

Johanna Korpela

RAKENTEISEN HOITOTYÖN YHTEENVEDON KIRJAAMISEN
KEHITTÄMINEN OSAKSI POTILAAN HOIDON JATKUVUUDEN
TURVAAMISTA

Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma
2019

RAKENTEISEN HOITOTYÖN YHTEENVEDON KEHITTÄMINEN OSAKSI POTILAAN HOIDON JATKUVUUDEN TURVAAMISTA

Korpela, Johanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Toukokuu 2019
Sivumäärä: 54
Liitteitä: 4

Asiasanat: rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön yhteenvedo, hoidon jatkuvuus, toimintatutkimus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen malli työvälineeksi hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisäksi kehittää Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutilla vuodeosastolla hoitotyön rakenteista kirjaamista sekä parantaa asiakaslähtöisen kirjaamisen laatua palvelemaan paremmin potilaiden hoidon jatkuvuutta.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään hoitotyön kirjaamista säätelevää lainsäädäntöä, rakenteisen kirjaamisen lähtökohtia, hoitotyön yhteenvedon laatimista sekä hoidon jatkuvuuteen liittyviä näkökohtia.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Hoitotyön yhteenvedojen arvioimiseksi tehtiin nykytilan kartoitus, jossa kerättiin akuutilla vuodeosastolla 23 potilaan laaditut hoitotyön yhteenvedot kahden viikon ajalta syyskuun ja lokakuun vaihteessa 2018. Kartoituksessa analysoitiin, miten hoitotyön yhteenvedojen kirjaamisessa toteutui rakenteisuus suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden mukaisesti ja mitä jatkohoidon koskevia tietoja oli kirjattu.

Nykytilan kartoituksessa selvisi, ettei rakenteinen kirjaaminen hoidollisen päätöksen tekoprosessin mukaisesti toteutunut kaikilta osin ja komponenttien käytössä ilmeni suurta vaihtelua. Hoidon tulokset jäivät yleisimmin kirjaamatta. Keskeiset ongelmat hoitotyön yhteenvedon kirjaamisessa olivat kirjaaminen lääketieteen näkökulmasta, yhteenvedojen rakenteen ja sisällön suuri vaihtelevuus laatijan mukaan sekä potilaan tulotilanteen kirjaamiseen keskittyminen siirtopäivän toimintakyvyn ja jatkohoidon suunnittelun kustannuksella.

Kartoituksen perusteella tehtiin parannusehdotus hoitotyön yhteenvedojen kirjaamiseen ja työyhteisö osallistui kehittämistyöhön vuodeosastolla pidetyissä neljässä työpajassa huhtikuussa 2019. Työpajaprosessin tavoitteena oli rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamismallin luominen sekä hoitohenkilökunnan kirjaamisosaamisen vahvistuminen. Työpajatyöskentelyn pohjalta luotiin vuodeosastolle rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamismalli sekä uusi ohje hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen tueksi.

DEVELOPING A STRUCTURED SUMMARY OF NURSING AS PART OF SAFEGUARDING PATIENT CARE CONTINUITY

Korpela, Johanna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in elderly care.
May 2019
Number of pages: 54
Appendices: 4

Keywords: structured recording, summary of nursing, continuity of treatment, action research

The purpose of this thesis was to create a model for recording a structured summary of nursing as a tool for nursing staff. The aim of the thesis was also to develop the structured recording of nursing in the acute ward of the municipal co-operative for basic services called Perusturvakuntayhtymä Akseli and to improve the quality of customer-oriented recording to better serve the continuity of patient care.

The theoretical part of the thesis deals with the legislation regulating the documentation of nursing, the principles of structured recording, the creation of a summary of nursing and the aspects related to the continuity of care.

The thesis was implemented as an action research. In order to evaluate the summaries of nursing a survey of the current state was made where the nursing summaries of 23 patients created in the acute ward were collected in the period of two weeks at the end of September and at the beginning of October 2018. In the survey it was analyzed how the recording of the nursing summaries' structure was realized in accordance with the Finnish nursing classification and what information about the further treatment was recorded.

In the survey of the current state it became clear that the structured recording according to the decision-making process did not fully come to fruition and the use of the components varied widely. The nursing outcomes were most often not recorded. The key problems in the recording of the nursing summary were the recording from the perspective of medicine, high variation in structure and content of summaries depending on author and focusing on recording the patient's entry to the ward at the expense of discharging day's functioning ability and planning of the continuity of care.

The improvement suggestion to the recording of nursing summaries was made based on the survey and the work community participated in the development task at the four workshop meetings at the ward in April 2019. The aim of the workshop process was to create a recording model of the structured nursing summary and to strengthen the nursing staff's recording skills. The recording model of the structured nursing summary and new instructions to support recording of the structured nursing summary were created based on the workshops.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	7
2.1	Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutti vuodeosasto kehittämistyön toimintaympäristönä	7
2.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	8
3	HOITOTYÖN YHTEENVETO OSANA HOIDON JATKUVUUDEN TURVAAMISTA	9
3.1	Lainsäädäntö kirjaamisen taustalla	9
3.2	Rakenteinen kirjaaminen	10
3.3	Hoitotyön yhteenveto	12
3.4	Hoidon jatkuvuus	15
4	TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ	17
4.1	Toimintatutkimuksen määritelmä	17
4.2	Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa	18
4.3	Toimintatutkimuksen eri vaiheet kehittämistyössä.....	20
5	HOITOTYÖN YHTEENVEDON KEHITTÄMISPROSESSI.....	24
5.1	Nykytilan kartoitus.....	24
5.1.1	Aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi	24
5.1.2	Kartoituksen tulokset.....	26
5.1.3	Kartoituksen tulosten yhteenveto ja ongelmatilanteen analyysi	32
5.2	Hoitohenkilöstön osallistaminen kehittämistyöhön työpajoissa.....	34
6	POHDINTA.....	46
6.1	Kehittämistehtävän ja -menetelmän luotettavuus	46
6.2	Eettinen pohdinta	47
6.3	Kehittämistyöprosessin arviointi	50
6.4	Jatkokehittämisehdotukset	52
	LÄHTEET.....	54
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hoidon jatkuvuuden kannalta hoitotyön yhteenvedot ovat merkityksellisiä. Hoitotyön yhteenvedon tulisi olla informatiivinen potilaalle sekä häntä hoitaville ammattilaisille ja yhteenvedoissa tulisi korostua jatkohoidon merkitys. Hoitotyön yhteenvedon merkitystä tulisi korostaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja kuntoutumisen näkökulmasta. (Kuusisto, Asikainen & Saranto 2014, 314-317; Kuusisto, Asikainen & Saranto 2015, 319-321.)

Hoidon jatkuvuuden edellytyksiä potilaan kannalta ovat hoidon riittävä saatavuus ja sujuva tiedonkulku hoitavien tahojen välillä (Raivio 2016, 39). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportin mukaan potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. (Nykänen & Junttila 2012, 3.) Terveyspalvelujen tuottajien kannalta hoidon jatkuvuus on kokemus siitä, että kaikilla potilasta hoitavilla tahoilla on hänestä riittävästi tietoa, jolloin potilasta voidaan hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla (Raivio 2016, 40).

Asiantuntijaryhmän luomassa kansallisessa kirjaamismallissa hoitotyötä kirjataan sähköisesti hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisesti ja FinCC (Finnish Care Classification) -luokituskokonaisuutta käyttäen. Kirjaaminen tapahtuu prosessin vaiheiden mukaisesti niin, että FinCC- luokitus toimii kirjaamisen termistönä. (Nykänen & Junttila 2012, 4, 30.) Tämä sekä sähköinen potilastiedon eArkisto edellyttävät rakenteista kirjaamista potilasasiakirjoihin, hoitosuunnitelmaan, päivittäiskirjaukseen sekä hoitotyön yhteenvetoihin. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2102, 3.)

Sähköistä kirjaamista helpottaa, kun on sovittu yhdenmukaisesta kirjaamisen rakenteesta ja on määritelty, mitä tulee kirjata. Hoidon jatkuvuuden kannalta tarpeellisten ja virheettömien potilastietojen siirto toimintayksiköiden välillä edellyttää yhdenmukaisia tietorakenteita. Sähköisten potilasasiakirjojen yhdenmukaistaminen tarkoittaa, että tiedot on kirjattu yhdenmukaisella rakenteella ja yhteisesti sovittuja luokituksia käyttäen. Tämä helpottaa oleellisten tietojen löytymistä nopeasti suuresta tietomäärästä. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 129, 132,157.)

Kirjattaessa potilaan hoitotietoja kansallisesti sovitulla, yhtenäisellä, rakenteisella ja luokitellulla tavalla saavutetaan merkittäviä etuja palvelukokonaisuuden sujuvuudessa. Tärkeää on potilaan hoidon sujuvuuden ja jatkuvuuden varmistaminen. Hoitotyöstä suoritettujen kirjaamisten tiivistäminen hoitopalautteeseen mahdollistaa sen, että hoito jatkuu joustavasti organisaatiosta toiseen. Kun dokumentit laaditaan yhteisesti sovittua rakennetta käyttäen, tiedot ovat selkeitä ja helposti löydettävissä. (Saranto ym. 2007, 168-170.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen malli työvälineeksi hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön aihevalintaan vaikuttivat käytännön työstä noussut ajankohtainen rakenteisten hoitotyön yhteenvedojen kehittämistarve sekä opinnäytetyöntekijän oma mielenkiinto hoitotyön kirjaamiseen ja sen käytäntöjen kehittämiseen. Hoitotyön yhteenvedojen laadintaan kaivattiin osastolla selkeää ohjeistusta helpottamaan ja nopeuttamaan niiden kirjaamista. Tämä opinnäytetyö on osa Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutin vuodeosaston kirjaamisen kehittämiskokonaisuutta, joka aloitettiin osaston kehittämispäivässä 4.9.2018

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

2.1 Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutti vuodeosasto kehittämistyön toimintaympäristönä

Maskun, Nousiaisten ja Mynämäen kunnat muodostivat yhteisen peruspalveluja tuottavan yhteistoiminta-alueen, joka organisoitui 1.1.2011 alkaen Perusturvakuntayhtymä Akseliksi. Perusturvakuntayhtymä Akselin tehtävänä on järjestää asukkailleen jäsenkuntiensa määrittelemät, lain säättämät terveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelut. Tarkoituksena on laadukkaiden peruspalvelujen turvaaminen, tuottavuuden parantaminen ja menojen kasvun hillitseminen toimintamalleja kehittäen. (soteakseli.fi 2019.) Perusturvakuntayhtymä Akselin vuoden 2017 väestömäärä oli 22 307 asukasta (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2019). Kuntayhtymän palveluksessa vuonna 2018 oli 446 työntekijää (soteakseli.fi 2019).

Terveyspalvelulinjan 35-paikkainen akuutti vuodeosasto tarjoaa kuntayhtymän alueen asukkaille lyhytaikaista sairaalatasoista ja kuntouttavaa hoitoa. Vuodeosastolla hoidetaan sisätauteihin kuuluvia sekä kirurgisia ja neurologisia potilaita sekä päihdehuollon asiakkaita. Myös saattohoito kuuluu osaston palveluihin. Potilaat tulevat lääkärin lähetteellä keskussairaalaan, oman terveyskeskuksen kautta jatkohoitoon tai suoraan kotia 24/7 -luvalla, joka tehdään pääsääntöisesti saattohoitopotilaille. Hoidon tavoitteena on tehokas, nopea kuntouttava hoito ja kotiutus tai jatkohoitopaikkaan siirtäminen. Vuodeosastolta potilaat voivat siirtyä jatkohoitoon Perusturvakuntayhtymä Akselin alueen palvelutaloihin, vanhainkoteihin tai kotihoidon palveluiden piiriin. (soteakseli.fi 2019)

Akuutilla vuodeosastolla potilaan hoidossa työskentelee moniammatillinen tiimi. Osastolla toimii kaksi lääkärää, fysioterapeutti, kuntohoitaja, osastonhoitaja, 15 sairaanhoitajaa, 12 lähihoitajaa sekä neljä laitoshuoltajaa. Sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä osastonsihtööri laativat hoitotyön yhteenvetoja potilaan osastojakson päättyessä tämän kotiutuessa, siirtyessä jatkohoitoon tai kuollessa. Hoitohenkilöstön kirjaamisen työvälineenä on sähköinen LifeCare -potilastietojärjestelmä ja hoitotyön yhteenvedot siirtyvät tallennuksen jälkeen HOIYHT-lomakkeelle. Tällä hetkellä hoitajilla ei ole

selkeää ohjeistusta yhteenvedojen laatimiseen ja niiden tietosisältö vaihtelee laatijan mukaan. Opinnäytetyön lähtökohtana on hoitotyön yhteenvedojen rakenteisuuden ja tietosisältöjen yhdenmukaisuuden kehittäminen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa.

