö pystyy jo ottamaan vastaan koulutusta ja sitä myöten kiinnostus uuteen voi herätä. (Haveri & Maijainen 2000.)

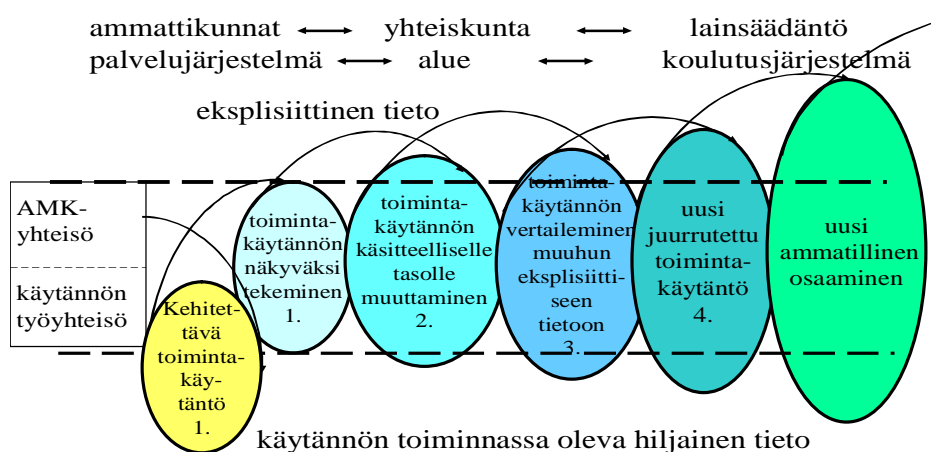
3 Kehittämistoiminnan menetelmät

Opinnäytetyössä käytetään kehittämistoiminnan menetelmänä juurruttamista. Prosessina juurruttaminen on muutosta, jossa toiminnan tavoitteellisuus ja ympäristö muovaantuvat toisilleen sopiviksi. Sosiaali- ja terveysalalla toiminnan menetelmänä juurruttaminen on yleistä toimijoiden runsaan vuorovaikutuksen vuoksi. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005.)

3.1 Juurruttaminen ja tiedon lajit

Juuruttamisessa on kyse oppimisesta, johon kuuluu kiinteä vuorovaikutus eri tahojen välillä, oppimiselle tärkeän ympäristön luominen ja eri tahojen toisiinsa sopeutuminen uuden asian oppimisessa. Juurruttamista kuvataan spiraaliksi, jonka jokaisella kierroksella vuorovaikutuksella eri toimijoiden kesken on suuri merkitys toiminnan edistymisen kannalta. (Kivisaari 2001, 4, 18.) Periaatteena on oivallus tarpeesta ja auttaminen prosessin kulussa eteenpäin (Kivisaari, Saranummi & Parvinen 2004, 4).

Nonakan ja Takeucin (1995) mukaan tiedon luominen koostuu hiljaisesta ja teoreettisesta (eksplisiittisestä) tiedosta. Nämä erilaiset tiedot käyvät neljän prosessin läpi, sosialisatio, ulkoistaminen, yhdistäminen ja sisäistäminen (Kuvio 1). Sosialisatiossa hiljaista tietoa jaetaan kasvokkain työyhteisön kesken. Työyhteisön jäsenten pitäisi olla valmiita ottamaan vastaan toisilta saamansa hiljainen tieto ja jakamaan oma tieto muiden kanssa. Ulkoistamisessa tuodaan julki hiljainen tieto ja kehitellään siitä ymmärrettävämpi, teoreettisempi ja näin sitä on helpompi myös jakaa eteenpäin. Yhdistämisvaiheessa hiljainen, käsitteistetty, teoreettisempi tieto voidaan liittää jo olemassa olevaan eksplisiittiseen tietoon. Tätä yhdistettyä tietoa voidaan jakaa kirjallisena myös kehitystoiminnan ulkopuolisille. Sisäistämisvaiheessa tuotettu yhdistetty uusi tieto (uusi eksplisiittinen tieto) otetaan käyttöön sen vähitellen muuttuessa hiljaiseksi tiedoksi ja juurruttamisen spiraali voi alkaa kietoutumaan uudelleen. (Nonaka & Takeuci 1995.)



Kuvio 1: Tiedon käsittelyn kierrokset (Mukaiillen Nonaka & Takeuchi 1995; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005)

3.2 Juurruttamisen vaiheet kehittämistyön prosessissa

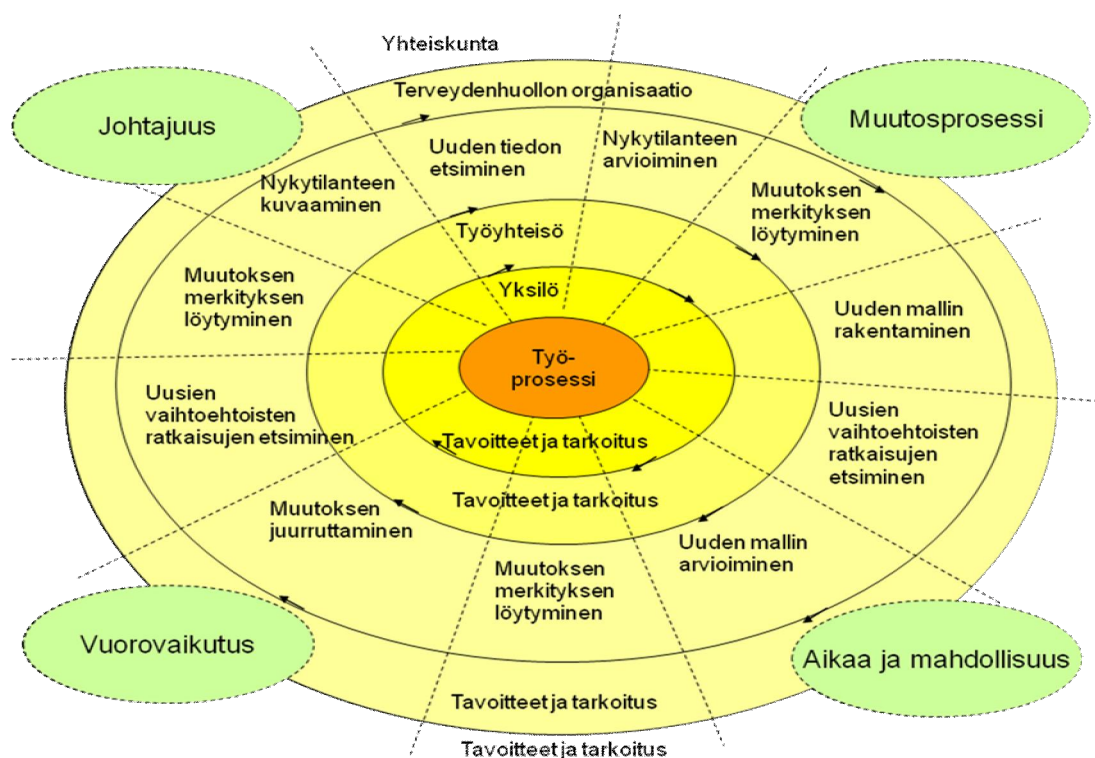
Juuruttamista on käytetty hyväksi erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon kehitys- ja käyttöönotto toiminnassa. Vuorovaikutus ja yhteistyö ovat juurrutuksen perustana. Osallistuminen ja toisen osaamisen arvostus edesauttavat kehityksen kulkua. Jokainen kehitystyöhön osallistuva tuo oman osaamisensa yhteiseen käyttöön saaden tasavertaisen kohtelun. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4 - 5.) Kaikkien osapuolten välinen vuoropuhelu vaatii suurta sitoutumista, aikaa ja rahaa, jotta yhteistyö onnistuu. Yhdessä tekeminen, oppiminen, mahdollisten muutosten huomiointi ja uudelleenarviointi kuuluu juurrutukseen koko kehitystyön ajan. Arviointi vaikuttaa kehityksen suunnan löytymiseen. (Kivisaari, Saranummi & Parvinen 2004, 16.)

Hiljaisen ja täsmällisen tiedon sulautuessa hyvin yhteen työyhteisössä, jossa muutosprosessi on saatu onnistuneesti läpi, voidaan tätä kutsua Ba:ksi. Ba on tila, jossa tiedon luominen osaamisen foorumina hyödynnetään ja jaetaan osallistujien kesken. Ba:n uuden tiedon luomisen tärkein ominaisuus on vuorovaikutussuhde sekä yksilöiden välillä että yksilöiden ja ympäristön välillä. (Nonaka & Takeuchi 1995.) BA:ssa voidaan luoda ja jakaa tietoa sekä tehdä näkyväksi yhdessä luotu tieto. Vuorovaikutus ja sen edistäminen tässä on ehdoton edellytys. Vuorovaikutussuhde edistää myös muutokseen sitoutumista. Keskeisessä roolissa muutostyössä on esimies, jolta odotetaan ymmärrystä alaisiaan kohtaan. Muutosprosessi vaatii kunkin työryhmän jäseneltä oman aikansa. Esimiehen pitää osata lukea alaisiaan, koska he tarvitsevat lisää tietoa asiasta sekä aikaa sulatella tietoja. Esimies on tärkeä tekijä Ba:n luomisessa yhteisössään. Esimiehen tulee olla hyvä roolimalli alaisilleen ja näyttää myös tietämättömyytensä itselle uudella alueella. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14 - 16.)

Kehittämistyöhön osallistuvat sitoutuvat työnsä kehittämiseen ja muutoksen aikaansaamiseen työyhteisössään (Kuvio 2). Juurruttaminen etenee vaiheittaisena prosessina, jonka aikana osanottajat tuottavat uutta tietoa ja kehittävät uusia työmenetelmiä ja -malleja omalle työyhteisölleen. Oppiminen tapahtuu kehittämispohjaisena (LbD), ydinajatuksena yksilön ja työyhteisön oppiminen. Jotta muutosprosessi voisi toteutua, työyhteisön on sitouduttava ja osallistuttava kehittämistyöhön. Muutoksen tapahtumisen mahdollistajana toimii työyhteisön johtaja järjestämällä keskustelumahdollisuuksia, aikaa uusimman tiedon hankintaan ja siihen perehtymiseen ja työvaiheiden arviointiin. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007.)

Prosessissa olennaista on aluksi löytää muutoksen merkitys, kehitystyön tavoite ja tarkoitus tulee koko työyhteisön tietoon. Muutoskohteen merkityksen sisäistämisen jälkeen kuvataan nykyinen toimintatapa, jossa tulee esille työyhteisön hiljainen tieto. Tässä kohtaa kehittämisskohteita voidaan vielä tarkastella, jotta havaittaisiin eri mahdollisuudet hyödyntää kehitystyötä. Kehittämiskohteista valitaan yksi omassa työyhteisössä esille tullut asia, jota halutaan

edistää. Tästä kohteesta etsitään uusinta teoreettista tutkittua tietoa, jota voidaan yhdessä kehittää työyhteisölle sopivaksi uudeksi toimintamalliksi. Toimintamallin tullessa käyttöön sitä arvioidaan ja tarvittaessa myös muokataan. Arviointia tapahtuu koko prosessin ajan, mutta prosessin vaikuttavuutta arvioidaan vielä lopuksi. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007.)



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

3.3 Haastattelu ja litterointi

Hirsijärvi ja Hurmeen (2009, 11, 43) mukaan haastattelu on eräs perusmuoto tiedonhankinnassa. Se on tarkoitusperäinen keskustelu, joka tähtää tiedon keräämiseen ennalta suunnitellusti. Haastattelumenetelmiä on erilaisia yksilöhaastatteluita, ryhmähaastatteluita, strukturoituja haastatteluita, strukturoimattomia haastatteluita, teemahaastatteluita, puhelinhaastatteluita ja kasvotusten tehtäviä haastatteluita (Kylmä & Juvakka 2007, 77). Tässä työssä käytetään ryhmähaastattelua. Ryhmähaastattelun etuna on työyhteisön kollektiivisen näkemyksen esiintulo verrattuna yksilöhaastatteluun. Samaan aikaan saadaan tietoa usealta ihmiseltä, jolloin aikaa säästyy. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 61 - 63.) Haastattelutilanteessa haastattelija voi myös tehdä omia havaintoja tilanteen etenemisestä; kuinka asiat ilmaistaan ja millainen ilmapiiri välittyy työyhteisöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

Litterointi on aineiston puhtaaksi kirjoittamista sana sanalta analyysia varten. Aineisto voi olla nauhoitettua tai kirjallista, omalla käsialalla kirjoitettua. Yksiselitteistä ohjetta ei litte-

roinnin tarkkuudesta ole. Puhtaaksikirjoitus voidaan tehdä koko haastattelusta tai vain tietystä osa-alueesta esimerkiksi haastateltavien vastauksista ja sen on vastattava alkuperäistä aineistoa painotuksineen, murteineen, kirjoitusvirheineen. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 138 - 141.)