2.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön **tarkoituksena** on luoda rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen malli työvälineeksi hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön **tavoitteena** on kehittää Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutilla vuodeosastolla hoitotyön rakenteista kirjaamista sekä parantaa asiakaslähtöisen kirjaamisen laatua. Tavoitteena on lisäksi hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistuminen rakenteisen hoitotyön yhteenvedon laatimisessa sekä saavuttaa yhteenvedojen kirjaamisessa rakenteisuus ja yhdenmukaisuus, jotta oleelliset potilaan hoitajaksoon ja jatkohoitoon liittyvät ydintiedot siirtyisivät seuraavalle potilasta hoitavalle taholle lisäten hoidon jatkuvuutta.

Kehittämistehtävinä ovat:

1. Nykytilanteen kartoittaminen ja analysointi hoitotyön yhteenvedoissa Perusturvakuntayhtymä akselin akuutilla vuodeosastolla.

Kartoituksen tutkimuskysymyksiä ovat:

- Miten hoitotyön yhteenvedojen kirjaamisessa toteutuu rakenteisuus suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden mukaisesti?
- Kirjataan yhteenvedoihin jatkohoitoon liittyvät oleelliset tiedot?
- Mitä jatkohoitoa koskevia tietoja kirjataan?

2. Rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kehittäminen ja rakenteisen kirjaamismallin luominen.

3 HOITOTYÖN YHTEENVETO OSANA HOIDON JATKUVUUDEN TURVAAMISTA

3.1 Lainsäädäntö kirjaamisen taustalla

Hoitotyön kirjaamista säätelevät ja ohjaavat monet lait. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää muun muassa potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapidosta, niiden laatimisesta, tietojen luovuttamisesta sekä potilaan oikeudesta tarkastaa häntä itseään koskevat tiedot. Potilasasiakirjamerkinnöistä laissa mainitaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Lain mukaan toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle on lupa antaa sekä tarpeellisia tietoja hoidon järjestämiseksi että yhteenveto annetusta hoidosta. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittelee puolestaan terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla on oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin sekä velvollisuus potilasasiakirjojen laatimiseen ja niihin liittyvien tietojen salassapitoon. Hoitotietojen kirjaaminen on siis terveydenhuollon ammattihenkilöiden lain mukainen velvollisuus.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) edistää asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä ja määrittelee sen yleiset vaatimukset. Lähtökohtana on tietojen saatavuuden ja käytettävyyden turvaaminen. Arkistolailalla (831/1994) varmistetaan asiakirjojen käytettävyys ja säilyminen sekä tarpeettoman aineiston hävittäminen. Tietosuojalaki (1050/2018) määrittelee henkilötietojen käsittelyä koskevat periaatteet.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (289/2009) potilasasiakirjoista antaa ohjeistusta kirjaamiseen. Asetus määrittelee potilasasiakirjat, mitä ne ovat, mitä niihin sisällytetään ja kuka on oikeutettu tekemään potilasasiakirjamerkintöjä. Asetuksessa korostetaan myös terveydenhuollon ammattihenkilön oikeutta käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin työtehtävät ja vastuut edellyttävät. Potilasasiakirjoihin tehtyjen merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Asetuksen mukaan jokaisesta

osastojaksosta tulee laatia loppulausunto ja siihen tulee annettua hoitoa koskevien yhteenvetojen lisäksi sisällyttää selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi.

3.2 Rakenteinen kirjaaminen

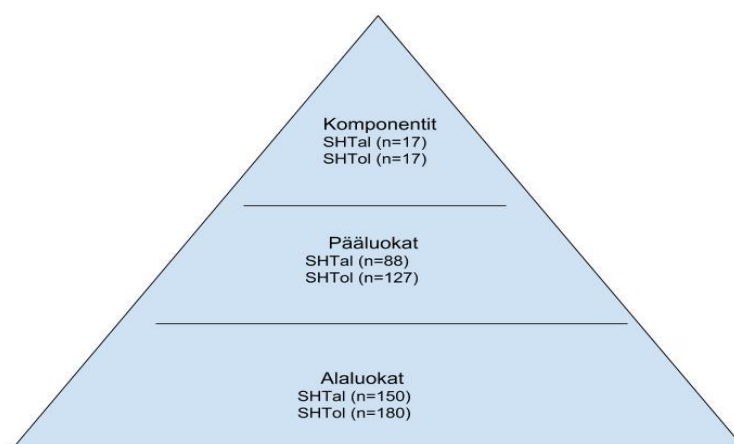
Rakenteinen, määrämuotoinen tieto tarkoittaa tiedon kirjaamista ja tallentamista yhteisten, etukäteen sovittujen rakenteiden avulla potilastietojärjestelmissä. Tiedon rakenteisuus tehostaa tiedon vaihtamista eri organisaatioiden ja järjestelmien välillä. Terveystietojärjestelmissä potilaan hoidossa tarvittavat keskeiset tiedot on kokonaisuudessaan määritelty rakenteisina tietosisältöinä. Tämä tarkoittaa sitä, että jokainen potilaasta kirjattava tieto kirjataan sitä varten määriteltyyn tietokenttään, jossa käytetään siihen valittua koodistoa tai luokitusta tietotyyppien kriteerit huomioiden. Yhdenmukaisesti laadittua rakenteista tietoa on helpompi hyödyntää esimerkiksi yhteenvetoja varten. Toisaalta on myös tärkeää, että hoitotyöntekijöiden ajattelu ja ymmärrys kohtaisivat hoitotyön rakenteisen kielen ja termistöjen kanssa. (terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2019; Laine 2008, 51.)

Kansallisen kirjaamismallihankkeen ja sähköisen kirjaamisen myötä hoitotyön prosessilla on keskeinen tehtävä yhtenäisen kansallisen potilaskertomuksen luomisessa. Toinen keskeinen elementti on suomalainen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitus. Nämä yhdessä muodostavat rungon rakenteiselle kirjaamiselle. Rakenteinen kirjaaminen edellyttää hoitotyön prosessin mukaista hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kirjaamista. Ammattilaisten kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen on välttämättömyyksiä sähköisten hoitotyön yhteenvetojen tietosisältöjen parantamiseksi. Tietosisällöt yhdenmukaistetaan rakenteisen kirjaamisen avulla. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007; Kuusisto 2018, 88.)

Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Hoidollisen päätöksenteon eli hoitotyön prosessin vaiheet ovat hoidon tarpeen määrit-

täminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Hoitotyön kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. Hoitotyön kirjaamisessa käytetään hoitotyön ydintietoja. Kansallisesti määritellyjä hoitotyön ydintietoja ovat *hoidon tarve*, *hoitotyön toiminto*, *hoidon tulos*, *hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo*. Hoitotyön prosessimallin mukaisia ydintietoja kuvattaessa hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan käyttämällä Finnish Care Classification eli FinCC - luokituskokonaisuutta. Se perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification eli CCC – luokitukseen. FinCC eli suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 3.0), suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL 3.0) ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTuL 1.0). Varsinainen kirjaaminen tapahtuu luokkien alle vapaamuotoisen kertovan tekstin avulla. Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL ja Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL koostuvat molemmat 17 komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia (Liljamo ym. 2012, 10.)

Ylin taso eli komponenttitaso on yhteisotsikko aihealueelle, joka kokoaa alleen konkreettisemmat pääluokat ja alaluokat. Tämä hierarkia sekä SHTaL ja SHToL luokitusversioiden 3.0 ala- ja pääluokkien lukumäärät on esitetty kuviossa 1. Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545. Komponentit kuvaavat kaikkein abstrakteinta tasoa. Komponenttien alle on koottu tarveluokituksen ja toimintoluokituksen konkreettisemmat pää- ja alaluokat, joilla kirjaaminen käytännössä tapahtuu. (Liljamo ym. 2010, 12.)



Kuvio 1. SHTal ja SHTol rakenne ja pää- ja alaluokkien määrät, versio 3.0. (Liljamo ym. 2010, 12)

3.3 Hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön yhteenveto on lyhyt, ytimekäs ja arvioiva tiivistelmä, joka tehdään hoitajakson päättyessä, siirrettäessä potilas yksiköstä toiseen, sairaalasiirron yhteydessä, kotiutettaessa tai potilaan kuollessa. Hoitotyön yhteenvedossa verrataan potilaan tulo-tilannetta nykyiseen tilanteeseen ja kootaan hoitajakson aikana tapahtuneet keskeiset asiat ja tarvittaessa täydennetään rakenteisella tiedolla. Hoitotyön yhteenveto antaa kattavan käsityksen jo annetusta hoidosta ja potilaan tilanteesta. Sähköisen kirjaamisen myötä päivittäistä kirjaamista pystytään paremmin hyödyntämään hoitotyön yhteenvedon laatimisessa. Hoitotyön yhteenvedon sekä lääkärin kirjoittaman epikriisin avulla päästään hoidossa alkuun seuraavassa hoitopaikassa. Hoitotyön yhteenvedon tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus. (Ahonen ym. 2007; Mykkänen, Miettinen & Saranto 10/2018, 253.)

Hoitotyön yhteenvetoon kirjataan hoitajakson tapahtumat: tulosyy, asetetut hoidon tarpeet ja tavoitteet, tehdyt hoitotyön toiminnot ja interventiot sekä niiden arvioidut vaikutukset suhteessa tavoitteisiin, arviointi potilaan nykytilanteesta sekä laaditut jatko-hoitosuunnitelmat. Hoitotyön yhteenvedon tulee muodostua hoitajakson kannalta keskeisistä ydintiedoista (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset) sekä hoitoisuusluokasta numeraalisena ja sanallisena merkintänä. Yhteenvetoa täydennetään rakenteisesti hoitotyön luokitusten pää- ja alaluokkien ja vapaamuotoisella tekstillä. (Saranto ym. 2007, 170; Hassinen 2007; Liljamo ym. 2010, 12.)

Hassisen (2007) mukaan sisällöllisesti kattava hoitotyön yhteenveto muodostuu yhteenvedon omaisena koko hoitajakson ajalta mahtuen pääsääntöisesti yhdelle A4-sivulle. Kirjaamisessa tulee huomioida potilaslähtöisyys, yksilöllisyys ja potilaan kunnioittaminen. Lisäksi sisällöllisesti vapaa teksti on hoitotyön tarpeen määrittämisen ja toteutuksen osalta lyhyttä ja ytimekästä. Hoitotyön yhteenvedon koostaa terveydenhuollon ammattihenkilö hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista, joita

tarvittaessa täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien avulla ilmaistuilla tiedolla ja vapaamuotoisella tekstillä sekä hoitoisuustiedolla. Potilaan hoitoisuus ilmaistaan sekä numeerisesti että sanallisesti. Hoitotyön yhteenvetoon siirtyy tai voidaan joutua siirtämään manuaalisesti muualta potilaskertomuksesta tarvittavat yhteiset tiedot, kuten potilaan henkilötiedot, osasto / yksikkötiedot, hoidon aloitus, hoitojakso ja tulotilanne. Hoitotyön yhteenveto on osa palvelutapahtuman yhteenvetoa. Hoitotyön yhteenvetoa voidaan hyödyntää potilaan jatkohoitopaikkaan lähetettävässä hoitopalautteessa sekä seuraavilla hoitojaksoilla. (Liljamo ym. 2012, 18.)

Potilaan hoitoisuutta voidaan mitata eri toimintakykymittareita käyttäen. Tämän opin näytetyön kohdeorganisaatiossa käytössä on RAVA-toimintakyvyn mittari. RAVA on kuntaliiton omistama ja FCG:n (Finnish Consulting Group Oy) lisensoima ikäihmisen toimintakyvyn mittari. Sitä voidaan käyttää yli 65-vuotiaan asiakkaan toimintakyvyn ja päivittäisen avuntarpeen arvioinnin välineenä. Mittarin avulla saadaan potilaan Rava-indeksi, jota voidaan hyödyntää muun muassa avuntarpeen arviointiin ja palvelujen suunnitteluun. RAVA-mittarilla potilaan toimintakykyä arvioidaan näön, kuulon, puheen, liikkumisen, rakon ja suolen toiminnan säätelyn, ruokailemisen, lääkityksen, pukeutumisen, peseytymisen, muistitoimintojen ja psykomotoristen toimintojen säätelyn kautta. Saatavan indeksin arvo vaihtelee välillä 1,29-4,02, jossa suurin arvo tarkoittaa täysin hoidettavaa potilasta. (sotetieto.fi 2019; TOIMIA-tietokanta 2019; juva.fi/ravatar 2019.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitotyön yhteenvetojen tietosisällöissä on koettu puutteita muun muassa ruokavalion, hoitotahdon, potilaan saaman ohjauksen, sovittujen asioiden sekä potilaan voinnissa tapahtuneiden muutosten tai lähtötilanteen voinnin ja toimintakyvyn osalta. Hoitotyön yhteenvedoissa siis potilaan yksilöllisyys ja hoitotyön vaikuttavuuden arviointi jäävät usein puutteellisiksi. (Kuusisto 2018, 69; Mikkonen 2010, 41.) Ritolan tekemän YAMK-opinnäytetyön (2010, 34) mukaan hoitotyön yhteenvetojen kehittämiskohteiksi nousivat hoitotyön näkökulma ja yhteenvedon rakenne sekä otsikoiden käyttö. Hoidon tulokset olivat yleisimmin jääneet kirjaimatta, samoin potilaan hoidon kannalta tärkeät tavoitteet ja vain muutamassa yhteenvedossa oli maininta potilaan saamasta ohjauksesta. Samansuuntaisiin tuloksiin on päätynyt Wickström (2010, 31) yhteenvetojen tietosisältöjen puutteellisuuden osalta.

Kirjausten vajavaisuuden takia hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista ei voitu hahmottaa. Lisäksi kirjausten sisällön niukkuuden takia oli vaikea hahmottaa yksilöllinen, potilaslähtöinen ja potilasta kunnioittava näkökulma kirjaamisessa.

Hoitotyön keskeisistä rakenteisista tiedoista hoitotyön prosessin vaiheista hoidon tarve ja hoitotoimet kirjattiin useimmin ja hoidon tulosta kirjattiin harvemmin, toteaa Mykkänen, Miettinen & Saranto (2018) tutkimuksessaan. Tulosten mukaan hoitotyön yhteenvedoissa käytettiin myös rakenteeseen kuulumattomia tietorakenteita ja otsikoita. Ritolan tekemän opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin hoitajien yhteenvedojen kirjaaminen lääketieteen termein ja lääketieteen näkökulmasta. (Ritola 2010, 32-33.) Samansuuntaisiin tuloksiin on päätenyt Järvinen & Laaksonen (2016, 3) tutkiessaan hoitotyön yhteenvedoja neljällä vuodeosastolla. Heidän tutkimustulostensa mukaan hoitotyön yhteenvedojen sisällön kirjaaminen oli suppeata ja hoitotyön näkökulma jäi piiloon. Sisällöstä puuttui lähes kokonaan ohjauksen ja hoidon vaikuttavuuden kirjaaminen.

Kuusiston (2018, 63) väitöskirjan mukaan hoitotyön yhteenvedo arvioitiin tiiviiksi ja selkeäksi tietopakettiksi jatkohoidon kannalta oleellisista tiedoista, joita ovat mm. liikuminen, ravitseminen, suolentoiminta, lääkitys ja psykologinen säätely. Tärkeimpänä asiana yhteenvedosta löytyväksi saatujen tutkimustulosten mukaan pidettiin potilaan vointia siirtotilanteessa. Järvisen & Laaksonen (2016, 3) hoitotyön yhteenvedojen laadullisen analyysin perusteella yhteenvedoja tulisi kehittää siten, että hoitotyön näkökulmaa painotetaan ja tavoitteet kuvataan hoitotyön näkökulmasta. Lisäksi he esittivät, että yhteenvedoissa käytetään ohjeen mukaisia otsikoita sovitussa järjestyksessä ja jatkohoitoon siirtymisen syyt ja hoito-ohjeet kirjataan yhteenvedoon. Nämä tutkimustulokset ovat samansuuntaisia kuin Ritolan (2010) tekemässä tutkimuksessa. Yhdenmukaisesti kirjatut rakenteiset tiedot ja otsikot ovat yhteinen käsitteistö tiedon kirjaajille ja käyttäjille. Tämä vähentää tulkintaepäselvyyksiä, edistää hoidon jatkuvuutta ja vahvistaa hoitoturvallisuutta. (Mykkänen ym. 2018, 251-263.)

3.4 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus on merkityksellistä sekä potilaille että heitä hoitaville ammattilaisille. Hoidon jatkuvuus vahvistaa vuorovaikutusta ja yhteistä ymmärrystä. Hoidon jatkuvuudella on osoitettu olevan yhteys potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen, turvallisuuden tunteeseen ja luottamukseen. Hoidon jatkuvuus on keskeinen terveydenhuollon laatutekijä ja yksi perusterveydenhuollon kulmakivistä. Hoidon jatkuvuus on oleellinen osa laadukasta ja vaikuttavaa perusterveydenhuollon hoitotyötä. Hyvän hoidon edellytyksenä on potilaan ja hänen omaistensa tieto siitä, kuka häntä hoitaa. Täydelliset, tarkat ja reaaliaikaiset loppuyhteenvedot ovat tärkeitä hoidon jatkuvuuden kannalta. (Raivio 2016, 34, 39; Lhenbom ym. 2014, 4.)

Hoitotyön yhteenvedon tavoitteena on hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja potilasturvallisuus. Kuusiston (2018, 82, 90) mukaan hoitotyön yhteenvedon vastaanottaneet arvioivat tiedonkulun luotettavammaksi ja nopeammaksi kuin ne, jotka eivät olleet niitä vastaanottaneet ja hän esittääkin tutkimustuloksissaan, että sähköisen hoitotyön yhteenvedon painopiste tulisi siirtää menneistä tapahtumista tulevaisuuden hoitosuunnitelmaan. Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen tulosten perusteella hoitotyön yhteenvedoon kirjattu jatkohoitosuunnitelma oli sujuvoittanut potilaan jatkohoidon alkamista, koska potilaan hoitoon liittyvät tiedot olivat selkeämpiä ja kokonaisvaltaisempia kuin aikaisemmissa hoitajan palautteissa. Sähköiset hoitotyön yhteenvedot olivat lisäksi vähentäneet yhteydenottoja vastaanottavista yksiköistä ja tiedonsiirron koettiin parantuneen. (Hassinen 2007.) Myllärin & Salosen (2017, 65) mukaan erikoissairaanhoidon henkilöstöstä kaikki pitivät hoitotyön yhteenvedoa merkittävänä tiedonsiirron apuvälineenä. Myös suurin osa kotihoidon henkilöstöstä piti hoitotyön yhteenvedoa tiedonsiirron apuvälineenä hoitovastuun siirroissa.

Hoitotyön yhteenvedon tulisi antaa tiedot potilaasta hoitotyön näkökulmasta, jotta hoidon tavoite olisi selkeä ja potilaan hoito jatkuisi keskeytyksettä hoitopaikan ja hoitajien vaihtuessa. Tämän vuoksi tulisi välttää lääketieteellisiä, latinankielisiä termejä. Hoitotyön yhteenvedo tulisi tehdä selkeäksi ja ymmärrettäväksi, jotta vastaanottavassa

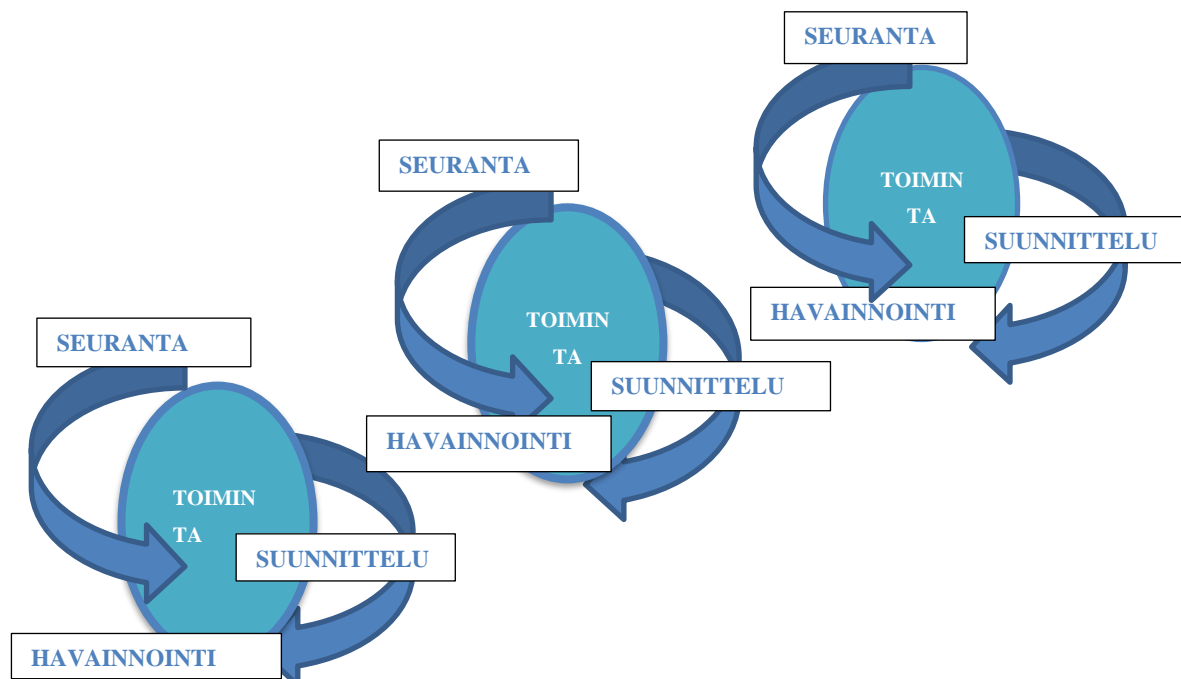
yksikössä ei tuhlautuisi aikaa vaikeasti ymmärrettävien termien selvittelyyn. Hoitotyön yhteenvedoissa täytyisi näkyä jatkohoitopaikan kannalta kaikki tarpeelliset otsikot ja niiden alle rakentuvat sisältöalueet. Hoitotyön yhteenvedojen tietosisältö tulisi olla samanlainen riippumatta henkilöstä, joka kirjaa asioita. Hoitotyön yhteenvedoissa pitäisi välttää päällekkäisiä kirjauksia, ristiriitaisuuksia ja epäolennaisuuksia. Hoitotyön yhteenvedon tulisi olla informatiivinen potilaalle sekä häntä hoitaville ammattilaisille ja jatkohoidon merkityksen tulisi korostua. Sähköinen hoitotyön yhteenvedo palvelee potilaan hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta koko hoitoketjussa ja myös potilaan omahoidossa, jos sen sisältämät tiedot vastaavat potilaan tarpeita sekä ovat oleellisia, oikeita ja ajantasaisia jatkohoidon kannalta. (Ritola 2010, 34-35, Mylläri & Salonen 2017, 65-66, Kuusisto 2018, 88.)

4 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ

4.1 Toimintatutkimuksen määritelmä

Tässä opinnäytetyössä kehittämismenetelmänä käytetään toimintatutkimusta. Toimintatutkimus on kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen yhdistelmä, joka tähtää ongelmanratkaisuun ja sitä kautta muutokseen. Toimintatutkimus pyrkii tiedon lisäämiseen, joka tulee tutkimusosion kautta. Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi ja siinä on aina mukana ihmisiä käytännön työelämästä. Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus – ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Toimintatutkimus liittyykin oleellisesti käytännön työelämään liittyviin ongelmiin, niiden tiedostamiseen ja poistamiseen. Tästä syystä toimintatutkimus kohdistuu yksittäiseen tapaukseen ja tulokset pitävät paikkansa vain tämän tapauksen suhteen. Toimintatutkimus ei pyri ensisijaisesti yleistämiseen perinteisen tutkimuksen tavoin. Toimintatutkimuksella pyritään todellisuuden muuttamiseen, mikä tarkoittaa käytännön toiminnan ja teoreettisen tutkimuksen vuorovaikutusta. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 16-17; Kananen 2009, 24; Kananen 2014, 11-12, 28; Kananen 2017, 40; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 60.)