3.4 Sisällönanalyysi

Kynkään ja Vanhasen (1999, 3) mukaan menettelytapana sisällönanalyysi on objektiivinen ja systemaattinen tapa analysoida dokumentteja järjestämällä, kuvailemalla ja kvantifioimalla ilmiötä, jota ollaan tutkimassa. Sisällönanalyysi pyrkii sanallisesti kuvaamaan dokumenttien sisältöä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107). Dokumentit voivat olla sekä kirjallisia että suullisia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21). Tutkittava ilmiö pyritään käsitteellistämään tiivistettyyn muotoon rakennetuilla malleilla. Analyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti (induktiivisesti) tai luokittelurunkolähtöisesti (deduktiivisesti), joka perustuu aikaisempaan tietoon. Strukturoimattomaan aineistoon, esimerkiksi artikkeleihin, dialogeihin, kirjoihin, puheisiin, ynnä muihin kirjallisiin materiaaleihin, sopii sisällön analysointi hyvin. Tutkittava ilmiö tiivistetään yleiseen muotoon. Lopulta tuotetaan kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä ja käsitekartta, jotka kuvaavat ilmiötä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 5.)

Sisällönanalyysissa tuotettujen luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja poissulkea toistensa erilaisuus. Samanlaisuuden erottaminen on olennaista. Sisällönanalyysi on enemmän kuin pelkästään tekniikkaa, joka tukee aineiston yksinkertaisuutta. Pelkän kuvauksen lisäksi sisällönanalyysi tuottaa merkityksiä, tarkoituksia, aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

4 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

Hoitotyön kirjaaminen on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä siirtymässä paperisesta dokumentoinnista sähköiseen hoitokertomukseen yksilöllisen hyvän hoidon ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Kirjaaminen hoitotyössä on kautta ajan ollut osa laadukasta ja turvallista potilashoitoa. Potilaan hoitokertomuksella on suuri merkitys hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa moniammatillisessa yhteistyössä. (Konkola-Loikkanen, Makkonen, Ahonen, Lemström, & Huovila 2010.)

4.1 Hoitotyön kirjaaminen

Kirjaamisella tarkoitetaan potilaan tietojen kokoamista, luettelointia ja merkitsemistä (Kassara ym. 2006, 55). HoiDok-loppuraportin (2008) mukaan on sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä kuvattava potilaan hoidon eteneminen vaiheittain. Kirjaaminen on oleellinen työväline koko hoitotyön ammatillisessa osaamisessa. Kirjaamisen avulla varmistetaan potilaan tarkoituksenmukainen hoito ja sen jatkuvuus, sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturva. Kirjaaminen on pohjana joustavalle ja jatkuvalla etenemiselle hoitotyössä. Tämä kattaa tiedonsaannin, toteutuneen hoidon ja sen arvioinnin. Sen keskeisenä lähtökohtana on tehdä hoitotyö näkyväksi, lainvoimaiseksi ja selkeäksi. (Kassara ym. 2006, 55; HoiDok-hanke 2008.)

Hoitotyön kirjaaminen elektroniseen muotoon tuo haasteita hoitotyölle mahdollisuuksien lisäksi. Potilaan tietojen tilastointi, yhdistely ja hakeminen on hyöty, johon päästään vain sähköisellä kirjaamisella. Tämä etu saavutetaan tietojen strukturoidulla eli rakenteisella kirjaamisella, joka koostuu etukäteen laadituista ryhmitetyistä luokituksista. Luokitusten pohjalta päätöksen tekoa kuvaavat hoidon tarpeen arviointi, toteutus ja tulokset. (Ensio & Saranto 2004, 44 - 45.) Tiedon merkitys kirjaamisessa korostuu potilaiden hoidossa päivittäin, koska tietojen tulee olla käytössä viipymättä. Sähköisessä hoitokertomuksessa annetaan uusia, tehokkaampia työkaluja hyödyntämään ja tuottamaan tietoa. Hyödyntämällä sähköisessä muodossa olevaa hoitokertomusta voidaan tietoja käsitellä riippumatta siitä missä on ja milloin. Edellyttäen kirjaamisen olevan yhdenmukaista, ajallisesti täsmäävää ja rakenteeltaan oikeaa. (Konkola-Loikkanen, Makkonen, Ahonen, Lemström, & Huovila 2010.)

Potilaan hoidon kuvaamista tulee käyttää kansallisten vaatimusten mukaisesti moniammatillisessa hoidon systemaattisessa kirjaamisessa. Kirjaamisen tulee koostua rakenteisesta ydintiedosta. Kirjattavaa tietoa tulee osoittaa termistöillä ja niitä täydentävillä tekstillä. Rakenteisuus merkitsee potilastietojärjestelmissä sekä otsikkotason tietoa/ydintietoa että luokiteltua tietoa, jota täydennetään vapaalla tekstillä. Hoitotyön ydintiedot (hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoidon tarve, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto) kuvaavat hoitotyön keskeisiä sisältöjä. (HoiDok-hanke 2008.)

Sähköisiä potilasasiakirjoja käytettäessä korostuu systemaattisen kirjaamisen merkitys. Systemaattinen kirjaaminen tässä tarkoittaa miten kirjataan (rakenne) ja mitä kirjataan (sisältö). Tämä helpottaa hoitohenkilökuntaa löytämään hoidon kannalta oleelliset tiedot suuresta potilasasiakirjakannasta. Lähtökohtana sähköisen kirjaamisen kehittämiseksi on päällekkäisten kirjaamisten vähentäminen. Päällekkäin kirjaaminen on tullut vastaan paperiversioissa kirjatuihin potilasasiakirjoihin. Manuaalisessa potilastietojen tallentamisessa sama asia on jouduttu kirjoittamaan monelle eri lomakkeelle. Tämä vie aikaa ja mahdollistaa potilasasiakirjojen

tahattoman vääristymisen. Systemaattinen kirjattu tieto korostuu tilanteissa, joissa potilas on hoidettavana eri paikassa kuin normaalisti. (Saranto ym. 2007, 12 - 14.)

4.2 Hoitotyön kirjaamisen lakeja

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon potilastietojen sähköistämisestä astui (159/2007) voimaan vuonna 2007. Laissa ohjeistetaan tietojen kirjaamista yhtenäiseksi, jotta tiedot ovat valmiudessa siirrettäviksi kansalliseen sähköiseen arkistoon (eArkisto). Tämä edellyttää potilastietojen olevan yhtenäisiä rakenteen mukaisesti. Potilastietoihin tulee merkitä jokainen potilaan palvelutapahtuma. Potilas tiedoista tulee käydä ilmi muun muassa tulosyö, esitiedot, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta. Laki vaatii potilaan osastohoidosta tehtäväksi yhtäjaksoisesti päivittäiset merkinnät potilaan tilasta esimerkiksi huomioista ja hoitotoimista. (Finlex 2007.)

Lähtökohtana potilastietojen käsittelyssä on henkilötietolaki (523/1999). Henkilötietolain tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia. henkilöitä käsiteltäessä edistetään hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Potilasasiakirjat muodostavat henkilötietolaissa tarkoitettua henkilörekisterin, joka on looginen ja jossa rekisterinpitäjänä toimii terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö. Terveydenhuollon potilastietojen säilyttämistä ja luovuttamista varten on perustettu keskitetyt valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut tietojen arkistoinniseksi sekä tietojen luovutuksen toteuttamiseksi. (Ydin-tieto-opas 2007.)

Hoitotyön tärkeänä osa-alueena on hyvä kirjaaminen potilaan parhaaksi. Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu tuottaa, säilyttää ja jakaa potilaan tai asiakkaan tietoja tehokkaalla ja turvallisella tavalla. Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttäjä tulee yksilöidä ja tunnistaa siten, että käyttäjä todennetaan yksiselitteisesti. Sähköisen kirjaamisen toivotaan tuovan yleistyessään laadunparannusta, tarkkailun helpottumista, tuovan loogisuutta ja selkeyttä. (Finlex 2007.) Hoitaja vastaa kuitenkin viimekädessä, mitä potilaasta kirjataan. Hoitohenkilökunnalla tulee olla sähköiseen kirjaamiseen ammatillinen valmius ja rakentaa potilaasta tarvittavat tiedot yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. (Lundgrén-Laine & Salanterä 2007, 25 - 26.)

4.3 Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli

Hoitotyön kirjaamista halutaan selkeyttää luokitusten ja nimikkeistöjen avulla. Tämä tulee tarpeeseen erityisesti silloin, kun potilaan tietoja siirrellään hoitoyksiköiden välillä. Yhteisellä ammattisanastolla myös potilas hyötyy saaden yhteneväistä hoitoa ja vääriymmärrysten määrä vähenee. Luokitusten kehitystyö kestää jopa vuosia, koska testaus on osa kehittämistä.

työtä ja vaatii oman aikansa. Testauksen jälkeen täytyy olla vielä mahdollisuus tarkistaa ja mahdollisesti muuttaa joitakin kohtia, jos käytännössä havaitaan puutteita tai ongelmia. Tässä kehittämistyössä opiskelijat näkevät asiat ammatillisen hoitohenkilökunnan kannalta eri suunnasta. Ammattilaisten rinnalla opiskelijat kokeilevat uusia asioita käytännön työharjoittelukentillä. Tällä tavalla opitaan sähköistä kirjaamista myös käytännössä. (Ensio & Saranto 2004, 45 - 46.)

Kirjaaminen hoitotyössä tapahtuu prosessimallilla, jossa apuna käytetään FinCCluokitusta. FinCCluokitus koostuu hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1) ja hoitotyön toimintoluokituksista (SHToL 2.0.1). Tämä perustuu yhdysvaltalaiseen Home Health Care (HHC) luokitukseen. HHC - luokitus on tehty 1990-luvun puolessa välissä laajassa tutkimushankkeessa, jossa lääketieteellisestä diagnoosiluokittelusta riippumatonta ja hoitotyötä kuvaavaa mittaria kehiteltiin. (Ensio & Saranto 2004, 45 - 46.)

Hoidon tarve on hoitohenkilöstön valmistama kuvaus potilaan terveydestä, tämän hetkisestä jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla. Hoitotyön tarpeen määrittäminen on potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien kartoittamista. (Ensio & Saranto 2004; Iivanainen ym. 1998.) Hoitajan tulee osata havainnoida ja ennakoita myös mahdollisia ja todennäköisiä potilaan ongelmia. Potilas ei välttämättä osaa sanoa kuvata tilaansa, vaan hoitajan tulee osata tulkita mistä havaitussa tilan muutoksessa tai käyttäytymisessä voi olla kysymys. (Ensio & Saranto 2004.) Potilas kertoo omista oireistaan, hoitaja havainnoi potilasta ja tekee tarvittaessa erilaisia mittauksia. Saatujen tietojen perusteella hoitaja yhdessä potilaan kanssa määrittelee potilaan hoidon tarpeen. (Ensio & Saranto 2004; Iivanainen ym. 1998.)

Hoitotyön toiminnot kuvaavat potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta (Ensio & Saranto 2004). Potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoitotyön toiminnot. Hoitotyön toiminnot toteutuvat potilaan ja sairaanhoitajan välittömissä auttamis- ja ohjaustilanteissa. Toiminnan perustana ovat sairaanhoitajan tiedot ja taidot, kuten esimerkiksi käden taidot, havainnointi- ja kommunikointitaidot, kyky ohjata ja neuvoa terveyden- ja sairaudenhoidossa sekä antaa tukea tarpeiden mukaan. Oleellisia myös ovat asiakkaan tai potilaan ja mahdollisesti myös omaisen tiedot ja näkemykset tilanteesta. (Lauri ym. 1998.)

Hoitotyön kirjaamisen yhtenäistämiseksi käynnistettiin keväällä 2005 valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke, tavoitteena oli prosessi, joka yhtenäistää hoitotyön kirjaamisen. Hoitotietojen kirjaaminen nopeuttaa potilastietojen käytettävyyttä, löydettävyyttä ja hyödynnettävyyttä koko hoidollisen prosessin aikana. Tämän tavoitteena oli kehittää vuoden 2007 loppuun mennessä kansallisesti yhtenäinen tapa kirjata hoitotyötä rakenteisella tavalla. Mukana käytettiin suomalaista hoidon tarveluokitusta (SHTaL versio 1.0)

ja suomalaista hoitotyön luokitusta (SHToL versio 1.2). Luokitusten käytöstä tehtiin kysely toukokuussa 2007 niille, jotka olivat käyttäneet luokituksia hoitotyön kirjaamisessa yli 5 kk. Kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä tuli ottaa käyttöön ydintietomäärittysten mukaiset tietorakenteet. Ydintiedot tarkoittavat tietoja, joiden on oltava kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla. Näitä ovat hoidon tarpeet, hoitotyön toiminnot, hoitotyön yhteenveto, hoitoisuus ja hoitotyön tulokset. Ydintietojen tarkoituksena on antaa hoitohenkilökunnalle henkilön terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta kokonaiskuva, joka auttaa ymmärtämään potilaan tilannetta. (HoiDok-hanke 2008).