Toimintatutkimus on tutkimusstrategia, jolla lähestytään ja saadaan tietoa ilmiöstä, jotta muutos voitaisiin toteuttaa. Toimintatutkimuksessa kehittämisen kohteena on sosiaalinen käytäntö, joka on altis muutoksille. Toimintatutkimus pyrkii kehittämään osanottajien tietoja, käytännöllistä osaamista ja asiantuntemusta ja sen päämääränä on käyttökelpoisen tiedon lisääntyminen. Toimintatutkimus on lähestymistapa, jossa ollaan kiinnostuneita siitä, miten asioiden pitäisi olla, eikä vain siitä, miten ne ovat. Taavoitteena on asioiden kuvaamisen sijaan nykyisen todellisuuden muuttaminen ja siihen liittyy käytännönläheisyyden vaatimus. (Heikkinen ym. 2007, 22, 27; Kananen 2014, 13-14; Metsämuuronen 2008, 30; Ojasalo ym. 2015, 58.)



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen syklinen prosessi mukaillen (Kananen 2014, 13.)

Toimintatutkimus on interventioon perustuva, käytännönläheinen, osallistava, reflektiivinen ja sosiaalinen prosessi. Toimintatutkimuksen prosessimaisuus selittyy toisiaan seuraavien syklien avulla tapahtuvalla toiminnan jatkuvalla kehittämisellä (kuvio 2). Toiminta etenee suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin spiraalisena kehänä, jossa jokaista vaihetta toteutetaan sekä suhteutetaan toisiinsa systemaattisesti ja kriittisesti. Nämä eri vaiheet toistuvat tutkimusprosessin kuluessa useamman kerran. (Heikkinen ym. 2007, 22, 27; Kananen 2014, 13-14; Metsämuuronen 2008, 30; Ojasalo ym. 2015, 60-61; Kuusela 2005, 22.)

4.2 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa

Toimintatutkimuksessa tutkija on itse mukana tutkimuksen kohteena olevassa muutosprosessissa. Toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan tehden tutkimuskoh- teeseensa tarkoitukselliseen muutokseen tähtäävän väliintulon eli intervention. Tutkija on siis aktiivinen vaikuttaja ja toimija toisin kuin perinteisessä tutkimuksessa, missä

tutkittava ilmiö ja tutkija tulee pitää erillään. Toimintatutkimuksessa tutkija on siis keskeisessä roolissa muutoksen organisoinnissa ja siten osa tutkimuksen kohdetta. Tutkija käynnistää muutoksen ja rohkaisee ihmisiä tarttumaan asioihin, jotta niitä voidaan kehittää heidän kannaltaan paremmiksi. (Heikkinen ym. 2007, 19-20; Kananen 2017, 42.)

Toimintatutkimukselle on luonteenomaista, että tutkija on ilmiön kanssa itse tekemisissä tai että hänellä on jonkinlainen kosketuspinta tieteellisen kohteensa käytännön ilmiöihin. Tutkimuskohteen tarkasteleminen sisältäpäin vaikuttaa tutkijan suhtautumiseen aineistoonsa ja sen analysointiin. Kun tutkija perinteisesti hankkii ensin aineiston ulkopuolisesta näkökulmasta, analysoi sen ja tekee päätelmänsä sen pohjalta, toimintatutkijalle myös oma välitön kokemus on osa aineistoa. Hän käyttää omia havaintojaan tutkimusmateriaalina muun tutkimusaineiston lisäksi, jolloin tutkijan ymmärrys muodostuu hiljalleen. Toisaalta toimintatutkijan roolia on pidetty ristiriitaisena. Hän ei ole objektiivinen tiedonkerääjä, vaan aktiivisessa vuorovaikutuksessa toiminnan kohteen kanssa oleva osallistuja. (Heikkinen ym. 2007, 20; Kananen 2014, 28; Jääskeläinen 2013, 71-72.)

Toimintatutkimukselle on ominaista, että tutkijan rooli muuttuu tutkimuksen kuluessa. Hän ei tee tutkimusta yksin eikä itseään varten tutkien jotakin valitsemaansa kohdetta, vaan toimii yhdessä osallistujien kanssa yhteisen tavoitteen mukaisesti. Toimintatutkijan esittämien toimintaehdotusten tulee olla lähtöisin tutkimuksen kohteen ja sen mahdollisuuksien analyysistä. Toimintatutkimuksen kenttätyön onnistuminen edellyttää luottamuksen syntymistä toimintatutkijan ja toimijoiden välille. Toimintatutkijan ei tarvitse olla käsiteltävän ilmiön asiantuntija ja näinhän tilanne on silloin, kun toimintatutkimusta käytetään puhtaasti työyhteisölähtöisesti. (Jääskeläinen 2013, 71-72; Kananen 2009, 51.)

Toimintatutkimuksen vetäjän tehtävänä on auttaa työyhteisöä työskentelemään toimintatutkimuksen syklin prosessin mukaan, tarjota sitä edistäviä työvälineitä ja edistää ryhmän toimintaa. Hän panee likoon itsensä tarjoamalla työyhteisön käyttöön teoreettisen tietämyksensä ja osaamisensa kehittämisen ja ongelman ratkaisun osalta. Vetäjän

ensisijaisia tehtäviä ovat ryhmähengen luominen ja toimintatutkimusprosessin läpivieminen. Vetäjän pitää saada jokainen ryhmän jäsen ottamaan kantaa ja osallistumaan toimintasyklin jokaiseen vaiheeseen, sillä vain tällä taataan sitoutuminen hankkeeseen. (Kananen 2009, 52-53.)

Tässä kehittämistyössä opinnäytetyön tekijä on kohdeorganisaation jäsen. Opinnäytetyön tekijä työskentelee itse osastolla, jolla nykytilan kartoitus tehtiin ja hoitotyön yhteenvetojen kirjaaminen kuuluu opinnäytetyön tekijän työhön. Täten kehittämistyön lähtökohdat ovat tuttuja myös käytännön kautta. Kehittämistyön alkuvaiheessa opinnäytetyön tekijän rooli tässä tutkimuksessa oli havainnoivan tutkijan rooli. Myös ongelmatilanteen analyysi sekä parannusehdotus suoritettiin opinnäytetyön tekijän toimesta. Opinnäytetyön tekijä toimi lisäksi kehittämisprosessissa työpajojen vetäjänä. Laadittua parannusehdotusta työstettiin yhdessä kohdeorganisaation kanssa työpajoissa kehittämällä uutta kirjaamistapaa.

4.3 Toimintatutkimuksen eri vaiheet kehittämistyössä

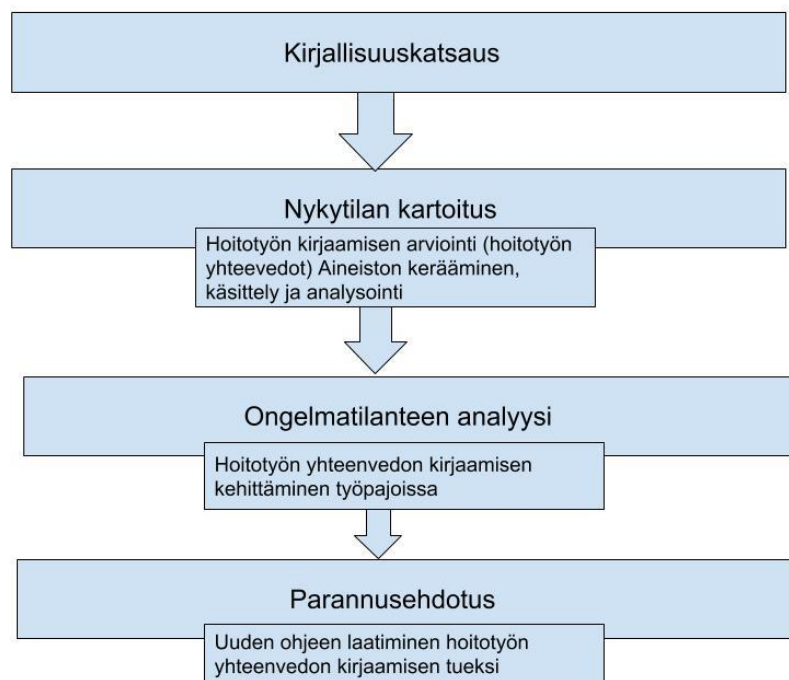
Toimintatutkimus etenee vaiheittain. Kanasen (2014, 34) mukaan toimintatutkimuksen vaiheet ovat: 1) nykytilan kartoitus, 2) ongelmatilanteen analyysi, 3) synteesi eli parannusehdotus, 4) kokeilu, 5) arviointi ja 6) seuranta. Tässä kehittämistyössä on hyödynnetty Kanasen esittämiä vaiheita siten, että varsinaiseen opinnäytetyöhön kuuluvat vaiheet yhdestä kolmeen. Kokeilu-, arviointi- ja seurantavaiheet jäävät kohdetoimintaympäristön toteuttamaksi. Kohdeorganisaatio toteuttaa arviointia testatessaan jatkossa laadittua kirjaamismallia käytännön työssä.

Toimintatutkimus tähtää jatkuvaan muutokseen, kehittämiseen ja oppimiseen. Toiminnan kautta voidaan tavoittaa prosessi, siihen liittyvä tieto ja aikaansaada muutos. Tutkija tekee osallistuvaa havainnointia päästäkseen selville ilmiön syvimmästä olemuksesta. Osallistavalla toimintatutkimuksella ymmärretään sitä, että tutkimuskohteena olevan yhteisön jäsenet osallistuvat tutkimukseen ja muuttavat yhdessä toimintakäytäntöjä. Kehittämisprosessissa vuorottelevat suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi. (Jääskeläinen 2013, 65; Kananen 2014, 13; Ojasalo ym. 2015, 61.) Tässä kehit-

tämistyössä syklimäisyys tulee esille reflektiossa ja arvioinnissa, jota työyhteisön jäsenet käyvät kehittämistyöpajoissa kehittämisprosessin aikana yhdessä opinnäytetyöntekijän kanssa. Työpajojen välissä hoitohenkilökunta myös testaa uutta kirjaamistapaa, sitä arvioidaan ja muutetaan seuraavissa työpajoissa arvioinnin ja käytännön havaintojen mukaan.

Kehittämistyö edellyttää kehitettävän kohteen määrittämisen ja nimeämisen. Nimeämisvaiheen jälkeen on vuorossa ongelman tarkka määrittely. Toiminnan onnistumisen kannalta on merkityksellistä, miten ongelma pystytään määrittämään ja sen jälkeen muuttamaan tutkimuskysymyksiksi, joilla tuotetaan tietoa ongelman ratkaisemiseksi ja poistamiseksi. Ongelman ytimen löydyttyä seuraa ongelman poistamisen keinojen miettiminen eli interventio. Ongelmatilanne siis määritellään ja täsmennetään. Tämän jälkeen interventiolla katsotaan, mitä saatiin aikaiseksi. (Kananen 2014, 36,39.)

Kehittämistehtävän alussa määriteltiin käytännön työelämästä noussut ongelma, joka oli hoitotyön yhteenvedoissa ilmennyt rakenteisen kirjaamisen puutteellisuus. Sen jälkeen tehtiin nykytilan kartoitus ja ongelmatilannetta analysoitiin opinnäytetyöntekijän toimesta. Analysoinnin pohjalta määriteltiin parannusehdotukset, jotka olivat hoitotyön yhteenvedojen rakenteisuuden kehittäminen, kirjaaminen hoitotyön näkökulmasta sekä tietosisältöjen kirjaamispaikoista sopiminen hoitotyön yhteenvedoihin. Kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin perehtyminen tapahtui samaan aikaan nykytilan kartoituksen tekemisen kanssa. Parannusehdotusten työstäminen ja hoitotyön yhteenvedon kirjaamisohjeen laatiminen rakenteisen kirjaamisen kehittämiseksi tapahtui Perusturvakuntayhtymä Akselin vuodeosastolla pidetyissä työpajoissa, joihin osaston hoitohenkilökunta osallistui. Kehittämistehtävän eteneminen on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Kehittämistehtävän eteneminen mukaillen (Kananen 2014, 34.)

Kehittämismenetelmäksi tähän opinnäytetyöhön valittiin toimintatutkimus sen ongelmanratkaisuluonteen ja käytännönläheisyyden vuoksi. Toimintatutkimuksessa pyritään vastaamaan johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. (Metsämuuronen 2008, 29.) Lisäksi opinnäytetyöntekijä oli kehittämisprosessissa mukana osana kohdeorganisaation työyhteisöä, mikä on ominaista juuri toimintatutkimukselle. Myös konstruktivistista kehittämismenetelmää mietittiin, mutta toimintatutkimus sopii paremmin juuri tämän opinnäytetyön kehittämismenetelmäksi, koska se on osallistuvaa ja osallistavaa tutkimusta, joka korostaa tutkimuskohteena olevan yhteisön jäsenten osallistumista tutkimukseen. Kyseessä on koko työyhteisön muutosprosessi, jolloin tarvitaan kaikkien toimijaosapuolten sitoutumista projektiin. Konstrukttiivinen tutkimus on enemmän suunnittelua ja käsitteellistä mallintamista sekä mallien toteutusta ja testaamista. (Heikkinen ym. 2007, 50; Metsämuuronen 2008, 29; Ojasalo ym. 2015, 65.)

Toimintatutkimuksen lähestymistapa tässä opinnäytetyössä on lähimpänä praktista lähestymistapaa, koska toimintatutkija rohkaisee kehittämisprosessin aikana siihen osallistujia aktiiviseen osallistumiseen ja oman toimintansa reflektointiin hoitotyön yhteenvetojen kehittämistyöpajoissa. Opinnäytetyön päämääränä on siis ammatillinen kehittyminen, toimijoiden parantunut itseymmärrys omasta toiminnastaan ja uudenlaisen tietoisuuden syntyminen. Tavoitteena on saavuttaa hoitohenkilökunnan keskuudessa ymmärrys hoitotyön yhteenvetojen kehittämistarpeista ja niiden merkityksestä potilaiden jatkohoidon suunnittelussa. Lisäksi opinnäytetyön tekijä ja siihen osallistujat tekevät yhteistyötä kehittämisprosessin aikana, mikä kuuluu praktiseen lähestymistapaan. Toisaalta toimintatutkimus tässä opinnäytetyössä sisältää myös kriittisemansipatorisia piirteitä siltä osin, että opinnäytetyön tekijä käynnistää muutosprosessin työyhteisössään ja koordinoi yhteistoimintaa ja osallistujia työpajoihin sekä jakaa vastuun toiminnasta yhdessä muiden kanssa. Tekninen lähestymistapa ei sovellu tähän toimintatutkimukseen, koska siinä tutkija toimii ulkopuolisena asiantuntijana. (Heikkinen ym. 2007, 47.)

5 HOITOTYÖN YHTEENVEDON KEHITTÄMISPROSESSI

5.1 Nykytilan kartoitus

Nykytilan kartoituksen tavoitteena on etsiä kehitettäviä kohteita ja kehittämiskohteet eli tutkimusongelmat muutetaan kehittämiskysymyksiksi, joihin sisältyvät toiminta ja muutos (Kananen 2014, 52). Nykytilan kartoitus ja ongelmatilanteen analyysi toteutetaan opinnäytetyöntekijän toimesta keräämällä tietoa sisällönanalyysin keinoin olemassa olevista dokumenteista eli hoitotyön yhteenvedoista.

5.1.1 Aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineistona käytetään olemassa olevia dokumentteja eli laadittuja hoitotyön yhteenvetoja. Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset ratkaistaan tiedolla eli kerätyllä aineistolla. Kaikkia kirjallisen aineiston muotoja voidaan käyttää laadullisen tutkimuksen tiedonkeruulähteinä. Kirjallisia aineistoja voidaan käyttää sellaisenaan tutkimusmateriaalina. Kaikki sellainen aineisto, jolla on merkitystä tutkimuksen kannalta, voidaan hyödyntää tutkimusongelman ratkaisussa. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa aineiston laatu on määrää tärkeämpi. (Kananen 2014, 77, 90-95, 101; Kananen 2017, 67.)

Laadullisessa tutkimuksessa tekstejä käsitellään muun muassa sisällönanalyysin keinoin. Aineiston sisällönanalyysissä luokitteluun tarvitaan lähtökohta, joka voi olla aineistolähtöinen. Aineistoa pitää kysymystä ratkaisun ja tulkinnan löytämiseksi. Aineistolähtöisessä luokittelussa teksti luokitellaan sen mukaan, mitä aineistosta löydetään. Teoreettisessa luokittelussa puolestaan käytetään apuna teorian luomia käsitteitä ja pyritään niiden avulla katsomaan aineistoa. Aineistosta haetaan tyypillistä kertomusta, toiminnan logiikkaa, prosesseja tai malleja, samanlaisuutta tai erilaisuutta tai selitystä ilmiölle. Ratkaisun löytämisessä tarvitaan intuitiota, pitäisi pystyä näkemään aineistosta, mitä se viestii tai tahtoo sanoa. Tähän vaikuttavat koodaus ja luokittelu, sillä ne tehdään jotain ratkaisua silmällä pitäen. Aineiston sisällön analyysissä tehdään

abstrahointi eli aineisto järjestetään sellaiseen muotoon, että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voidaan irrottaa yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista ja lausumista sekä siirtää yleiselle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. (Kananen 2017, 68,141,148; Metsämuuronen 2008, 48.)

Sisällönanalyysimenetelmällä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi sopii hyvin täysin strukturoimattomankin aineiston analyysiin. Tällä menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä saadaan kerätty aineisto järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten ja se voidaan muodostaa teorialähtöisesti. Tällöin aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan käsitejärjestelmään, joka voi olla teoria, malli tai käsitejärjestelmä ja siitä käytetään termiä deduktiivinen sisällönanalyysi. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117,127.)

Kartoituksen aineisto kerättiin Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutilla vuodeosastolla 24.9. – 7.10.2018 välisenä aikana kooten kaikki tuona ajanjaksona tehdyt hoitotyön yhteenvedot. Aineistoksi saatiin yhteensä 23:n potilaan HOIYHT- lehti (n=23). Kopiot hoitotyön yhteenvedoista pyydettiin osastonhoitajalta niin, että potilaan nimi ja henkilötunnus, sekä yhteenvedon laatijan nimi olivat poistettu eivätkä siis tulleet tutkijan tietoon. Tutkimuslupa opinnäytetyön suorittamiseen (Liite 1) oli saatu ennen nykytilan kartoituksen suorittamista.

Aineiston analyysi aloitettiin numeroimalla hoitotyön yhteenvedot sattumanvaraiseen järjestykseen yhdestä kahteenkymmeneenkolmeen. Aineisto luettiin huolellisesti useaan kertaan läpi. Analyysin avuksi luotiin analyysirunko hoidollisen päätöksenteon prosessimallin vaiheiden mukaisen kirjaamisen SHTaL -ja SHToL – luokitusten pohjalta. Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) koostuvat molemmat 17 komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta (Liljamo 2012, 10.) Aineiston analyysi perustui siis aiempaan käsitejärjestelmään ja analyysiyksiköksi valittiin otsikointi. Analyysissä kiinnitettiin huomiota, löytyikö yhteenvedoista suomalaisen luokituksen mukaiset hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulos -otsikot sekä komponentit näihin liittyen. Sen jälkeen tehtiin analyysiä

helpottavia taulukoita manuaalisesti ja aineistosta löydetty komponentit kirjattiin taulukkoon. Analyysissä huomioitiin lisäksi jatkohoitoon liittyvät kirjaukset tutkimuskysymysten pohjalta: Löytyykö yhteenvedoista jatkohoidon kannalta oleelliset tiedot ja mitä jatkohoitoon liittyviä tietoja niihin on kirjattu?

Jo analyysin alkuvaiheessa hoitotyön yhteenvedoista nousi esiin kehittämistarpeita ja ne kirjoitettiin muistiin. Taulukointia jatkettiin jatkohoitoon liittyvien kirjausten luokittelulla sekä poimimalla niistä esiin nousseita asioita.

5.1.2 Kartoituksen tulokset

Komponenttien käytössä oli suurta vaihtelua hoitotyön yhteenvedoissa. (Taulukko 1.) Kirjaaminen oli eri tyylistä ja pääluokkina käytetyt otsikot vaihtelivat yhteenvedosta toiseen. Eniten yhdenmukaisina toistuvat komponentit olivat Lääkehoito (f=6) ja Erittäminen (f=5). Otsikoinnin vaihtelevuus voi johtua osaltaan siitä, etteivät hoitosuunnitelmaan laaditut komponentit siirry automaattisesti hoitotyön yhteenvedo -lehdelle. Yhteenvedon laatijan täytyy kirjoittaa komponentit käsin uudelleen. Tämän takia esimerkiksi pääluokka suoliston toiminnan seuranta oli kahdessa hoitotyön yhteenvedossa kirjattu muotoon suolen toiminnan seuranta. Toisaalta yhteenvedoista löytyi myös FinCC-luokitukseen kuulumattomiakin pääluokkia, kuten esimerkiksi tutkimuksen tekeminen, kuntoutuminen, aktiivisuus, hoidon linjaukset ja painon kontrollointi. Komponentteja oli käytetty monipuolisesti kolmea komponenttia lukuun ottamatta. Terveyskäyttäytyminen, turvallisuus tai elämäntapa -komponentteja ei käytetty yhdessäkään yhteenvedossa.

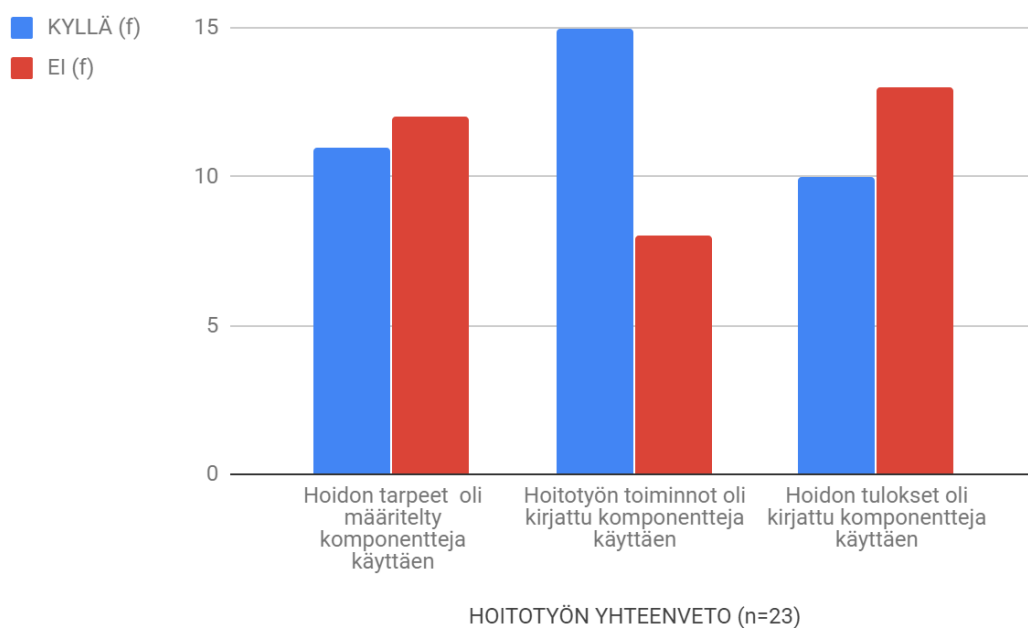
Taulukko 1. Hoitotyön yhteenvedoissa käytetyt FinCC -luokituskokonaisuuden komponentit sekä pää -ja alaluokat mukaillen Liljamo ym. 2012,11

KOMPONENTTI	HOIDON TARVE SHTaL	HOITOTYÖN TOIMINNOT SHToL	HOIDON TULOS SHTuL
Aktiviteetti	Aktiivisuus Kuntoutuminen	Aktiviteetti (2) Uni- tai valvetilan seuranta Kuntoutuminen	Uni- tai valvetilan seuranta Aktiviteetti Kuntoutuminen

Erittäminen	Suolen toiminnan seuranta (2) Virtsaaminen Erittäminen (2) Kestokatetrihoidon toteuttaminen	Suoliston toiminnan seuranta Virtsaamisen seuranta (2) Suolen toiminnan seuranta (2) Erittäminen (5) Ummetuksen hoito Virtsaaminen Kestokatetrihoidon toteuttaminen	Erittäminen (4) Virtsaamisen seuranta (2) Kestokatetrihoidon toteuttaminen
Selviytyminen	Selviytyminen (4)	Potilaan selviytymiskyvyn arviointi Selviytymiskyvyn arviointi (4) Selviytyminen (3)	Selviytyminen (3) Selviytymiskyvyn arviointi
Nestetasapaino	Nestetasapainon seuranta	Turvotusten tarkkailu Nestetasapainon seuranta Nesteytys Painon kontrollointi	Nestetasapainon seuranta Nesteytys Painon kontrollointi
Terveyskäyttäytyminen			
Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio	Tutkimuksen tekeminen Tutkimus- ja hoitotoimenpiteet Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio	Tutkimuksen tekeminen Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio (2) Tutkimuksen, toimenpiteen ja näytteenoton suorittaminen (2) Tutkimus- ja hoitotoimenpiteet	
Lääkehoito	Lääkehoito (3) Lääkitys	Lääkehoito (6) Lääkkeen antaminen (2) Lääkitys	Lääkitys Lääkkeen antaminen Lääkehoito (2)
Ravitsemus	Ruokailun seuranta Ravitsemus Ruokailu	Ruokailun seuranta Ravitsemus (2)	Ravitsemus
Hengitys	Hengitys Hengityksen seuranta	Hengitys	Hengitys (2) Hengityksen seuranta
Verenkierto	Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta	Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta	Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta
Aineenvaihdunta	Verensokerin seuranta	Verensokerin seuranta ja hoito Aineenvaihdunta	Aineenvaihdunta
Turvallisuus			
Päivittäiset toiminnot	Päivittäiset toimet Päivittäiset toiminnot	Päivittäiset toimet Peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen (4) Liikkumisessa avustaminen Päivittäiset toiminnot	Päivittäiset toiminnot Peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen Liikkuminen

Psyykkinen tasapaino	Psyykkinen tasapaino	Psyykkinen tasapaino	
Aisti -ja neurologiset toiminnot	Kipu Aisti -ja neurologiset toiminnot Kivun seuranta	Kipu Kivun hoito (2) Kivun seuranta (2)	Kivun hoito (2)
Kudoseheys	Kudoseheys Haavan hoito (2) Hakasten poisto	Haavan hoito (3) Kudoseheys (2) Ihon kunto Ihon kunnon seuranta ja hoito Hakasten poisto	Kudoseheys Ihon kunnon seuranta Haavan hoito (2) Hakasten poisto
Elämänkaari			

Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukainen kirjaaminen oli osin puutteellista, kuten kuvioista 4. on nähtävissä.