Hanke tuotti kansallisesti yhtenäisen hoitotyön kirjaamismallin, joka pohjautuu hoitotyön ydintietoihin ja FinCC-luokituskokonaisuuteen (Finnish Care Classification). Päivitetyt hoitotyön luokitukset tulivat käyttöön Stakesin Koodistopalvelun testipalvelimelle vuoden 2008 aikana. Keväällä 2008 valmistui luokituskokonaisuuden käyttöopas. FinCC:n ylläpito siirtyi Kuopion Yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitokselle vuoden 2008 aikana. Hanke on ollut keskeisenä potilaskertomuksen määrittelytyössä. Tätä määrittelytyötä on tehty kertakirjaamisen periaate- ja moni ammatillisuus näkökulmista. Hoitotyön kirjaamisen tiedot ovat nähtävissä potilastietojärjestelmissä erilaisille ammattikunnille. Tiedonhaku ei kuitenkaan aina ole helppoa esimerkiksi hoitohenkilökunnan elektronisten laitteiden huonon käyttötuntemuksen vuoksi. (HoiDok-hanke 2008.)

4.4 Hoitotyön prosessi ja sen vaiheet

livanaisen ja Syväojan (2008, 651) mukaan potilaan hoitotyön prosessi jaetaan viiteen osaluueeseen, jotka koostuvat hoidon tarpeesta/potilaan ongelmista, hoidon tavoitteista, suunnitelluista ja toteutuneista hoidon toiminnoista ja arvioinnista. HoiData-loppuraportissa (2009, 4) kansallisessa systemaattisessa kirjaamisessa hoitotyön prosessi jaetaan seitsemään pienempään osioon: tietojen keruusta, hoidon tarpeiden määrittämisen, tavoitteiden asetuksen, suunniteltujen toimintojen tavoitteiden saavuttamisen, hoitotyön toimintojen/toteutuksen, hoidon tuloksien kautta hoitotyön yhteenvetoon.

Ensimmäisessä vaiheessa kerätään potilaasta tietoja ja niitä analysoidaan. Osa näistä tiedoista saadaan ydintiedoista, kuten hoidon syy ja henkilötiedot. (HoiData 2009, 4). Potilas otetaan vastaan ja samalla alkaa hoitotyön suunnitelman laatiminen. Potilaalta kerätään tietoa yleensä lomakkeella, malleja on useita ja ne ovat sähköisten kirjaamisalustojen ohjaamia. Yksilöllinen ja turvallinen vastaanotto ja tietojen keruu on erityisen tärkeää potilaan näkökannalta, sillä potilaan ja sairaanhoitajan välinen yhteistyö rakentuu pitkälti luottamukselle, joka tässä vaiheessa luodaan. Potilas saa ymmärrettävää tietoa ja sairaanhoitaja tarvitseman työkalut hoitotyön suunnitelmaa varten. Tietoja kerätään ainoastaan hoidon ja hoitotyön kannalta tarpeellisista asioista. Kumulatiivinen tietojen keruu kartuttaisi vähitellen potilaan

tietoja ja jokainen seuraava toimipiste saisi edelliset tiedot käyttöönsä täydentäen niitä omalta osaltaan. Tietojen keruun ohella sairaanhoitaja tarkkailee potilasta ja hyödyntää tätä tietoa hoidon tarpeen arvioinnissa. Eettisen ongelman luo tulohaastattelussa tietojen keruun vähäisyys tai, että tietoja ei kerätä ollenkaan. Näin menetellessä potilaan ja hoitajan välille syntyy arvostiriita ja hoitaja voi menettää potilaan luottamuksen. Tämä vaikuttaa myös potilaan kokemukseen hoidon saajana, hän tuntee jäävänsä omassa hoidossaan ulkopuoliseksi ja tuntee olevansa vain tapaus muiden ohessa. Tämä johtaa potilaiden hoitoon samalla kaavalla ja yksilöllisyys jää sivuseikaksi. (Hallila 2005, 61 - 62.)

Toisessa vaiheessa määritellään hoidon tarpeet ja priorisoidaan eli laitetaan asiat tärkeysjärjestykseen hoidon kannalta (HoiData 2009, 4). Potilaan taustatietoja ja haastattelua käytetään hyväksi määriteltäessä hoidon tarpeita. Hoidon kannalta merkittävät tiedot ovat tavoitteet ja ongelmat. Tässä kohtaa käytetään hoidon tarveluokituksen ala- tai pääluokkaa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 651 - 652.) Toisaalta ongelmia havainnoidaan ja kirjataan paljon hoitotyön suunnitelmaan terveydenhuoltoalan ammattilaisten taholta, vaikka ongelmat eivät olisikaan samat, joita potilas kokee omikseen. Näin saattaa potilaan tiedoissa kulkea pitkäänkin virheellistä tietoa. On erityisen tärkeää, että potilaalta itseltään kysytään asiaa ja oikaistaan virheelliset tiedot. (Hallila 2005, 63.) Mäkilä (2007, 36) toteaa puheenvuorossaan hoitajien kokevan potilaan tarpeiden ja ongelmien nimeämisen vaikeaksi, koska hoitajat ovat epävarmoja ja arastelevat tuoda esiin oma näkemyksensä ongelman oikeellisuudesta. Josko hoitaja onkin valinnut väärän ongelman tai ei ole huomionnut kaikkia osatekijöitä. Kirjallisesti ilmaistuna sairaanhoitajat kokevat vaikeana myös esittää tarpeen määrittely potilaan kannalta katsottuna, silloin tärkeässä asemassa ovat potilaan taustatiedot. Määrittäessään potilaan ongelmia ja asettaessaan niihin tavoitteita sairaanhoitajalla on suuri vastuu tietojen oikeellisuudesta.

Kolmannessa vaiheessa asetetaan tavoitteet hoidon tarpeelle käyttäen hoidon tarveluokitusta (SHTaL). (HoiData 2009, 4). Hoitotyön ammattihenkilöt yhdessä suunnittelevat tavoitteet potilaan kanssa, joita ryhdytään toteuttamaan. Tarkistamalla potilaan hoidon tavoitteita tietyin väliajoin pystytään etenemään suunnitelman mukaisesti. (Ahoon ym. 2007.) Potilaan hoidon tavoitteet suhteutetaan potilaan tarpeiden mukaisesti. Fyysinen, sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky kartoitetaan. Tavoitteissa tärkeää on esille tulleiden ongelmien vähentäminen tai poistaminen tietyllä aikataululla potilaan näkökulmasta kirjattuna. (Iivanainen & Syväoja 2008, 652.) Hoitajaksolla voi olla päätavoite ja osatavoitteita ja näiden pitää olla arvioitavissa esimerkiksi asteikolla parantunut, ennallaan tai huonontunut, näin odotetut tulokset voidaan täsmentää (Ensio & Saranto 2004, 42). Tavoitteiden kirjaamista pidetään haastavana, koska ne ovat itsestään selviä. Tavoitteiden tulisi olla potilaslähtöisiä, parhaiten se onnistuisi yhdessä potilaan kanssa. Potilaan pitäisi myös pystyä saavuttamaan tavoitteet. (Mäkilä 2007, 37.) Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi on tärkeää kirjata potilaalle yksilöllisiä tavoitteita, joissa

otetaan huomioon potilaan oma osallistuminen tavoitteiden saavuttamiseksi. Oma osallistuminen potilaalta vaatii hoitajan tukea ja ohjausta. (Walle 1999, 89 - 90.) Tavoitteiden tulisi olla hoitoaikaan ja resursseihin nähden realistisia, mutta kaavamaisuutta tulisi silti välttää (Ensio & Saranto 2004, 43).

Neljännessä vaiheessa valitaan asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi sopivat toiminnot käyttäen apuna hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL) (HoiData 2009, 4). Hoitotyön periaatteet, potilaan omahoitoisuus, hoitovälineiden saatavuus ja henkilökunnan määrä otetaan huomioon, kun auttamismenetelmiä laaditaan. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653). Tämä vaihe on aiemmin kirjattu päivittäiseen toteutukseen ja siksi sen erottaminen omaksi alueekseen on haastavaa. Tässä korostuu sairaanhoitajan ammattitaito kun hän suunnittelee järkevän ratkaisun potilaan tavoitteelle. Myös mahdolliset komplikaatiot potilaan hoidossa tulisi sairaanhoitajan osata arvioida tässä vaiheessa, jotta hän voi niitä havainnoida ja minimoida hyvällä suunnittelulla. (Mäkilä 2007, 37.)

Viidennessä vaiheessa toteutetaan suunnitellut hoitotyön toiminnot (HoiData 2009, 4) noudattaen hyviä hoitotyön periaatteita. Näitä periaatteita ovat ammatillisuus, kokonaisvaltaisuus, omatoimisuus, turvallisuus, yksilöllisyys ja jatkuvuus. Tässä tärkeänä elementtinä on potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus. Potilaan omia voimavaroja pyritään vahvistamaan omaan hoitoonsa osallistuttamisella. Toteutuneet hoitotyön toiminnot kirjataan selkeästi. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653.) Hyvä ja kattava hoitosuunnitelma ohjaa sairaanhoitajaa kirjaamaan potilaan hoidosta oleellisia asioita. Nimetyt tarpeet tavoitteineen ja suunniteltuine toimintoinnein ohjaavat hoitotyön toteutuksen kirjaamista. Oleellisen asian tunnistaminen kirjattavaksi on silti haastavaa sairaanhoitajalle. Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen on vielä nykyäänkin paljolti hoitajalähtöistä tehtäväkeskeistä kirjaamista, vaikka oleellisempaa olisi kirjata toiminnot potilaslähtöisesti. Potilaan saama ohjaus on tärkeää kirjata potilastietoihin ja ymmärsikö potilas annetun ohjeen ja millainen mielipide ohjeesta potilaalla oli. Tämä on aiemmin kerrottu suullisesti, mutta kirjaaminen on jäänyt vähemmälle. (Mäkilä 2007, 37 - 38.)

Kuudennessä vaiheessa arvioidaan hoidon tuloksia (HoiData 2009, 4). Arvioinnissa kuvataan sanallisesti, kuinka hoitoprosessi on sujunut. Ovatko tavoitteet olleet realistiset ja päästiinkö niihin, onko mahdollisia lisä- tai jatkotavoitteita tullut esille. Myös potilaan oma kokemus hoidon tehosta kirjataan ylös, kokeeko potilas saaneensa apua ongelmaansa. Potilaan senhetkistä tilaa tarkastellaan asteikolla parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Iivanainen & Syväoja 2008, 654.) täydennettynä vapaalla tekstillä (HoiData 2009, 4). Jotta muutokset potilaan tilassa voidaan kuvata, arvioinnin kirjaamisessa voidaan käyttää apuna hoidon tarpeita, tavoitteita, luokituksia ja otsikointia toteutusvaiheesta (Ensio & Saranto 2004, 43).

Sairaanhoitajan tärkeä tehtävä on hoidon arviointi ja kirjaaminen. He saattavat potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat yhteneväisiksi ja toimivat potilaan etujen mukaan. Sairaanhoitaja huolehtii, että moniammatillinen työryhmä on ajan tasalla potilaan senhetkisestä tilanteesta sekä huolehtii potilaan hoidon tarpeet ja tavoitteet, jotta hoito pääsee etenemään suunnitellusti ja tavoitteellisesti eteenpäin. (Ahonen ym. 2007, 9.)

Hassinen ja Tantt (2007) raportoivat valtakunnallisen sähköisen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishanketta, jossa testattiin rakenteista hoitotyön yhteenvedoa kahden eri sairaanhoitopiirin alueella. Hoitotyön yhteenvedon testauksen lähtökohtana olivat kansalliset määräykset ja tutkittu tieto. Tämän lisäksi hankkeessa tehtiin ennen testausten käynnistämistä laaja kansallinen kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli selvittää, mitä asiasisältöjä hoitotieteen tutkimustiedon mukaan hoitotyön yhteenvedon pitäisi sisältää. Testausten tulosten perusteella hoitotyön hyvän yhteenvedon sisältö muodostuu hoitajan yksilöllisestä kirjoitustavasta riippuen yhteenvedonomaista koko hoitajakson ajalta. Kansallisia määräyksiä ja testauksen tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että hoitotyön rakenteinen yhteenvedo on erikoisalanäkymällä oleva tiivistelmä asiakkaan/potilaan hoitajaksolla saamasta hoidosta ja sen hetkisestä voinnista. Kirjaamisessa huomioidaan yksilöllisyys ja asiakkaan/potilaan kunnioittaminen sekä potilaslähtöisyys. Sisällöllisesti vapaa teksti tulee olla hoitotyön tarpeen määrittämisen ja toteutuksen osalta lyhyttä ja ytimekästä. Vastaavasti hoitotyön arviointi muodostuu arvioivasta ja kuvailevasta tekstistä. Hoitotyön yhteenvedon laadinnassa korostuu kokonaiskuva potilaan saamasta hoidosta.