Kuvio 4. Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukainen kirjaaminen hoitotyön yhteenvedoissa

Laadituissa hoitotyön yhteenvedoissa olivat joko hoidon tarvekomponentit kirjaamatta (f = 12) tai hoidon tarpeet oli määritelty (f = 11), mutta hoidon tulokset puuttuivat (f =

13). Yleisimmin hoidon tulokset olivat kirjaamatta. Ne puuttuivat kolmestatoista yhteenvedosta. Hoitotyön toimintoja oli kirjattu komponentteja käyttäen selvästi eniten ($f = 15$). Hoidon tarvetta, hoitotyön toimintoja ja hoidon tuloksia ei myöskään aina osattu erottaa, vaan ne oli kirjattu hoitotyön toimintojen alle. Esimerkkejä:

”painoa seurattu, joka hyvin laskussa ”

”molemmat jalat turvoksissa, käytetty Tubigrippejä tukisukkien sijaan ”

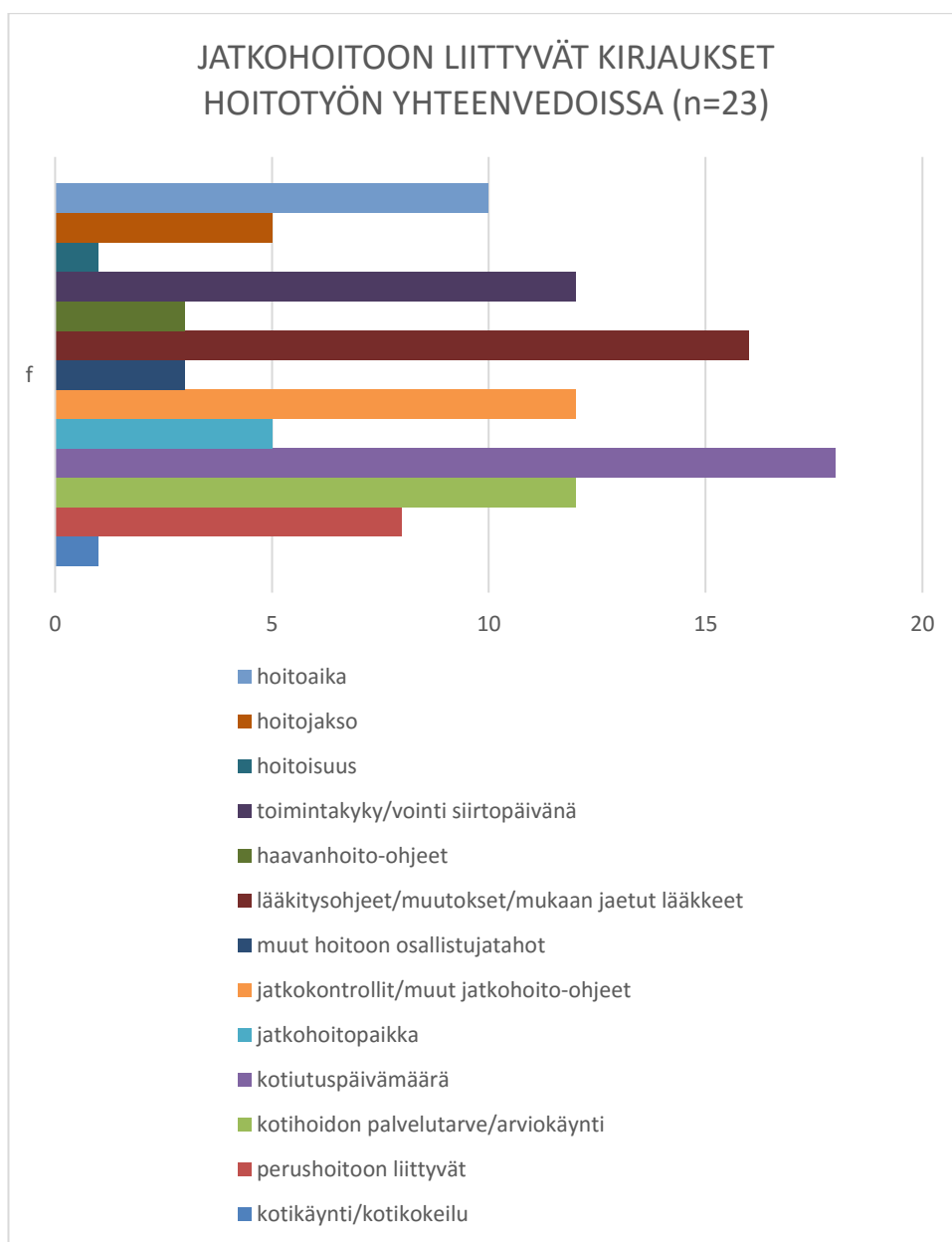
Rakenteinen kirjaaminen toteutui osittain. Viidessä yhteenvedossa ei oltu käytetty komponentteja lainkaan, vaan ne oli laadittu vapaata tekstiä käyttäen. Näistä yhteenvedoista oli vaikein löytää oleelliset tiedot nopeasti. Laadittujen hoitotyön yhteenvedojen pituus myös vaihteli. Pisimmät yhteenvedot olivat kaksi sivua pitkiä ja lyhimmat alle puoli A4-sivua. Esimerkkejä ilman komponentteja laadituista yhteenvedoista:

”ei kuumeilua, vointi kohentunut. Yskää edelleen, mutta rintakehän kivut helpottaneet. Lisähappea ei ole halunnut/tarvinnut. Silmät paranemaan päin. CRP laskenut ad 25.”

”kuntoutunut rollaattorin tuella ripeästi käveleväksi, liikkuu itsenäisesti. Viihtynyt päiväsalissa istumassa pitkiä aikoja. Puhelias ja sosiaalinen. Lonkan murtuma pysynyt hyvässä asennossa, kivuton. Murtuman suhteen ei jatkokontrolleja. Tarvitsee apua päivittäisen hygienian hoidossa. Kastelee ajoittain, vaipat on. Tavallinen ruokavalio. Hammasproteesit. Suihkussa ollut 4.10. Vatsa toiminut 2.10. Microlaxilla.”

Etenkin tausta- ja tulotilanteen kirjauksissa oli käytetty paljon lääketieteen termejä ja lääketieteen näkökulmaa. Potilaan diagnoosit oli lueteltu kaikissa yhteenvedoissa. Tulovaiheen kuvaukset olivat osin myös tarpeettoman pitkiä, yli puoli sivua A4-arkista. Näissä tapauksissa potilaan osastojakson tapahtumat ja jatkohoidon näkökulma jäivät liian vähäiselle huomiolle.

Jatkohoidon järjestämiseen liittyviä tietoja oli kirjattu kaikkiin yhteenvedoihin. Tietoja oli kuitenkin kirjattu hajanaisesti eri kohtiin. Osa jatkohoitoon liittyvistä tiedoista löytyi hoidon tarve -otsikon alta, osa hoitoisuus -otsikon alta, mutta suurin osa kuitenkin jatkohoidon järjestämisestä koskevat tiedot -otsikon alta. Kuviossa 5. on eritelty, mitä jatkohoitoa koskevia tietoja yhteenvedoihin oli kirjattu sekä niiden esiintyvyys.



Kuvio 5. Jatkohoitoon liittyvät kirjaukset hoitotyön yhteenvedoissa

Kotiutuspäivämäärä (f=18) mainittiin lähes kaikissa laadituissa yhteenvedoissa (kuvio 5.) Sen merkitystä jatkohoidon kannalta tulee työpajoissa arvioida. Jo aiemmin osastolla sovittu hoitojakson kirjaus yhteenvedon alkuun puolestaan puuttui kahdeksasta yhteenvedosta. Hoitojakso oli kirjattu viidessätoista yhteenvedosta. Yhteenvedoja lukiessani huomasin kahdenlaista termistöä käytettävän tässäkin kohtaa. Viidessä yhteenvedossa käytettiin termiä hoitojakso (f=5) ja kymmenessä yhteenvedossa käytettiin termiä hoitoaika (f=10). Jatkohoitoon liittyvistä kirjauksista yleisimmin oli kirjattu lääkitykseen, lääkkeiden jakoon ja lääkitysmuutoksiin liittyviä tietoja (f=16). Esimerkiksi:

”ateriainsuliinit lopetettu”

”Tavanic 500mg 1x1 jatkuu 2.10. saakka. Saa mukaansa ajantasaisen lääkelistan ja Tavanic 500mg -kuurin lopun.”

Jatkohoidon kannalta olennaisia perushoitoon liittyviä kirjauksia löytyi sekä hoitotyön toiminnot että hoidon tulokset otsikoiden alta. Niitä oli kirjattu aika vähän (f=8), kuten kuvio 5. on nähtävissä. Esimerkki jatkohoidon kannalta oleellisesta kirjauksesta perushoitoon liittyen:

”Ollut 25.9. suihkussa hoitajan pienin avuin.”

”Vatsa toiminut 27.9.”

”Kestokatetri vaihdettu 26.9.18”

Hoitoisuus (f=1) oli kirjattu vain yhdessä yhteenvedossa numeraalisesti RAVA-toimintakykymittarin indeksillä. Muutoin hoitoisuuskohtaan oli vaihtelevasti kirjattu jatkohoitoon liittyviä tietoja tai hoidon tuloksia ja potilaan toimintakykyä kuvaavia tietoja. Potilaan toimintakyky ja vointi siirtopäivänä (f=12) löytyi pääosin kirjattuna hoidon tuloksista. Mikäli hoidon tuloksia ei oltu kirjattu, toimintakykyä kuvaavat kirjatukset löytyivät hoitotyön toiminnot -kirjauksista. Jatkokontrollit (f=12), kuten laboratoriokontrollit tai tutkimusajat oli hyvin kirjattu jatkohoidon järjestämistä koskeviin

tietoihin yhdenmukaisesti. Haavanhoito-ohjeet (f=3) löytyivät hoitotyön toiminnot - otsikon alle kirjattuna ja vain yhdessä yhteenvedossa oli maininta, että potilaalle oli annettu erillinen haavanhoito-ohje mukaan.

Kotihoidon kanssa sovitut asiat (f=12) oli kirjattu kahteentoista yhteenvetoon joko jatkohoidon järjestämistä koskeviin tietoihin tai hoitoisuuskohtaan. Esimerkkejä:

”Kotiutuu 25.9. Kotihoidon arviokäynti kotona klo:13. Jatkossa mahdollisesti käynnit kolme kertaa vuorokaudessa ja lääkkeiden jako sekä lääkkeiden oton seuranta kotihoidon kautta.”

”24.9. sovittu, että kotihoidon käynnit jatkossa ainakin kaksi kertaa päivässä. Kotihoito vastassa 26.9. klo:13:30. Omaisen vaimo käy täyttämässä potilaan jääkaapin ja miettivät onko ateriapalvelu jatkoon tarpeellinen.”