Seitsemännessä vaiheessa kootaan yhteen hoitajakson kannalta tärkeitä tietoja potilaasta (HoiData 2009, 4). Yhteenvedossa arvioidaan ja kirjataan ylös potilaan tilassa tapahtunutta muutosta hoidon alkuun verrattuna, potilaan saama hoito ja keskeiset asiat hoidon kuluessa. Jatkohoito- ja lääkehoitotiedot kuuluvat myös hoitotyön yhteenvedoon. (Iivanainen & Syväoja 2008, 654.) Potilaan hoitoisuus näkyy yhteenvedossa numeerisesti ja sanallisesti (HoiData 2009, 4). Yhdessä epikriisin kanssa hoitotyön yhteenvedo muodostaa kokonaisuuden, joka auttaa jatkohoidon suunnittelua ja toteutusta. Vapaalla tekstillä laadittu yhteenvedo sisältää potilaan hoitajakson kulun. Yhteenvedon merkitys korostuu käytettäessä manuaalista järjestelmää, epikriisin kulku uuteen hoivapaikkaan saattaa viivästyä jopa viikoilla. Hoitajien kirjoittama kokonaisarvio hoitajaksosta nopeuttaa jatkohoivapaikan hoidon aloitusta. (Ensio & Saranto 2004, 43.)

4.5 Aivoverenkiertohäiriöpotilas

Aivoverenkiertohäiriössä aivokudoksessa olevat solut tuhoutuvat äkisti osaltaan sen vuoksi, että verenkierto häiriintyy. Tämä häiriö koituu Suomessa noin 14 000 henkilön kohtaloksi vuosittain. Heistä työikäisiä on neljäsosa. Aivoverenkiertohäiriöitä (AVH) erotetaan kaksi pääryh-

mää: aivoverisuonitukokset eli aivoinfarktit ja aivoverenvuodot, joista on käytetty usein myös yhteisnimitystä aivohalvaus. (Mustajoki 2011.)

Aivoverisuonitukos eli aivoinfarkti on sairaus, missä tukkeutuneen valtimon alueella oleva aivokudos jää ilman verenkiertoa ja happea. Siitä seuraa, että paikallinen osa aivokudoksesta menee pysyväan kuolioon. Tukkeuma saattaa johtua verihyytymästä valtimossa, mutta tämä voi syntyä myös esimerkiksi sydäimestä tai kaulavaltimosta tulleesta hyytymästä. Aivoverenvuodossa taas valtimosuoni repeää, jolloin veri pääsee vuotamaan joko aivoaineeseen (ICH) tai lukinkalvon alaiseen tilaan (SAV). (Käypähoito 2011.)

Aivoverenkiertohäiriö etenee normaalisti nopeasti. Aivoinfarktin usein esiin tuleva oirehdinta on yhden tai kahden raajan halvaus, joka tulee kehon toiselle puolelle. Tähän liittyy usein tuntohäiriöitä, kuten puutumista tai puuehäiriötä. Infarktin paikasta riippuu millaisia oireita tulee. Oireet voivat olla monenlaisia esimerkiksi suupielen velttous, häiriöitä näössä kuten kaksoiskuvan näkeminen sekä huimaaminen ja sekavuus. Särkyä päässä ei yleensä havaita. (Mustajoki 2011.)

Aivoverenvuoto muistuttaa paljon akuuttia aivoinfarktia. Verenvuodon suuruus ja sijainti vaikuttavat oireisiin. Tavallisesti oireena on toispuoleinen halvaus, joka tyypillisesti pahenee minuuteissa. Kovaa päänsärkyä esiintyy suhteellisen harvoin. Pahoinvointia, tajunnantason laskua ja tajuttomuuskouristuskohtauksia saattaa esiintyä. Verenpaine on yleensä hyvin korkea akuuttivaiheessa. Tyypillisesti oireet vaikeutuvat ensimmäisten päivien aikana vuotoon liittyvän turvotuksen lisääntyessä, lähes joka kolmannella potilaalla myös verenvuodon jatkumisen johdosta. (HUS 2007f.)

Akuuttivaiheen hoito aivoverenkiertohäiriössä pääsääntöisesti järjestetään aivoverenkiertohäiriöyksikössä. Kaikissa aivoverenkiertohäiriöissä huolehditaan alkuvaiheessa keskeisimmistä ruumiintoiminnoista: hengityksestä, hapetuksesta, verenkierrosta, neste- ja sokeritasapainosta, lämpötilasta ja eritystoiminnasta, ja ne normalisoidaan. (Kaste 2011.) Hoito akuuttiyksikössä kestää yhden ja viiden vuorokauden välillä, minkä jälkeen hoitoon siirrytään neurologiselle vuodeosastolle. Potilasta pyritään alusta saakka tukemaan päivittäisissä toiminnoissa kuntouttamisella. (VSSHP 2010.) Aivoverenkiertohäiriössä lääkinnällinen kuntoutus painottuu fysioterapiaan, toimintaterapiaan, puheterapiaan ja neuropsykologiseen kuntoutukseen yksilöllisesti potilaslähtöisesti. Kuntoutus aloitetaan heti potilaan tilan vakauduttua, kuntoutuminen on nopeinta ensimmäisten 2-3 kk:n aikana, aktiivisen kuntoutusvaiheen jälkeen siirrytään ylläpitävään kuntoutukseen. Aivoinfarktipotilailla, joille jää pysyvästi neurologinen puutosoireisto, ylläpitävä kuntoutus on elinikäistä. (Kaste 2011.)

Potilas on aina yksilö ja oireet, vointi ja jaksaminen otetaan kuntoutuksessa huomioon. Hoitettaessa potilasta hoitohenkilökunta on parhaassa asemassa seuraamassa ja arvioimassa ai-

voverenkiertohäiriön aiheuttamia toimintamuutoksia. Samalla hoitohenkilökunta voi antaa tukea ja tietoa sairauteen liittyen kaikkina vuorokauden aikoina. (VSSHP 2010.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Työryhmän tarkoituksena oli tuottaa Lohjan sairaalan osastolle 4 uusi toimintamalli, jossa hoitotyön kirjaamisessa otetaan potilaan voinnin väliarviointi huomioon. Kehittämistyö koostui nykytilanteen kuvaamisesta, teorian tiedon etsimisestä, ja uuden toimintamallin luomisesta.

5.1 Nykytilanteen kuvaus

Kirjaamisen harjoittelu aloitettiin koulussa jo syksyllä 2009 perehtymällä tarve- ja toimintoluokituksiin koulutehtävien muodossa. Alkukevästä 2010 alkoi Lohjan sairaalan kirjaamisprojekti ja opiskelijat tapasivat sairaalan työryhmän työpajassa. Teoriatietoa haettiin kirjaamisesta osasto 4:n erikoisalalta. Myös juurruttamisesta kerättiin opinnäytetyötä varten tietoa. Prosessikirjoitus projektin etenemisestä aloitettiin tiedon keruun yhteydessä, keväällä esitettiin myös alustava suunnitelma työn etenemisestä seminaarissa koululla. Syksyllä 2010 kartoitettiin osaston nykytilanteen kirjaaminen, menetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua, johon kysymykset (Liite 6) tehtiin yhteistyössä oppilaiden ja opettajien kanssa. Haastattelu litteroitiin ja sen pohjalta tehtiin työyhteisön hoitotyön kirjaamisen nykytilanteesta taulukko (Taulukko 1), joka vietiin osastolle tarkasteltavaksi ja kommentoitavaksi ennen osastotuntia syksyllä 2010.

Sisätautien osastolla 4 kirjaaminen tapahtuu manuaalisesti. Potilaan tullessa osastolle hänestä kirjataan perustiedot kuumetaulukkoon. Perustietoja ovat nimi, sosiaaliturvatunnus, diagnoosi, lääkkeet/läakelista, koska potilas on tullut, mistä potilas on tullut. Osastosihteeri huolehtii mahdollisista laboratoriokokeiden tilaamisesta jos sellaisia lääkäri on pyytänyt. Kirjattavat tiedot ovat peräisin lääkäriltä tai lähettävältä yksiköltä ja potilaan riskitiedot saadaan Miranda-ohjelmasta. Tietoja kirjataan kuumetaulukkoavakkeen lisäksi hoitosuunnitelmakaavakkeelle ja lääkekorttiin.

Hoidon suunnittelussa kirjataan potilaasta osastolle joutumisen syy, aikaisemmat sairaudet, hoitosuunnitelma tehdään hoitajalähtöisesti, kokonaisuhoitosuunnitelma tehdään Rafaelan hoitoisuusluokituksen mukaisesti. Tiedot saadaan lääkärintekstistä ja hoitotyösuunnitelmalomakkeen mukaan. Tiedot potilaasta kirjaa lomakkeelle sairaanhoitajien lisäksi myös lähihoitajat ja perushoitajat. Kaikki potilaaseen liittyvät paperit pidetään potilaalle kootussa kansiossa. Potilaan vointia seurataan päivittäin papereista lukemalla ja vuoron vaihteessa pidettävillä suullisilla raporteilla, samalla suunnitellaan jatkohoitoa lääkärin teksteihin ja suulliseen ilmoitukseen perustaen.

Hoidon toteutusvaiheessa potilaan papereihin kirjataan mahdollisimman reaaliaikaisesti potilaalle tehdyt toimenpiteet, lääkkeiden antoajat ja antoreitit, potilaan reagointi lääkkeisiin kirjataan samoin kuin sen hetkinen vointi. Tiedot papereihin kirjaa se henkilö, joka potilaan kanssa kulloinkin toimii, esimerkiksi fysioterapeutti. Kaikki tiedot kirjataan potilaskansioon, jossa on myös lääkekortti. Kansiota päivitetään tarvittaessa, joskus useastikin vuoron aikana. Tilaa päivittäiselle kirjaamiselle on yksi A4-lomake, joka on jaettu kolmeen osaan: aamu-, iltta- ja yövuorojen kesken. Tilan vähäisyydestä johtuen kirjaaminen on hyvin lyhytsanaista ja käsialalla kirjoitetusta tekstistä lukeminen joskus haasteellista. Jatkohoitoa suunnitellessa käydään läpi hoidon toteutusta sivu sivulta.

Hoidon arvioinnissa kirjataan esimerkiksi potilaan toipumiseen, liikkumiseen, lääkkeen vaikutukseen ja hengitykseen liittyviä asioita. Kirjaamiseen osallistuvat kaikki ammattiryhmät, jotka ovat olleet potilaan kanssa tekemisissä hoidon aikana. Arviointi kirjataan potilaskansioon, josta tietoja luetaan päivittäin suullisen raportin lisäksi.

Hoitopro- sessin vai- he:	Mitä tietoja kirja- taan?	Mitä tapah- tumia tietoon liittyy? (edel- lyttääkö se toimintaa ennen kir- jaamista)	Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin?	Minne ja moneenko paikkaan tieto kirja- taan?	Miten tätä tietoa hyödynnetään ?
Tulotilanne	Perustiedot: nimi, sotu, diagnoosi, lääkkeet, koska potilas on tullut, mistä potilas on tullut (kuumetau- lukko)	Mahdolliset lab.kokeet ja tutkimukset seuraavalle päivälle, os.siht. huo- lehtii	Lääkäriltä, Miranda- ohjelmasta saadaan riskitiedot	Kuumetaulukkokaa- vakkeelle, hoitosuun- nitelmakaa-vakkeelle, lääkekorttiin	Tehdään hoitosuunni- telma, hoitotyön ko- konais-suunnitelma
Hoidon suunnittelu	Osastolle joutumi- sen syy, aikaisem- mat sairaudet, hoitosuunnitelma, kokonaishoitosuun- nitelma Rafaelan mukaan -> hoitoi- suus-luokitus		Sairaanhoidaja, lähihoitaja, pe- rushoitaja kirjoitta- vat lääkärintekstistä, lomakkeen mukaan hoitosuunnitelmaa	Papereihin (kansioon) kokonaishoitosuun- nitelmakaavakkeelle	Päivittäin seurataan potilaan vointia pape- reista + suullinen raportointi -> jatko- hoidon suunnittelu
Hoidon toteutus	Mitä on tehty, mitä on annettu, miten potilas on reagoi- nut, vointi	Hoitotoi- menpiteet tehdään ensin, sitten kirja- taan	Sairaanhoidaja, lähihoitaja, pe- rushoitaja, fysio- rapeutti, osastonhoi- taja, toimintaterapeu- tti, puheterapeutti, (tarvittaessa kaik- ki ammattiryhmät)	Potilaskansioon, jos tulee lääkemutoksia, ne päivitetään myös lääkekorttiin, joskus useammankin kerran kun	Jatkohoitoa suunnitel- lessa
Hoidon arviointi	Esim. toipumiseen, liikkumiseen, lääk- keen vaikutukseen, hengitykseen liitty- viä asioita		Sairaanhoidaja, lähihoitaja, pe- rushoitaja, fysio- rapeutti, osastonhoi- taja, toimintaterapeu- tti, puheterapeutti, (tarvittaessa kaik- ki ammattiryhmät)	Potilaskansioon seu- rantakaavakkeelle	Päivittäin katsotaan potilaskansiot potilaan voinnista + suullinen raportointi

Taulukko 1: Nykytilanteen kuvaus

Osastotunnilla oli runsaasti hoitohenkilökuntaa ottamassa kantaa tämänhetkiseen kirjaamistapaan ja mielipiteitä tuli paljon kehittämiskohteista. Esille saatiin yhteisesti nostettua kolme kehittämismahdollisuutta tulotilanne, väliarviointi ja loppuarviointi. Näistä valittiin myöhemmin Laurea Lohjan luentosalissa pidettävässä posterinäyttelyssä yksi vaihtoehto, johon keskityttiin. Tässä vaiheessa hoitohenkilökunta totesi arvioinnin olevan osastolla vähäistä, kirjattiin lähinnä hoitotoimenpiteet ja lääkkeiden saannit hoitajan näkökulmasta ilmaistuna.

Loppusyksystä 2010 oli yksikön prosessikuvaus nykytilanteesta ja kehittämiskohde-ehdotukset yhteisessä tapaamisessa esillä postereina Laurea Lohjan auditoriossa. Samassa tilaisuudessa valittiin kehittämiskohteet kullekin työryhmälle, osasto 4 sai hoidon suunnitteluun sisällytettäväksi kehittämiskohteeksi potilaan voimien väliarvioinnin. Opiskelijoille annettiin tehtäväksi etsiä tutkittua ja teoreettista tietoa kehittämiskohteesta ja pitää aiheesta myöhemmin osastotunti henkilökunnalle. Laurea Lohjan posteriesityksessä kerrottiin myös muutoksen merkityksestä hoitotyössä ja kehitystyössä. Tilaisuudessa tuli työyhteisölle vielä tehtäväksi kehittää tyypillinen potilascase (Liite 3) neurologisesta potilaasta, joka myöhemmin muutettaisiin prosessimallin mukaiseksi.

Yhteisessä tapaamisessa marraskuun puolivälissä Lohjan sairaalan auditoriossa työyhteisölle tuli tehtäväksi työstää työyhteisön tekemä potilascase (Liite 4) osaston prosessimallin mukaisesti, tämä liittyi hoitotyön prosessin ydintietojen kirjaamisen tutustumiseen. Seuraavaksi opiskelijat työstivät saman potilascasen (Liite 5) käyttäen toiminto- ja tarveluokituksia. Osasto 4:llä hoitotyöntekijät ovat saaneet aiempaa koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen FinCC hoidon tarve- ja toimintoluokituksen mukaan. Koulutuksessa on tehty casetehtäviä potilasesimerkeistä paperiversioina. Tapaamisessa yhteisen hankkeen esittelyssä Lohjan sairaalan auditoriossa osaston henkilökunnan innostus uuden sähköisen kirjaamistyökalun käyttöönottoon oli suuri, koska sähköisen kirjaamisen mallin odotettiin helpottavan työntekoa. Hankalana tekijänä koettiin sijaisten suuri vaihtuvuus sekä sähköisen kirjaamismahdollisuuden puute.

Lokakuussa 2010 sairaalan auditorion työpajassa kokoontui työryhmä kuuntelemaan hoitoprosessin kirjaamista ja juridiikkaa, mukana kaikilla osallistujilla oli nykytilanteen kuvaustaulukot. Taulukoita käytiin läpi osaston kehittämishankkeeseen osallistuvien ja opiskelijoiden kesken. Opiskelijat olivat myös yhteydessä osaston yhdyshenkilöön, joka tiedotti hankkeen etenemisestä ja yleisestä kehitysilmapiiiristä työn edetessä.

Tiedon haun pajassa marraskuun lopulla 2010 Laurea Lohjan tietotekniikkaluokassa työryhmä ja opiskelijat hakivat yhdessä tietoa kehittämiskohteesta. Tämän jälkeen opiskelijat hakivat itsenäisesti tietoa ja kirjoittivat prosessia eteenpäin.

Keväällä 2011 järjestettiin Lohjan sairaalan auditoriossa tilaisuus, missä osastot saivat esitellä kehitystyötään. Jokaisesta työryhmästä oli paikalla sekä opiskelijoita että osastojen henkilökuntaa. Kaikki opinnäytetyöt olivat aikataulussa ja kehitystoimintaa oli tapahtunut.

5.2 Kehittämiskohteen valitseminen

Osastolla oltiin kiinnostuneita arvioinnin uudesta kirjaamisen mallista ja haluttiin heti päästä kirjaamaan arviointia. Kirjaamishankkeeseen kuuluvat hoitajat olivat muuttaneet vanhaa hoitotyön suunnitelmakaavaketta (Liite 2) uuteen malliin sopivammaksi, siinä väliarvioinnilla oli selkeä paikka. Uutta hoitotyön suunnitelmakaavaketta (Liite 1) oli jo käytetty heti vuokaavion hyväksymisestä lähtien aivoverenkiertopotilaiden hoidossa. Osaston työryhmän mielestä työyhteisö oli ottanut uuden kaavakkeen myönteisesti vastaan ja muutaman viikon harjoittelun jälkeen työyhteisö päätti ottaa uuden kaavakkeen käyttöön koko osastolla, tämä selkeytti hoidon arviointia kaikkien potilaiden kohdalla.

Kirjaamisen hankkeen yhteisessä seminaarissa esiteltiin alkukevästä 2011 jokaisen osaston uudet toimintamallit ja siihen liittyvää työskentelyprosessia. Toimintamallin esittämisen jälkeen osastonhoitaja lähetti arviointilomakkeen sähköisessä muodossa työyhteisölle, johon odotettiin mahdollisimman monen vastaavan. Näistä vastauksista opiskelijat työstivät yhteenvedon. Hoitohenkilökunta on voinut kirjata asioita paperille ja niistä on keskusteltu tapaamis-kerroilla sekä pyritty kehittämään toimintatapaa eteenpäin. Kirjaamishankkeen tuotokset ovat olleet osastojen 4A ja 4B hoitohenkilökunnan käytössä kevästä 2011.

5.3 Uusi hoitotyön suunnitelma

Uusi hoitotyön kirjaamisen väliarviointi (Kuvio 3) alkaa potilaan saapuessa osastolle. Ensin hoitajan kanssa tehdään tulohaastattelu sekä lääkäri kartoittaa potilaan tilannetta ja diagno-soi tarpeen mukaan. Tarvittaessa voidaan tehdä vielä jatkotutkimuksia diagnoosin varmistamiseksi, jolloin ohjataan potilas laboratorioon tai röntgeniin. Potilas tavataan moniammatillisessa työryhmässä, jossa mietitään potilaan hoidon suunnitelmaa yhdessä lääkärin, sairaanhoitajan, perushoitajan, fysioterapeutin ja toimintaterapeutin kanssa. Tarpeet ja voimavarat, välitavoite ja tavoite sekä hoitotyön toiminnon suunnittelu kuuluvat hoitosuunnitelman tekkoon, joka kirjataan potilaan tietoihin. On tärkeää, että kirjaaminen on yksilöllistä ja voidaan määritellä yhdessä kuka ja mitä tekee, lisäksi milloin ja kuinka usein. Hoitajat havainnoivat potilaasta paljon myös tietoa esimerkiksi keskustelujen yhteydessä, joka on tärkeää tietoa potilaan voinnin seurannassa ja sen kehittymisessä.

Toteutunut hoitotyö arvioidaan jokaisella kirjaamiskerralla uudelleen. Millä tavalla tavoitteet on saavutettu tai miten tarpeita tai voimavaroja tulee muuttaa. Jos potilaan hoidon tarve on poistunut eikä hän enää tarvitse hoitoa, potilas siirtyy kotiuttamiseen tai jatkohoitoon toiseen

5.4 Työryhmän tuotoksen ja toiminnan arviointi

Hoitotyön arvioinnilla selvitetään, hoitotyön tehokkuutta. Arvioinnin on oltava jatkuvaa sekä sitä tulee huomioida prosessimallin jokaisessa vaiheessa. Aivan potilaan ensitapaamisesta lähtien tulee arvioida, esitietojen riittävyys, onko potilaan tarpeet huomioitu kokonaisvaltaisesti ja onko tarvetta priorisoida ongelmia edelleen vai ovatko hoitotyön auttamismenetelmät olleet tehokkaita. Arviointia potilaan voinnista jatketaan prosessimallin jokaisessa vaiheessa. Jos tietyillä hoitotyön keinoilla ei päästä toivottuun tulokseen, otetaan potilaan ongelmien ratkaisuun toisenlainen menettelytapa. (Hallila 1998.)

Kehittämistyön arvioinnissa tarkastellaan muutosprosessia ja tuodaan esille työn keskeisimpiä piirteitä ja luonnetta. Tavoitteena ei ole ainoastaan vain hyvät tulokset, vaan yhdessä työyhteisön kanssa läpikäyty prosessi tuloksineen. Arviointia on oppimisprosessissa, jossa jatkuva muutos tarvitsee tuotettua tietoa kehittyäkseen eteenpäin. (Seppänen-Järvelä 1999, 91 - 94.) Kehittämistoiminnassa arviointi edesauttaa hanketta pysymään oikeassa suunnassa tavoitteen nähdessä ja siinä saadaan esille toimintatapa, saavutetut tavoitteet tai vaikutukset ja tulokset (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 88).

Koko kehittämistyön ajan tehdään arviointia. Aikaisemmissa vaiheissa sen tehtävänä on toimia palautteenantokanavana ja mahdollisesti suunnata työtä uudelleen. Lopussa arvioinnin tarkoituksena on näyttää onnistumisaste kehittämistyössä. Arvioinnissa tietoa kerätään ja analysoidaan suunnitelmallisesti, jotta tulosten pohjalta vertailemalla lähtötilanteeseen voidaan kehittämissä toiminnan vaikutuksia tarkastella ja seurata työn etenemistä. Jotta arviointi olisi paikkansa pitävää, on tavoitteiden, panosten, prosessin ja aikaansaannosten tunnistus ja tarkka kuvaaminen olennaista. Arviointia voidaan tehdä yksilön, ryhmän tai organisaation kannalta katsoen. Tarkastelussa on usein suunnittelu, tavoitteiden selkeys ja saavuttaminen, käytetyt menetelmät, johdonmukaisuus, vuorovaikutus ja sitoutuminen. Arvioitaessa kehittämistyön tuloksia, voidaan tarkastella esimerkiksi työn helppokäyttöisyyttä, merkittävyyttä, muihin yhteyksiin soveltuvuutta, neutraalisuutta, toistettavuutta ja yksinkertaisuutta. Arviointeja tehtäessä voidaan käyttää hyödyksi havainnointia, kyselyjä, haastatteluja ja dokumenttianalyysiä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 47 - 48.)

Arvioinnin tarkoitus on olla oppaana seuraaville kehittämistoimille, joten kuvaukset haasteista ratkaisuihin ja vaikutuksiin on hyvä tuoda esille. Oleellista on tuoda esille myös onnistumiset ja niihin vaikuttaneet valinnat ja kehitystyön myötä tulleet uudet kysymykset ja ideat. (Virkki & Somermeri 2000, 72.)

Kehittämistyön arvioinnissa tarkastellaan muutosprosessia ja tuodaan esille työn keskeisimpiä piirteitä ja luonnetta. Tavoitteena ei ole ainoastaan vain hyvät tulokset, vaan yhdessä työyhteisön kanssa läpikäyty prosessi tuloksineen. Arviointia on oppimisprosessissa, jossa jatkuva

muutos tarvitsee tuotettua tietoa kehittyäkseen eteenpäin. (Seppänen-Järvelä 1999, 91 - 94.) Kehittämistoiminnassa arviointi edesauttaa hanketta pysymään oikeassa suunnassa tavoitteen nähdessä ja siinä saadaan esille toimintatapa, saavutetut tavoitteet tai vaikutukset ja tulokset (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 88).

Kirjaamisen hankkeen yhteisessä seminaarissa esiteltiin alkukevästä 2011 jokaisen osaston uudet toimintamallit ja siihen liittyvää työskentelyprosessia. Toimintamallin esittämisen jälkeen hankkeen osastonhoitaja lähetti työyhteisölle arviointilomakkeen sähköisessä muodossa, johon odotettiin mahdollisimman monen vastaavan. Näistä vastauksista opiskelijat työstivät yhteenvetöä. Hoitohenkilökunta on voinut laittaa asioita paperille ja niistä on keskusteltu tapaamiskerroilla sekä pyritty kehittämään toimintatapaa eteenpäin. Kirjaamishankkeen tulokset ovat olleet osastojen 4A ja 4B hoitohenkilökunnan käytössä kevästä 2011.

5.5 Kyselyn toteutus

Arviointikysely lähetettiin sähköpostikyselynä 46 hoitajalle sisätautiosastolla. Henkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, apulaisosastonhoitajat, sairaanhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat. Kysymyksiä oli 23 kappaletta. Viisi ensimmäistä kysymystä kartoitti vastaajan taustatietoja. Neljä seuraavaa kysymystä kartoitti oppimista ja kasvua eli osaamista. Vastausvaihtoehtoina oli 0 = en osaa sanoa, 1 = ei lainkaan, 2 = jonkin verran, 3 = paljon, 4 = erittäin paljon. Lopuksi pyydettiin vielä perustelut näille neljälle vastaukselle. Seuraavat kuusi kysymystä koskivat kehittämisprosessia ja juurruttamista, vastausvaihtoehtoina oli 0 = en osaa sanoa, 1 = heikosti, 2 = tyydyttävästi, 3 = hyvin, 4 = erittäin hyvin, lopuksi pyydettiin perustelut. Kehittämissankkeen tuomasta hyödystä prosessille kysyttiin kolmessa seuraavassa kohdassa vastausvaihtoehtoilla 0 = en osaa sanoa, 1 = ei lainkaan, 2 = jonkin verran, 3 = paljon, 4 = erittäin paljon, perusteluineen ja kolmessa seuraavassa kyllä/ei periaatteella, perusteluineen. Kehittämissankkeen tuottamaa hyötyä asiakkaalle kysyttiin kahdessa viimeisessä kysymyksessä, vastausta pyydettiin sanallisessa muodossa.