5.1.3 Kartoituksen tulosten yhteenvedo ja ongelmatilanteen analyysi

Nykytilan kartoituksen analyysissä saatiin vastaus tutkimuskysymyksiin:

- Miten hoitotyön yhteenvetojen kirjaamisessa toteutuu rakenteisuus suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden mukaisesti?
- Kirjataanko yhteenvetoihin jatkohoitoon liittyvät oleelliset tiedot?
- Mitä jatkohoitoa koskevia tietoja kirjataan?

Rakenteinen kirjaaminen ei täysin toteutunut hoitotyön yhteenvedoissa. Rakenteisissa otsikoissa, sisällöissä ja komponenttien käytössä oli suurta vaihtelua. Käytettyjä komponentteja oli paljon ja ne olivat hyvin erilaisia. Osittain johtuen varmasti siitä, etteivät FinCC-luokituskokonaisuuden komponentit siirry automaattisesti hoitotyön yhteenvetoon potilastietojärjestelmästä, vaan ne täytyy kirjoittaa siihen itse. Osassa yhteenvedoissa käytettiin myös luokitukseen kuulumattomia otsikoita. Hoitotyön prosessiajattelu ei myöskään vaikuttanut olevan ihan selkeä kaikille yhteenvetojen laatijoille,

vaikka HOIYHT-lehti ohjaa ydintietojen mukaiseen kirjaamiseen tarjoamalla valmiiksi hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset -otsikot. Hoidon tarvetta, toimintoja ja tuloksia ei aina osattu erottaa, vaan ne molemmat oli kirjattu joko hoitotyön toimintojen alle tai tuloksiin. Välillä tulokset puuttuivat kokonaan ja osassa yhteenvedoista tarpeita ei oltu määritelty lainkaan. Viisi yhteenvedoista oli laadittu kokonaan ilman rakenteisten komponenttien käyttöä pelkästään vapaata tekstiä käyttäen. Näistä yhteenvedoista oleellisten tietojen löytäminen oli vaikeampaa ja hitaampaa kuin rakenteisuutta noudattavista yhteenvedoista. Wickström (2010) ja Mykkänen ym. (2018) ovat tutkimuksissaan päätyneet samansuuntaisiin tuloksiin hoitotyön prosessimallin kirjaamisen puutteellisuuden osalta sekä luokitukseen kuulumattomien komponenttien käytön osalta.

Jatkohoitoon liittyviä oleellisia tietoja kirjattiin jonkin verran, mutta niitä kirjattiin yhteenvedon laatijan mukaan eri kohtiin yhteenvedossa. Potilaan jatkokontrollit, lääkitysmuutokset, ohjeistukset tai kirjaus mukaan jaetuista lääkkeistä tai lääkelistasta löytyivät systemaattisesti lähes jokaisesta yhteenvedosta. Myös potilaan toimintakykyä ja vointia oli kuvattu hoidon tuloksissa tai hoitotyön toiminnoissa, mutta ei systemaattisesti. Muutama kirjaus löytyi katetrin vaihtopäivästä, suihkupäivästä tai milloin suoli oli viimeksi toiminut. Haavanhoidon kirjauksessa löytyi puutteita, milloin viimeksi hoidettu tai hoitoväliä ei mainittu. Potilaan ruokavaliota ei mainittu yhdessäkään yhteenvedossa. Puutteita hoitotyön yhteenvedojen tietosisällöissä havaitsivat myös Mikkonen (2010) ja Kuusisto (2018) aiemmissa tutkimuksissaan.

Analyysin perusteella hoitotyön yhteenvedojen yksi selkeä ongelma tällä hetkellä on lääketieteen näkökulmasta kirjaaminen ja lääketieteen termistön käyttö kirjaamisessa. Aiemmissa tutkimuksissa myös Ritola (2010) sekä Järvinen & Laaksonen (2016) ovat todenneet, että hoitotyön näkökulma jää kirjauksissa piiloon lääketieteen termein kirjatessa. Samansuuntaisia tuloksia saivat Mykkänen ym. (2018) todeten, että toimenpiteitä ja diagnooseja kirjattiin hoitotyön yhteenvedoihin. Tämän toimintatutkimuksen yhteenvedoissa korostuu tulotilanteen kuvauksen kirjaus ja jatkohoitoon liittyvien tietojen sekä potilaan toimintakyvyn kuvaus jää vähemmälle huomiolle. Yhteenvedojen analyysissa nousi esiin myös selkeän ohjeistuksen ja osastolla yhteisesti tehdyn sopimuksen puuttuminen, mitä tietoja mihinkin kohtaan tulisi kirjata. Tämä näkyi muun

muassa siinä, että potilaalle tehty elvytyskieltopäätös, resistentin bakteerin kantajuus tai muistitestin tekeminen kirjattiin hyvin vaihtelevasti eri kohtiin eikä niitä aina edes ollut kirjattu.

Tämän hetkiset hoitotyön yhteenvedot ovat siis rakenteeltaan ja sisällöltään hyvin vaihtelevia. Selkeäksi kehittämistarpeeksi analyysinkin perusteella nousi rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamismallin luominen yhdessä työyhteisön kanssa. Kirjaamismalli sekä yhteisesti sovitut ja kirjatut ohjeistukset kirjaamiseen koskien yhteenvetoja helpottaisivat yhteenvetojen laatimista ja parantaisivat niiden laatua paremmin jatkohoitoa palvelevaksi. Nykytilan analyysin pohjalta ehdotan seuraavia parannusehdotuksia työpajoihin työstettäväksi:

- 1) hoitotyön yhteenveto laaditaan hoitotyön näkökulmasta välttäen lääketieteen termejä
- 2) työyhteisössä sovitaan, mihin tietyt tietosisällöt kirjataan yhteenvedossa ja mitkä komponentit ja tietosisällöt siitä tulee löytyä jatkohoidon kannalta
- 3) yhteenveto laaditaan rakenteisesti suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta käyttäen
- 4) luodaan rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen malli työvälineeksi hoitohenkilöstölle

5.2 Hoitohenkilöstön osallistaminen kehittämistyöhön työpajoissa

Käytäntöjen yhteiskehittämisen työpaja on työskentelytapa, jossa tietyn asian kehittämiseen liittyviä kysymyksiä ja haasteita työstetään moniäänisesti työpajassa (innokyla.fi 2019). Ennen työpajan suunnittelua tulisi kerätä tietoa: Mikä on työpajan todellinen tarkoitus? Entä konkreettiset tavoitteet? Paljonko aikaa on käytettävissä? Mikä on kokonaisprosessi? Montako työpajaa järjestetään ja mitä tapahtuu työpajojen välissä? Mitä on tehty jo aiemmin? Ketkä osallistuvat työpajaan ja kuinka hyvin he tuntevat toisensa? Tilajärjestelyissä olennaisinta on vuorovaikutteisuuden ja läsnäolon tukeminen. (Kantojärvi 2017, 45.)

Työpajan onnistumisen kannalta on tärkeää, että paikalla ovat oikeat ihmiset, joilla on tietotaito ja päätösvalta. Lisäksi työpajan tarkoitus ja kesto tulee ilmaista selkeästi ja avoimesti, jotta ryhmä saadaan motivoitumaan, sitoutumaan ja innostumaan kehittämistyöhön. Kun haluamme osallistujien työskentelevän yhdessä kehittäen, työpajan aloittamisen tavalla on suuri merkitys. On luotava puitteet turvalliselle ilmapiirille, jotta jokainen uskaltaa puhua. On myös saatava osallistujat olemaan aidosti läsnä. Fasilitaattorin tehtävänä on auttaa osallistujia olemaan aidosti läsnä alusta alkaen koko työpajan ajan ja ylläpitää ryhmän energiataso sopivana. Lisäksi on olennaista fokuksoida, mitä ollaan tekemässä ja miksi, mitkä ovat osallistujien ja vetäjän roolit sekä sopia pelisäännöistä, aikataulusta ja tavoitteista yhdessä. (Kantojärvi 2017, 42, 47-48.)

Vetämieni työpajojen tavoitteena oli vahvistaa hoitohenkilöstön kirjaamisosaamista, osallistaa työyhteisö kirjaamisen kehittämiseen sekä yhteisesti sopia osastomme hoitotyön yhteenvedon kirjaamiskäytännöistä. Työpajaprosessin kokonaistavoitteena oli rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamismallin luominen helpottamaan hoitajien työtä. Kolmeen ensimmäiseen työpajaan osallistuivat eri hoitajat. Näin saatiin mahdollisimman moni henkilökunnasta osallistumaan kehittämistoimintaan. Neljäs ja viimeinen työpajaryhmä oli koontiryhmä. Siihen osallistuivat jo aiemmissa ryhmissä osallistuneet hoitajat ja sen päätavoitteena oli viimeistellä ryhmien aikaansaama esimerkkiyhteenvedo ja laatia rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen malli osastolle työvälineeksi.

Aloitin työpajojen suunnittelun kirjaamalla ideapaperille työpajan keston, paikan, tarvikkeet, osallistujamäärän sekä kokoontumiskertojen määrän. Sen jälkeen otin yhteyttä osastonhoitajaan, jonka kanssa sovimme käytännön järjestelyjen yksityiskohdat ja hän mahdollisti työvuorosuunnittelulla hoitajien osallistumisen työpajoihin. Työpajoja sovittiin pidettäväksi neljä. Kuhunkin työpajaan laitettiin kuusi osallistujaa ja yhden työpajan kesto määriteltiin 1,5 tunnin pituiseksi. Työpajojen päivämäärät määriteltiin etukäteen ja osaston seinälle tein kutsukirjeen, jossa oli päivämäärät ja osallistujien nimet sekä tavoitteet kirjattuna. Osaston toiminnan kannalta iltapäivä klo 13.30-15.00 osoittautui parhaimmaksi ajankohdaksi. Paikaksi sovittiin osastonhoitajan huoneessa oleva neuvottelutila. Tähän päädyttiin, koska tila oli rauhallinen ja hoitajien oli helppo tulla siihen työvuoronsa lopuksi. Lisäksi tilassa oli käytettävissä tarvitsemani

tietokone, jossa oli potilastietojärjestelmän koulukanta yhteenvedon työstämistä varten sekä videotykki. Tein PowerPoint-esityksen nykytilan kartoituksen ja ongelmatilanteen analyysin tuloksista valmiiksi.

Ensimmäinen työpaja pidettiin 19.3.2019 klo 13.30-15.00. Menin paikalle ajoissa laittamaan tietokoneen ja videotykin valmiiksi. Järjestelin tuolit puolikaareen muotoon. Näin mahdollistin avoimen vuorovaikutuksen ja tasavertaisen läsnäolon osallistujien kesken. Kaikki kuusi hoitajaa pääsivät paikalle. Yksi hoitaja tuli muutaman minuutin myöhässä työesteen takia. Tila oli sopivan kokoinen ja ilmapiiri oli välitön ja turvallinen, koska kaikki tunsivat toisensa. Aloitin työpajan pitämällä lyhyen alustuksen ja esittelemällä PowerPointillä, mitä olin nykytilan kartoituksessa selvittänyt ja kertomalla lyhyesti analyysin tuloksista sekä ongelmatilanteen analyysin. Kävin läpi myös tekemäni parannusehdotukset aikaisempiin tutkimuksiin viitaten ja tavoitteet, mitä työpajoissa on tarkoitus työstää.

Käytössämme olevalla tietokoneella pääsimme koulukannassa suunnittelemaan oikeaa hoitotyön yhteenvedon testipotilaalle. Heti alustukseni jälkeen työpajassa virisi vilkas keskustelu ja osallistujat esittivät kysymyksiä yhteenvedon laatimisessa kohdanneista epäselvyyksistään. Jokainen sai äänensä kuuluviin ja esitti hyviä huomioita, kysymyksiä ja näkemyksiä yhteenvedon laatimiseen liittyen. Keskustelu oli reflektointia ja pohdiskelua. Kuudesta osallistujasta viisi oli laatinut yhteenvedon. Hoitaja, joka ei ollut yhteenvedon laatinut kertoi oppineensa työpajassa yhteenvedon kirjaamista ja koki osallistumisen mielenkiintoisena. Myös osastonhoitaja oli läsnä työpajassa ja osallistui välillä keskusteluun esittäen huomioita. Ensimmäisen työpajan osallistujat esittivät toiveen, että tuleva kirjaamismalli olisi sekä esimerkin omainen yhteenvedon kuvitteellisesta potilaasta, että tulosten yhteenvedosta, johon kohta kohdalta olisi selitetty, mitä kuhunkin kohtaan tulisi kirjata.