Arviointikysely toteutettiin sähköisesti, vastaukset saatiin opiskelijoiden sähköpostiin Excell- taulukkomallissa oppilaitoksen kautta, joten opiskelijoilla ei ollut missään vaiheessa mahdollisuutta tietää vastaajien henkilötietoja ja näin vastaajien anonymiteetti säilyi. Vastausten vähyys saattoi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen alentavasti, toisaalta kysymykset olivat kaikille kirjaamisen hankkeeseen osallistujille samat ja yleisesti kirjaamisesta saadut tulokset tasapainottavat tässä työssä saatuja lukuja. Opinnäytetyössä on ulkopuoliset lähteet merkitty asianmukaisin lähdeviittein.

6 Arvioinnin tulokset

Arviointikyselyn vastanneita oli 16 eli 34,7 % vastasi kyselyyn. Vastaajien taustatiedoista on tehty taulukot asiaa selventämään.

Ikä	Henkilömäärä
Alle 20 vuotta	0
21-30 vuotta	2
31-40 vuotta	2
41-50 vuotta	5
51-63 vuotta	7
Yli 64 vuotta	0

Taulukko 2: Vastanneiden n = 16 ikäjakauma

Vastaajista suurin osa oli 41 - 63-vuotiaita, 21 - 40-vuotiaita vähemmän. Alle 20-vuotiaita ja yli 64-vuotiaita ei ollut lainkaan.

Koulutus	Henkilömäärä
Perushoitaja/lähihoitaja	5
Mielenterveyshoitaja/lähihoitaja	0
Lastenhoitaja/lähihoitaja	0
Lääkintävahtimestari	0
Sairaanhoitaja/erikoissairaanhoitaja	11
Kätilö	0

Taulukko 3: Vastanneiden koulutus pohja

Yli puolet vastaajista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia/erikoissairaanhoitajia, perushoitaja/lähihoitajat olivat vähemmistössä.

Työvuodet	Henkilömäärä
0-5 vuotta	2
6-15 vuotta	4
16-25 vuotta	3
Yli 26 vuotta	7

Taulukko 4: Vastanneiden työkokemus vuosissa

Vastaajien työkokemuspohja vuosissa oli laajakirjoinen, painottuen kuitenkin yli 26 vuotta töissä olleisiin.

Edustus hankkeessa	Henkilömäärä
Työyksikkökohtaista työryhmää (2-4 hlöä)	13
Työyksikkösi hoitohenkilökuntaa	10
Työyksikön esimiehiä	3

Taulukko 5: Rooli kirjaamishankkeessa

Vastaajia oli esimiestasolta, hoitohenkilökunnasta yli puolet, joihin lisäksi kuului vielä työryhmän jäseniä. Kaikki vastaajat kokivat osallistuneensa tähän hankkeeseen.

Kysymykset 6 - 9 kartoittivat oppimista ja kasvua.

	0 = En osaa sanoa	1 = Ei lainkaan	2 = Jonkin verran	3 = Paljon	4 = Erittäin paljon
Oma oppiminen kirjaamishankkeen aikana	3	2	10	1	0
Henkilökunnan osaamisen lisääntyminen kirjaamishankkeen aikana	5	5	5	1	0
Käytännön kokemus vaikutti kirjaamistavan muodostumiseen	3	6	4	2	1
Osaston työryhmän etsimän tiedon vaikutus kirjaamistavan muotoutumiseen	5	7	3	1	0

Taulukko 6: Kysymykset 6 - 9, oppiminen ja kasvu hankkeen aikana

Oma oppiminen oli lisääntynyt ainakin jonkin verran suurimman osan mielestä. Osa ei osannut kertoa oppimisestaan ollenkaan ja muutama koki, ettei ollut oppinut lainkaan uutta. Henkilökunnan osaamisen lisääntyminen jakautui melko tasan jonkin verran-, ei lainkaan- ja en osaa sanoa-alueille. Käytännön kokemuksen edistävää vaikutusta kirjaamistavan muodostumiseen eivät kokeneet vajaa puolet työyhteisön jäsenistä. Yli puolet sen sijaan kokivat kokemuksen auttaneen kirjaamistavan kehittymiseen. Osa vastaajista ei osannut sanoa vaikuttavuuteen mitään. Osaston työryhmän etsimän tiedon vaikutusta kirjaamistavan muotoutumiseen koki hyödyttömäksi suurin osa, ei osaa sanoa-henkilöiden rinnalla. Vähemmistön mielestä etsityn tiedon vaikutus oli jonkin verran tai paljon.

Kysymyksiin 6-9 perusteluja kysyttäessä osa henkilökunnasta ei tiennyt työryhmän olemassaolosta ollenkaan. Toisaalta tiedettiin osan henkilökunnasta käyneen koulutuksissa, mutta kirjaamisen ei koettu muuttuneen aiemmasta. Kirjaamiseen aiemmin tutustuneet eivät kokeneet saaneensa uutta tietoa asiasta. Sähköistä kirjaamista odotellaan konkreettisesti käyttöön ennen kuin muutosta kirjaamiseen odotetaan tapahtuvan. Hankkeen vähäinen aika haittasi vaikuttavuuden mittaamista esimerkiksi henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi.

Kysymykset 10 - 15 kartoittivat kehittämis- ja juurruttamisprosessia.

	0 = En osaa sanoa	1 = Heikosti	2 = Tyydyttävästi	3 = Hyvin	4 = Erittäin hyvin
Oma edistyminen kehittämisprosessissa	3	6	7	0	0
Onnistuminen työn ja kehittämisprosessin yhdistämisessä	6	5	4	1	0
Esimiehet ovat antaneet mahdollisuuksia kehittämisprosessiin	4	8	0	4	0
Ylihoitajien antamat mahdollisuudet toteuttaa hanketta käytäntöä edistävasti	4	8	2	2	0
Työyksikön osallistuminen kehittämisprosessiin	5	3	8	0	0
Työryhmän kehittämisprosessin edistäminen	5	4	6	1	0

Taulukko 7: Kysymykset 10 - 15, kehittämis- ja juurruttamisprosessi

Omaa edistymistä piti tyydyttävänä alle puolet vastaajista, heikkoa osaamisen parannusta oli nähtävissä myös alle puolella, loput eivät osanneet sanoa. Hyvin ja erittäin hyvin ei ollut vastannut kukaan. Työn ja kehittämisprosessin onnistunutta yhdistämistä tyydyttävästi tai hyvin koki pieni osa vastaajista. Heikosti tai asiasta ei osannut sanoa vastasi suurin osa. Esimiesten antamat mahdollisuudet kehittämisprosessiin jakoi mielipiteitä; puolet henkilöstöstä olivat sitä mieltä, että heikosti olivat saaneet mahdollisuuksia. Neljäsosa oli saanut hyvin mahdollisuuksia ja neljäsosa ei osannut sanoa. Puolet henkilöstöstä oli sitä mieltä, että ylihoitajien antamat mahdollisuudet käytännön toteutuksesta olivat heikot ja neljäsosa ei osannut sanoa mitään. Loput äänet jakautuivat tasan tyydyttävästi ja hyvin mahdollisuuksia saaneiden kesken. Työyksikön osallistumisesta kehittämisprosessiin koki puolet tyydyttävästi, hieman alle puolet eivät osanneet sanoa ja heikosti koki vajaa neljäsosa. Työryhmän kehittämisprosessin

edistämisen koki tyydyttävästi tai hyvin alle puolet vastaajista, neljäsosa koki edistämisen heikoksi ja hieman yli neljäsos ei osannut sanoa.

Kysymyksiin 10 - 15 perusteluja tuli vähänlaisesti. Niissä nähtiin osaston kiireen ja hälinän vaikeuttavan kehittämishankkeen miettimistä ja koulutuksiin ehtimistä ajoissa. Myös palautteen puutetta harmiteltiin. Osa henkilökunnasta koki jääneensä kokonaan ilman kirjaamishanke-informaatiota.

Kysymykset 16 - 21 kartoittavat kehittämishankkeen tuottamaa hyötyä prosessille.

	0 = En osaa sanoa	1 = Ei lainkaan	2 = Jonkin verran	3 = Paljon	4 = Erittäin paljon
Hoitotyön kehittämisen kiinnostavuuden lisääntymisen kehittämishankkeen aikana	4	6	6	0	0
Keskustelun lisääntyminen kirjaamis-tavoista kehittämishankkeen aikana	1	2	9	4	0
Uusien ideoiden syntyminen hoitotyön kehittämiseksi kehittämishankkeen avulla	7	3	6	0	0

Taulukko 8: Kysymykset 16 - 18, kehittämishankkeen tuoma hyöty

Hoitotyön kehittämisen kiinnostavuuden lisääntymistä kehittämishankkeen aikana koki hieman alle puolet jonkin verran, saman verran vastaajista ei kokenut kiinnostumisensa lainkaan kohonneen ja neljäsosa ei osannut sanoa. Kirjaamisesta lisääntyntä keskustelua koki paljon neljäsos vastaajista, hieman yli puolet henkilöstöstä koki keskustelun lisääntyneen jonkin verran, hieman alle neljäsosa ei kokenut keskustelun lisääntyneen lainkaan ja loput eivät osanneet sanoa. Uusien ideoiden syntymistä hoitotyön kehittämiseksi kehittämishankkeen avulla koki jonkin verran hieman alle puolet vastaajista, alle neljäsos ei kokenut uusia ideoita syntyneen lainkaan ja vajaa puolet ei osannut sanoa.

	1 = Kyllä	2 = Ei
Onko hankkeessa yhdessä kehitetty kirjaamisen tapa otettu yksikössäsi käyttöön	5	11
Onko uusi kirjaamisen tapa suunniteltu käyttöönotettavaksi työyksikössäsi	8	8
Oma näkemys uuden kirjaamisen tavan käyttöönottomahdollisuudesta työyksikössäsi	11	5

Taulukko 9: Kysymykset 19 - 21, kehittämishankkeen tuoma hyöty

Hankkeessa yhdessä kehitetty kirjaamisen tapa on otettu käyttöön hieman yli neljäsosan mielestä, kun taas reilusti yli puolen mielestä tapaa ei ole otettu käyttöön. Puolet vastaajista olivat sitä mieltä, että uusi malli olisi suunniteltu käyttöönotettavaksi työyksikössä. Toinen puoli epäili, ettei uutta kirjaamisen tapaa otettaisi käyttöön. Uuden kirjaamisen tavan käyttöönottomahdollisuudesta kyllä vastasi reilusti yli puolet, kun taas hieman yli neljäsosa epäili käyttöönottoa yksikössä.

Ajan puute isolla kiireisellä osastolla hankaloitti kehittämishankkeen pohdintaa työn lomassa. Toisaalta henkilökunta luottaa uuden kirjaamistavan tulevan sähköisen kirjaamisen myötä käyttöön, mutta kummasteli kirjaamisen käyttöönottoa ensin ja sitten vasta sen suunnittelua.

Kysymys 22 kartoitti hoitajien mielipidettä asiakkaan hyötymisestä kehittämishankkeen pohjalta, tähän vastattiin vapaalla tekstillä.

Uuden kirjaamisen tavan uskottiin lisäävän potilaan turvallisuutta ja katsottiin selkeän, lyhyen ja ytimekkään hoitoprosessin toteutuvan kiinnitettäessä tarkempaan kirjaamiseen huomiota. Suunnitelmallisuuden uskottiin lisääntyvän kirjatun väliarvioinnin toteutuessa. Osa vastaajista epäili kehityskohteena olleen systemaattisen väliarvioinnin hyötyä tulevassa sähköisessä kirjaamisessa. Pelkona hoitohenkilöstöllä oli potilaiden saavan vain pakolliset hoidot hoitajien ajan kuluessa koneen ääressä.

23. Muuta palautetta, jota haluat antaa? Lopuksi sai antaa yleistä palautetta.

Loppupalautteessa todettiin hoitotyön kirjaamisen olevan vielä alkutekijöissään, tiedonkulusa olisi parannettavaa, hanketta pidettiin epäselvänä. Suunnittelu hankkeen ympärillä sai moitteita etenkin työaikojen sovittamisessa hankkeeseen sopiviksi.

6.1 Arviointi

Hoitotyön prosessimalli ja systemaattisuus kirjaamisessa, niiden sisäistäminen auttaa hoitohenkilöstön kirjaamista jatkossakin. Kirjaamismalleja ja uudistuksia saattaa tulla myöhemminkin ja hoitohenkilöstö joutuu opiskelemaan uutta jatkuvasti pysyäkseen mukana työn vaatimalla tasolla. Voi mennä vielä vuosia ennen kuin koko Suomen kattava toimiva potilasasiakirjajärjestelmä saadaan kehitettyä käyttöön. Tältä katsantokannalta ajatellen uuden oppiminen prosessissa vähitellen on helpompaa kuin yhden ison kokonaisuuden omaksuminen kerralla. Systemaattisuus ja prosessimalli toimivat muissakin hankkeissa, ei ainoastaan tässä työssä.

Opinnäytetyötä aloittaessa korostettiin työparin keskinäisen yhteistyön sujuvuutta ja samankaltaisen työmoraalin tärkeyttä. Erilaiset työskentelytavat prosessissa vaikuttivat työn muodostumiseen ja työskentelytuloksiin.

Työskentelyn oppiminen erilaisten ihmisten kanssa oli haastavaa, opettavaista ja erittäin hyödyllistä. Vuorovaikutustaidot ja dialogisuus ovat kehittyneet, niitä tarvitaan tulevissa työpaikoissa potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi. Prosessin aikana kirjaaminen hoitotyössä on noussut esiin turvallisuustekijänä potilaalle ja hoitajalle, ei hoitajan taakkana.

Työyhteisöltä saimme kannustusta ja työmotivaatiota lisää, kun totesimme työyhteisön olevan oikeasti kiinnostunut kirjaamisen kehittämisestä. Työyhteisö edisti itsenäisesti omaa työtään osastolla ja otti uuden tavan heti käyttöön.

Jatkossa olisi hyvä olla jo olemassa olevan teorian tiedon hyödyntäminen paremmin tai eri lailla, ettei jokaisen opiskelijaryhmän tarvitsisi aloittaa työtänsä aina alimmalta portaalta. Myös erilaisten teorioiden hahmotus työssä voisi helpottua jos olisi jokin yhteinen kaavio tai kuvio, mikä yhdistäisi hajanaiset palaset yhdeksi kokonaisuudeksi. Tietysti pieni pala kerrallaan on hyvä tapa tehdä suuri työ, mutta hajanaisuus syö koko kuvan hahmotusta.

Olemme joka tapauksessa saaneet olla mukana kehittämässä tulevaa työtämme juurrutusmenetelmää käyttäen ja se on tuonut meille uuden ulottuvuuden oppimisympäristönä. Olemme kehittyneet tutkitun tiedon hakemisessa ja sen hyödyntämisessä opinnäytetyössä.

Muutokseen sitouttaminen on ollut merkittävä huomio omassa oppimisessa, muutoksen on lähdettävä meistä itsestä ja taitava johtaminen on siinä tärkeässä roolissa jatkokoulutusmotivaation ylläpitäjänä.

Kehittämisideana ajattelimme, että rakenteisen kirjaamisen tukeminen uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotossa olisi hoitohenkilökunnan kannalta hyödyllistä. Hoitohenkilökunnalle voitaisiin järjestää lisää koulutuksia muun muassa erilaisten potilascase esimerkkien avulla.

On tärkeää, että sairaanhoitajaopiskelijoiden harjoittelujaksoilla harjoiteltaisiin myös uuden kirjaamisen mallin mukaisesti prosessikirjaamista, johtamisen merkitys tässä tulisi näkyä paremmin. Lisäksi jatkossa olisi hyvä tutkia miten hoitohenkilökunta on omaksunut FinCC-luokitusten käytön työelämässä. Tuleviin kehittämisprojekteihin lähteville sairaanhoitajaopiskelijoille, tulisi saada riittävä koulutus kehitettävästä aiheesta.

Lähteet

Ahonen, O., Karhu, J., Kinnunen, R., Ora-Hyytiäinen, E., Soikkeli, T. 2006. The New Partnership of the Nurse and the Nurse Student. Artikkelikäsikirjoitus.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvenninen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro terveys 6/2005, 4-7.

Aivoverenkiertohäiriöiden akuuttivaiheen hoito. Potilasohje. 2010. VSSHP ohjepankki. Viitattu 17.10.2011. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2815/5079/>

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silver-print.

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Viitattu 25.5.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1989/19891062>

Haho, A. 1999. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoitajalehti 12/2009, 38-39.

Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Kirjayhtymä, 98.

Hassinen, T & Tantt, K. 2007. Hoitotyön yhteenveto potilaan jatkohoidon turvaajana. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005 - 2007 (HoiDok). <http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3310&GUID=%7BC6539F07-7938-40EA-9214-A2212E7D2050%7D>

Haverinen, A. & Maijainen, K. 2000. Muutosprosessit ja johtajuus - Kuinka kunnat yhdistyvät? Acta-sarja nro 123, s. 78-80. Suomen Kuntaliitto. Tiivistelmä. Viitattu 2.4.2011. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;84961;85395;109431;106096

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

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

HoiData-loppuraportti. 2009. Viitattu 4.4. 2010. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Lohjan sairaalan sisätautien vuodeosasto 4A. 2009a. Viitattu 24.5.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1692,4485,1682>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri Aivojen sisäinen verenvuoto. 2007f. Viitattu 17.11.2011. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,2718,5928,16441>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Lohjan sairaalan sisätautien vuodeosasto 4B. 2009b. Viitattu 24.5.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1692,4485,5442>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Lohjan sairaalan sisätautien yksikkö. 2010c. Viitattu 24.5.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1692>

- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hallinto ja päätöksenteko. 2011d. Viitattu 17.9.2011. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Stategia ja arvot. 2011e. Viitattu 26.5.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012>
- Henkilötietolaki (523/1999). Viitattu 28.11.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Ikonen, H., Rajalahti, E. & Ahonen, O. 2009. Potilasturvallisuus - osaamisen kehittäminen eN-Ni-hankkeessa. Viitattu 4.4. 2010. <http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/viewArticle/446/513>
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.
- Kaste, M. 2011. Aivoverenkierron häiriöt. Therapia Fennica. Viitattu 17.11.2011. http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Aivoverenkierron_h%C3%A4iri%C3%B6t
- Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. VTT Teknologian tutkimus. Espoo. Viitattu 7.4. 2010 <http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf>
- Kivisaari, S., Saranummi, N. & Parvinen, P. 2004. Vanhusten palvelut Espoossa - kehittämisen lähtökohdat juurruttamalla. VTT Teknologian tutkimus. Espoo. Viitattu 16.4. 2010. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/workingpapers/2004/W3.pdf>
- Konkola-Loikkanen, L., Makkonen, A., Ahonen, O., Lemström, U. ja Huovila, E. 2010. Alueellisen rakenteisen kirjaamisen osaamisen kehittämissuunnitelma. Viitattu 15.4.2011. <http://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=3230>
- Korttilalli, L. 2008. Viestintäsuunnitelma- osaamisen kehittäminen hoitotyön tiedonhallinnassa. Kehittämishankeraportti. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.5. 2010. https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/49726/jamk_1220873246_1.pdf?sequence=2
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällön analyysi. 1999. Hoitotiede 1/1999, 3-11.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Viitattu 25.3.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070159/>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Viitattu 25.5. 2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Lundgrén-Laine. H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko - muuttuvatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toimituskunta). Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.
- Ora-Hyytiäinen, E. 2006. Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. Pro terveys 5/2006, 14-17.
- Ora-Hyytiäinen, E & Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON - VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES, Aristotle University, Thessaloniki -Greece, 3-4

September 2007. 144-154.

Mustajoki, P. 2011. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Helsinki: Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001

Nonaka, I & Takeuchi, H. 1995. The knowledge-creating company. Oxford University Press. New York.

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

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY.

Seppänen-Järvelä, R. 1999. Kehittämistyö ja arviointi. Teoksessa Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M. & Rajavaara, M (toim.). Arviointi ja asiantuntijuus. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Suomen perustuslaki (731/1999). Viitattu 25.5. 2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05-31.5.08 (Hoi-Dok-hanke), Loppuraportti, Osa 1. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 25.3.2010. <http://www.vsshp.fi/>

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.2005-31.5.2008 (HoiDok-hanke). Loppuraportti osa 2. Hankearvioinnin osaraportit. Varsinaissuomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 25.3.2010.
<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/16561/HoiDok-loppuraportti-osa-2-arviointi-090908.pdf>

Valtakunnallinen Käypä hoito -suositus. 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 17.11.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/.../hoi50051>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Yleistä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisesta. 2010. Potilasohje. Viitattu 17.11.2011. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2816/5081/>

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

Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa Versio 2.2.2007. Opas. Viitattu 17.11.2011.
<https://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=44828>

Kuviot

Kuvio 1: Tiedon käsittelyn kierrokset (Mukaiillen Nonaka & Takeuchi 1995; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005)	9
Kuvio 2: Juurruttamisen prosessi (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)	11
Kuvio 3: Hoitotyön kirjaamisen väliarviointi	26

Taulukot

Taulukko 1: Nykytilanteen kuvaus.....	23
Taulukko 2: Vastanneiden n = 16 ikäjakauma	29
Taulukko 3: Vastanneiden koulutusohjelma.....	29
Taulukko 4: Vastanneiden työkokemus vuosissa.....	30
Taulukko 5: Rooli kirjaamishankkeessa	30
Taulukko 6: Kysymykset 6 - 9, oppiminen ja kasvu hankkeen aikana	31
Taulukko 7: Kysymykset 10 - 15, kehittämis- ja juurruttamisprosessi	32
Taulukko 8: Kysymykset 16 - 18, kehittämissankkeen tuoma hyöty	33
Taulukko 9: Kysymykset 19 - 21, kehittämissankkeen tuoma hyöty.....	34

Liitteet

Liite 1. Uusi hoitotyön suunnitelma	43
Liite 2. Vanha hoitotyön suunnitelma	44
Liite 3. Työyhteisön kehittämä potilascase	45
Liite 4. Potilascase työyhteisön tekemänä	46
Liite 5. Potilascase opiskelijoiden tekemänä	49
Liite 6. Haastattelukysymykset	53

Liite 1. Uusi hoitotyön suunnitelma

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri		HOITOTYÖN SUUNNITELMA				
Lohjan sairaanhoitoalue						
Lohjan sairaala						
	OSASTO:					
		Nimitarra				
Potilaan tulotilanne						
Pvm	Potilaan hoidon tarpeet	Hoidon tavoitteet ja keinot				
	1. Sairausten oireet					
	Väliarviointi:					
	Väliarviointi:					
	2. ravitsemus ja lääkehoito					
	Väliarviointi:					
Pvm	Potilaan hoidon tarpeet	Hoidon tavoitteet ja keinot				
	3. Hygienia ja eritystoiminta					
	Väliarviointi:					
	4. Aktiviteetti ja toiminnallisuus					
	Väliarviointi:					
	5. Hoidon opetus ja tuki					
	Väliarviointi:					
	6. Jatkoahoito					
Potilaan hoidon loppuarviointi						

Liite 3. Työyhteisön kehittämä potilascase

NEUROLOGINEN POTILAS

62-vuotias Mies Mainio on mennyt kahvilassa ollessaan puhumattomaksi ja saanut oikean puolen hemipareesin.

Aiemmassa anamneesissa on krooninen eteisvärinä, minkä vuoksi Marevan-hoito, lisäksi verenpainetauti, Obesiteetti ja lievä/ keskivaikea uniapnea sekä omaisilta saadun tiedon mukaan viimeisen vuoden aikana myös hankalia kihtioireita. Potilas asuu yksin yksitasoisessa rivitalossa ja ollut täysin omatoiminen. Sukulaiset Oulussa ja ystävät asuu 3km päässä. Liikkunut mopolla.

Mitä ilmeisimmin RR-taudin ja hieman hoitoalueen yläpuolella olleen Marevan-tason pohjalta potilaalle on tullut spontaani aivoverenvuoto vasemmalle tyvitumakealueelle.

Fys: Ongelmana liikkeen löytäminen ja tunnistaminen. Oikea yläraaja voittaa painovoiman kauttaaltaan. Myös alaraajassa liikettä kauttaaltaan, psoksimaalaisesti löytyy paremmin. Nousee istumaan yhden ohjaamana vuoteen reunalle. Istuma-asento kohtalainen. Alussa vahva työntöoire. Nyt siirtää painon itsenäisesti molemmille puolille. Istuu hetken tuetta. Harjoiteltu seisomaannousua kahden ohjaamana. Pystyasento löytyy jo aika hyvin. Lantion ojentaminen jää vielä vajaaksi ja oikea polvi tarvitsee hyvän tuennan. Siirtyy pyörätuoliin kahden ohjaaman matalasiirtona. Jaksaa istua ruokailujen ajan. Istuen puhalluspulloharjoitukset.

Sh: Ruokana sosemainen, tarvitsee hieman ohjausta

Jatkokuntoutusta varten potilas siirtyy Lohjan sairaalaan. Lääkityksenä Renitec 10 mg 1x1, Emconcor 2,5 mg 1x2, Norvasc 5 mg 1x2, jolla päästy lähes normotensioon. Muina lääkkeinä Somac 40 mg 1x1, Emgesan 250 mg 1x1, Apurin 100 mg 1x1, Confortid 50 mg, 1x3 (kihtivaivaan), Levolac 20 ml x1, Tramal 50 mg 1x1. Antibiootteina Zinacef 1,5, mg 1x3 i.v. ja metronidatsoli 500 mg 1x3 i.v.

Diagnoosi Haemorrhagia intracerebralis cum hemiparesis l.dx. et dysphasia
Hypertensio arterialis
Fibrillatio atriorum
Kihti

Lohjalla:

Oikealta puolelta saadaan esiin aktiviteettia jossain määrin apraktisesti, jossain määrin vastusta kestävät voimat sekä ylä- että alaraajassa. Distaalisesti käsi on kömpelö. Tuntoaistin ilmoittaa heikentyneeksi. Puheesta saa osin arvailemalla osittain ymmärrettävästi selvää. Oikealla alafaskialisheikkous, dysartriaakin. Parafaattisia ilmauksia ja selkeästi kohtalaisen hankalakin dysfasia. Hieman alavireisen oloinen. Babinski oikealla positiivinen. Näkökentässä ei havaita enää poikkeavaa.

Suunnitelma:

RR-seuranta, tarvittaessa hoidon tehostus.

Katsotaan pitkäaikaisverensokeri ja jatketaan hieman verensokeriseurantaa, näyttäisi tarvitsevan diabeteslääkityksen, Mtforem 500 mg 1x2. Kihtilääkitys tehonnut ja i.v. antibiootit vaihdettu Kefexin 500 mg 1x3 lääkitykseksi.

Liite 4. Potilascase työyhteisön tekemänä

HOIDON SUUNNITTELU			HOIDON TOTEUTUS	HOIDON ARVIOINTI
Hoidon tarve (Luokitus: SHTaL)	Hoidon tavoitteet (komponentti siirtyy tarpeesta > ei koodia)	Suunnitellut toiminnot (SHToL)	Hoitotyön toiminto (SHToL)	Potilaan tila: Parantunut Ennallaan Huonontunut
Varmuusaste: EP = epäily, TOD= todennäköinen, VAR= varma				
Oikean puolen hemipareesi. tarvitsee apua siirroissa	Kuntoutuminen omatoimisesti pärjääväksi	autetaan siirtymisessä, kannustetaan omatoimisuuteen	autettu siirtymisessä, kannustettu omatoimisuuteen, siirroissa ohjattu mahdollisimman paljon tekemään itse, avustettuna esim. wc, ruokailu.	parantunut
Ravitsemus	Nieleminen turvallista	ruokailua seurataan, hyvä ruokailu asento, soseruoka	ruokailua seurattu, hyvä ruokailu asento, soseruoka, nieleminen sujunut hyvin, syönyt omatoimisesti.	Ennallaan
Puheen tuottamisen vaikeus	Pyritään saada puhe ymmärrettävämmäksi	kannustetaan puhumaan	puheterapeutti, fysioterapeutti hoitotiimissä	parantunut

(jatkuu)

Kohonnut verenpaine	Kohonneen verenpaineen normalisoituminen	seurataan verenpainetta 3x vrk.	verenpainetta mitattu säännöllisesti	Parantunut
Marevan huono hoitotase-paino	Marevan hoitotasolle, seurataan mahd. verenvuotoa.	inr- arvon seuranta, mahdollisen verenvuodon seuranta.	inr arvo otettu, seurattu mahdollista verenvuotoa.	Parantunut
Korkea verensokeri	Verensokerin normalisoituminen.	verensokerin mittaus 4xvrk., lääkintä.	verensokeria mitattu 4x vrk, aloitettu sokeri lääkitys.	Ennallaan
Ylipaino	Painon laskeminen	ohjataan terveellisempään ruokavalioon, terveellisemmät elämän tavat.	ohjattu terveellisempään ravinnon saantiin, kerrottu terveellisimmistä elämän tavoista.	ennallaan

(jatkuu)

<p>Psyykkinen vointi alavireinen</p>	<p>Mielialan kohon, niin että kutoutumiseen moti-voituu paremmin kuntoutuminen kotona pärjääväksi</p>	<p>keskustellaan, kannustetaan, lääkehoito.</p>	<p>keskusteltu, yritetty kannustaa, mielialalääke aloitettu.</p>	<p>parantunut hieman</p>
<p>Potilaan elämän tilanne: asuu yksin omakotitalossa</p>		<p>kuntoutumisen edetessä harkitaan kotiavun tarve, muutos töitä potilaan asunnossa</p>	<p>kuntoutumisen edetessä harkitaan kotiavun tarve, tai muutos töitä potilaan asunnossa, ei vielä ajankohtaista</p>	<p>ennallaan</p>

Liite 5. Potilascase opiskelijoiden tekemänä

HOIDON SUUNNITTELU			HOIDON TOTEUTUS	HOIDON ARVI- OINTI
Hoidon tarve (Luokitus: SHTaL)	Hoidon tavoitteet (komponentti siirtyy tarpeesta > ei koodia)	Suunnitellut toiminnot (SHToL)	Hoitotyön toiminto (SHToL)	Potilaan tila: Parantunut Ennallaan Huonontunut
Varmuusaste: EP = epäily, TOD= todennäköinen, VAR= varma				
Oikean puolen hemipareesi. 5256 Päivittäiset toiminnot 5266 Liikkumiseen liittyvä avun tarve - Potilaalla ongelmana liikkeen löytäminen ja tunnistaminen. Potilas nousee yhden ohjaamana sängynreunalle. Istuu sängyllä hetken tuetta. 5145 Ravitseminen 5152 Nielemis-vaikeus	Selviytyminen Kuntoutuminen oma- toimisesti pärjääväksi Ravitseminen Nieleminen turvallista	1000 Aktiveetti 1008 Aktiveettiin liittyvä ohjaus - Autetaan siirtymisessä, kannuste- taan omatoimisuuteen. Kahden hoi- tajan ohjaamana harjoitellaan sei- somaan nousua. 1242 Ravitseminen 1243 Ravinnon saannin turvaaminen	1000 Aktiveetti 1008 Aktiveettiin liittyvä ohjaus - Autettu siirtymisessä, kannus- tettu omatoimisuuteen, siirroissa ohjattu mahdollisimman paljon tekemään itse. Siirtynyt pyörätuoliin kahden hoitajan oh- jaamana, jaksaa istua ruokailu- jen ajan pyörätuolissa. 1242 Ravitseminen 1243 Ravinnon saannin turvaami-	parantunut

(jatkuu)

<p>- Potilas ei hallitse aivan täysin nielemisrefleksiä.</p>		<p>- Ruokailua seurataan, hyvä ruokailu asento, soseruoka, paksunnetut nesteet.</p>	<p>nen - Ruokailua seurattu, potilaalla ollut hyvä ruokailu asento, sose-ruoka ja paksunnetut nesteet nieleminen sujunut hyvin, syönyt omatoimisesti.</p>	<p>parantunut</p>
<p>5224 Kanssakäyminen 5227 Puheen tuottamisen vaikeus - Potilaan puheesta saa osin arvailemalla osittain ymmärrettävästi selvää.</p>	<p>Selviytyminen puhe ymmärrettävämmäksi</p>	<p>1388 Kanssakäyminen 1392 Kommunikaation tukeminen - Potilasta kannustetaan puhumaan, puhalluspulloharjoituksia istuen.</p>	<p>1388 Kanssakäyminen 1392 Kommunikaation tukeminen - Potilasta kannustettu puhumaan, puhunut melko paljon ja puhe ollut pääsääntöisesti ymmärrettävää.</p>	<p>ennallaan</p>
<p>5204 Verenkierto 5206 Verenpaineen muutos - Kohonnut verenpaine alas, ennalta ehkäistään vuotojen syntymistä. 5127 Lääkehoito</p>	<p>Verenkierto Kohonneen verenpaineen normalisoituminen Lääkehoito</p>	<p>1359 Verenkierto 1361 Verenpaineen seuranta - Seurataan verenpainetta 3x vuorokaudessa, tarvittaessa hoidon tehostusta. 1201 Lääkehoito</p>	<p>1359 Verenkierto 1361 Verenpaineen seuranta -Verenpaine ollut klo: 10.15 164/79 istuen, klo: 15.40 135/82 maaten, klo:20.30 132/80 maaten. 1201 Lääkehoito</p>	<p>ennallaan</p>

(jatkuu)

<p>5139 Lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marevan lääkitys hoitotasapainoon. 	<p>Marevan hoitotasolle, seurataan mahd. verenvuotoa</p>	<p>1215 Lääkkeen antaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaetaan listalla olevat lääkkeet, INR- arvon seuranta, mahdollisen verenvuodon seuranta. 	<p>1215 Lääkkeen antaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Potilaalle jaettu ja annettu listalla menevät lääkkeet, INR arvo otettu 2.11.2011 INR 3,1 laskettu lääkitystä. Seurattu mahdollista verenvuotoa. 	<p>ennallaan</p>
<p>5216 Aineenvaihdunta 5219 verensokerin muutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pitkäaikaisverensokerin ottaminen, seurataan hieman verensokeria 	<p>Aineenvaihdunta Verensokerin normalisoituminen.</p>	<p>1379 Aineenvaihdunta 1381 Verensokerin tarkkailu ja hoito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verensokerin mittaus 4x vuorokaudessa, lääkinnän aloitus. 	<p>1379 Aineenvaihdunta 1381 Verensokerin tarkkailu ja hoito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verensokeria mitattu klo: 08.00 vs 6,5, klo: 11.30 11,8 klo: 15.00 9,7 klo: 19.40 8,6. Aloitettu Metformin 500mg 1x2. 	<p>parantunut</p>
<p>5145 Ravitsemus 5172 Ravitsemukseen liittyvä tiedontarve</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potilaalla huomattava ylipaino, jota tulisi laskea 	<p>Aineenvaihdunta Ylipainon normalisointuminen</p>	<p>1127 Terveys-käyttäytyminen 1145 Terveyttä edistävä ohjaus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ohjataan terveellisempään ruokavalioon, terveellisemmät elämäntavat. 	<p>1127 Terveys-käyttäytyminen 1145 Terveyttä edistävä ohjaus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ohjattu terveellisempään ravinnon saantiin, kerrottu terveellisimmistä elämäntavoista. 	<p>parantunut</p>

(jatkuu)

<p>5269 Psykkinen tasapaino</p> <p>5287 Apaattisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potilas on ollut silminnähden alakuloinen tämän hetkisestä tilanteestaan. 	<p>Selviytyminen</p> <p>Mielialan kohoaminen, niin että kutoutumiseen moti-voituu paremmin</p>	<p>1464 Psykkinen tasapaino</p> <p>1484 Mielialan seuranta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keskustellaan, kannustetaan, lääkahoito mahdollisesti. 	<p>1464 Psykkinen tasapaino</p> <p>1484 Mielialan seuranta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keskusteltu, yritetty kannustaa, lääkehoitoa ei toistaiseksi ole aloitettu 	<p>parantunut</p>
<p>5059 Selviytyminen</p> <p>5074 Selviytymiseen liittyvä tuen tarve</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asuu yksin rivitalossa, sukulaiset melko kaukana. Ystävä asuu lähellä. ollut aikaisemmin täysin omatoiminen, liikkunut mopolla. 	<p>Selviytyminen</p> <p>Asuu yksin rivitalossa, kuntoutuminen kotona pärjääväksi</p>	<p>1606 Jatkohoito</p> <p>1609 Jatkohoidon suunnitelman laatiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuntoutumisen edetessä harkitaan kotiavun tarve, muutos töitä potilaan asunnossa tai jatko kuntoutus vielä terveyskeskukseen. 	<p>1606 Jatkohoito</p> <p>1609 Jatkohoidon suunnitelman laatiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuntoutumisen edetessä harkitaan kotiavun tarve, tai muutos töitä potilaan asunnossa, ei vielä ajankohtaista. potilas näillä näkyminen siirtymässä ensin terveyskeskukseen jatko kuntoutukseen. 	<p>ennallaan</p>

Liite 6. Haastattelukysymykset

Lohjan sairaalan ja Paloniemen sairaalan haastattelu kysymykset:

Työstetty 2.9.2010 opiskelijoiden työpajassa

Käytetään kaikissa nykytilanteen kuvaus haastatteluissa.

(Yleinen kysymys)

Mitä teidän työyhteisö ajattelee hoitotyön kirjaamisesta?

TULOTILANNE

Mitä asioita te kirjaatte potilaasta tulotilanteesta?

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

Kuka /Ketkä kirjaa potilaan tietoja tulotilanteessa?

Mistä kaikkialta saatte potilaasta tulotilanteessa tietoa?

Mistä saatte tietoa potilaan lääkityksestä?

Mihin lääkitystieto kirjataan?

Mistä saatte tietää potilaan riskitiedot?

Mihin kirjataan potilaan riskitiedot?

HOIDON SUUNNITTELU

Miten potilaan hoidon suunnittelu toteutuu?

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

HOIDON TOTEUS

Miten hoidon toteutusta kirjataan?

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

HOIDON ARVIOINTI

Miten hoidon arviointia kirjataan?

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

HOITOTYÖNYHTEENVETO

- Miten hoitotyön yhteenveto kirjataan?

(Lopetuskysymys)

Mitä muuta haluaisitte vielä kertoa?