Mukanani oli tulosten suomalaisen hoitotyön luokituksen mukaisista pääkomponenteista (Liite 2). Osallistujat kokivat komponenttiluettelon selkeyttävän kirjaamista, koska komponentit eivät siirry hoitosuunnitelmasta suoraan yhteenvedon, vaan ne pitää kirjata käsin. Puolitoista tuntia käytettiin tehokkaasti keskustellen ja minä kirjasin

testipotilaan yhteenvetoa keskustelun pohjalta. Osallistujat näkivät yhteenvedon seinällä videotykillä heijastettuna. Sovimme, että yhteenvedon alussa käytetään termiä hoitojakso ja sen perään potilaan hoitojakson alku- ja loppupäivämäärä. Lisäksi työpajassa oltiin yksimielisiä, että arvio (hoitotyö) -kohtaan kirjataan lyhyesti potilaan tulosyy osastolle. Diagnoosien kirjaamisen tarpeellisuudesta käytiin keskustelua ja sitä jäätettiin miettimään. Potilaan tarpeiden määrittely osoittautui haasteelliseksi ja aiheutti paljon keskustelua työpajassa. Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen ajattelu tuntui ryhmässä vaikealta. Rakenteisten komponenttien käytöstä työpajassa sovittiin, että käytämme ainoastaan pääkomponentteja. Tätä ryhmässä perusteltiin sillä, kun otsikot eivät siirry suoraan potilaan hoitosuunnitelmasta, vaan ne pitää käsin kirjoittaa. Lisäksi yksi otsikko on selkeämpi kuin monta peräkkäin. Suunnitelma -kohta yhteenvedossa tuntui ryhmälle olevan kaikkein selkein. Siihen kirjataan sovitut laboratoriokontrollit, tulevat tutkimusajat tai kotona jatkuvat verenpaine -tai verensokeriseurannat. Lääkehoito -kohtaan koettiin riittäväksi jatkohoidon kannalta maininta lääkelistan mukaisesti sekä kirjaus, jos potilaalle oli jaettu osastolta lääkkeitä mukaan ja mihin asti. Lopuksi vedin yhteen, mitä olimme saaneet aikaan ja sovimme, että tätä kirjaamistapaa lähdetään nyt jo kokeilemaan käytännössä ja muokkaamme tulevaa kirjaamismallia vielä työpajaprosessin edetessä.

Toinen työpaja kokoontui 22.3.2019 klo 13.30-15.00. Menin taas ajoissa paikalle valmistelemaan tilan. Tuolit asettelin puolikaaren muotoon ja varmistin, että kaikki näkevät videotykillä heijastamani materiaalin. Avasin potilastietojärjestelmän koulukannan valmiiksi, jotta työpaja päästiin alkamaan heti, kun osallistujat olivat saapuneet. Kaikki kuusi ennalta määriteltyä osallistujaa pääsi paikalle. Tässä työpajassa olivat mukana myös osaston fysioterapeutti ja osastonsihteerinä toimiva lähihoitaja, joka on keskeisessä roolissa potilaiden jatkohoitoon siirtymisissä. Osallistujat olivat nyt siis eri hoitajat kuin ensimmäisessä työpajassa. Osastonhoitaja oli mukana tässäkin työpajassa. Pidin taas lyhyen alustuksen esittelemällä Powerpoint-esityksellä opinnäytetyöni tutkimuskysymykset, nykytilan kartoituksen ja ongelmatilanteen analyysin sekä parannusehdotukset. Kävin läpi myös työpajan osatavoitteet ja työpajaprosessin kokonaistavoitteen. Toisen työpajan tavoitteena oli lisäksi jatkaa ensimmäisessä työpajassa aikaansaamaamme esimerkkiyhteenvedon kirjaamista. Tässäkin työpajassa keskustelu

oli avointa ja vuoropuhelua syntyi. Tunnelma oli rento ja jokainen osallistui aktiivisesti esittäen huomioitaan.

Ensimmäisessä työpajassa sopimamme kirjaamiskäytännöt osoittautuivat yhteneväisiksi suurelta osin tämän työpajaryhmän mielipiteissä. Pelkkien pääkomponenttien alle kirjaaminen koettiin tässäkin työpajassa hyväksi ja selkeäksi käytännöksi. Esimerkkiyhteenveto muokkautui ja tässä työpajassa hoitotyön päätöksentekoprosessimallin mukainen ajattelu meni askeleen pidemmälle. Työpajan osallistujat toivat esiin hyviä näkökulmia potilaiden hoitosuunnitelmien kirjaamiseen ja rakenteisten komponenttien käytön kohdentamisen potilaslähtöisemmin jo hoitosuunnitelman kirjaamisvaiheessa. Tässä työpajassa oivallettiin myös kirjallisuuskatsauksessakin esiin noussut yhteenvetojen hyödyntämisen mahdollisuus myös seuraavilla hoitajaksoilla. Työpajassa käytiin reflektovaa keskustelua, miten hoitotyön yhteenvetoja kirjataan tällä hetkellä ja miten niitä tulisi kirjata, jotta hoidon jatkuvuus ja tiedonsiirto toteutuisi paremmin. Pohdimme aluksi yleisesti, että painopiste yhteenvetojen laatimisessa tulisi keskittyä tähän hetkeen ja tulevaisuuteen. Reflektoiva keskustelu ja pohdinta lisäsi ymmärrystä, mikä hoitotyön yhteenvetojen funktio on.

Fysioterapeutti toi oman ammattiryhmänsä kirjaamiskäytäntöä tiedoksi ja sovimme jatkohoidon kannalta lonkkaprotetisoitujen potilaiden kohdalla käytännön jatkuvan siten, että fysioterapeutti hoitaa jatkokontrollit suoraan avoterveydenhuollon fysioterapeutin ajanvarauskirjalle ja antaa itse ajat potilaalle. Fysioterapeutit eivät kirjaa hoitotyön yhteenvetoihin, eikä ryhmässä koettu mielekkäänä viitata kts.FYS-lehti. Sovimme, että hoitajat poimivat fysioterapeutin kirjauksista hoitokertomuksessa potilaan toimintakykyä koskevaa tietoa ja yhteenvedossa riittää esimerkiksi maininta: saanut kuntoutusta. Toimin työpajassa kirjaajana ja tein muutoksia esimerkkiyhteenvetoon käydyn keskustelun pohjalta. Työpajassa tuotiin esille myös hyvä näkökulma lyhenneiden ja puhekielen ilmaisujen välttämisestä. Esimerkiksi rollo -sanon sijaan käytetään sanaa rollaattori. Näin varmistetaan, että kirjatut tiedot ymmärretään oikein lukijasta riippumatta.

Toinen työpajaryhmä päätyi siihen, ettei potilaan diagnooseja kirjata hoitotyön yhteenvedon alkuun. Tämä tukee parannusehdotusta, että hoitotyön yhteenvedot kirjataan

hoitotyön näkökulmasta. Kävimme kohta kohdalta esimerkkiyhteenvedoa läpi sitä muokaten. Hoitoisuus -kohtaan sovimme kirjattavan RAVA-indeksin sekä sanallisen kuvauksen potilaan avun tarpeesta. Jatkohoidon kannalta oleellisista tietosisällöistä tämä ryhmä koki tärkeänä potilaan ruokavalion, suihkupäivän, keuhkotetrin vaihtopäivän ja suolen toiminnan kirjaamisen hoitotyön yhteenvedoon. Nämä sovittiin kirjattavaksi hoitotyön toiminnot -kohtaan omien komponenttiensa alle. Sovimme myös, että hoitojakson aikana tehdyt tutkimukset kirjataan hoidon ja jatkohoidon koordinaatio -komponentin alle hoitotyön toiminnot kohtaan. Lääkehoito -kohdassa käytiin keskustelua, onko lääkelistan mukaisesti -kirjaus tarpeeksi informatiivinen. Sitä muokattiin muotoon: ajantasainen lääkelista. Lisäksi maininta uusista, aloitetuista lääkkeistä koettiin tässä työpajassa tärkeäksi jatkohoidon kannalta, jotta esimerkiksi kotihoito tietää varautua apteekissa käyntiin. Lääkehoito -kohtaan nähtiin tärkeänä kirjata myös esimerkiksi, jos potilaalle on hoitojaksolla pistetty influenssarokote.

Työpajassa esitettiin toive, että tuleva hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen -malli tulostettaisiin lääkärintoimitustietoihin kierteille hoitajille, osastonsihteerille sekä kakkosryhmän kansliaan. Työpajassa käytiin myös keskustelua kierteävän hoitajan ja osastonsihteerin työnjaosta hoitotyön yhteenvedojen kirjaamisen osalta. Ehdotin oman kokemukseni pohjalta, että kierteävä hoitaja keskittyy yhteenvedossa kirjaamaan jatkohoitosuunnitelmaa jatkokontrollien osalta, koska ne tulevat luontevasti lääkäriltä hoitajalle tiedoksi kierrolla potilasta kotiutettaessa. Osastonsihteerin puolestaan kirjaa osastojakson keskeiset tapahtumat ja ydintiedot yhteenvedoon. Tämä koettiin selkeyttävän käytäntöä ja se sovittiin kirjattavaksi osaston lääkärintoimituskäytäntöön, jota ollaan myös vuodeosastolla kehittämässä.

Lopuksi vedin yhteen, mitä olimme sopineet ja pyysin testaamaan yhteenvedojen kirjaamisessa tähän asti luomaamme kirjaamistapaa ja tuomaan palautetta seuraavan työpajaryhmän mukana käytännössä esiin tulleista huomioista. Kävin myös läpi, millainen tuleva rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamismalli tulee olemaan. Se koostuu esimerkkiyhteenvedosta, yhteenvedotulosteesta kohta kohdalta selityksineen, mitä kuhunkin kohtaan tulee kirjata sekä suomalaisen hoitotyön luokituksen mukaisten pääkomponenttien luettelosta. Tämä luettelo helpottaa ja nopeuttaa kirjaamista, kun osasto ei tarvitse muistella ulkoa tai käydä tarkistamassa hoitosuunnitelman puolelta

potilastietojärjestelmässä. Osastonhoitaja esitti lopussa huomionsa kuunneltuaan työpajassa käytyä keskustelua, että kehittämistyö eteni selkeästi siitä, mihin ensimmäisessä työpajassa päädyttiin. Työpajaan osallistuneet kokivat työpajaan osallistumisen selkiyttäneen hoitotyön yhteenvedon kirjaamista ja avartaneen, miten ne tulisi laatia. Tuleva kirjaamismalli koettiin yksimielisesti tarpeellisena ja kirjaamista helpottavana työvälineenä.

Kolmas työpaja pidettiin 4.4.2019 klo 13.30-15.15. Tavoitteena oli edelleen jatkaa esimerkkiyhteenvedon kirjaamista ja muokata sitä käytännössä esiin tulleiden havaintojen mukaan. Menin paikalle jälleen ajoissa järjestelemään tilan siten, että avoin ja turvallinen vuorovaikutus mahdollistuisi. Laitoin tuolit puolikaaren muotoon ja videotykin valmiiksi. Avasin tietokoneelta koulukannan valmiiksi. Työpaja päästiin aloittamaan heti, kun osallistujat saapuivat paikalle. Tällä kertaa osastonhoitaja ei ollut paikalla ja yksi hoitajista oli estynyt osallistumasta. Vaikka ryhmä jäi nyt suunniteltua pienemmäksi, viisi osallistujaa oli kuitenkin riittävä ja sopiva määrä, jotta aikaansaatiin hyvä ja avoin vuorovaikutus.

Aloitin kolmannenkin työpajan lyhyellä alustuksella nykytilanteen kartoituksen tuloksista ja ongelmatilanteen analyysistä. Sen jälkeen kävimme lyhyesti läpi, mitä tilanteita käytännössä on tullut esiin uutta kirjaamistapaa testattaessa. Rakenteisten komponenttien kirjaaminen koetaan työläänä, koska ne eivät siirry automaattisesti potilastietojärjestelmän hoitosuunnitelmasta hoitotyön yhteenvedoon. Hoitotyön yhteenvedoa rakenteisesti kirjatessa on lisäksi huomattu, että potilaan hoitosuunnitelmakin pitäisi olla kirjattu rakenteisia komponentteja käyttäen, jotta yhteenvedon laatiminen helpottuisi. Tällä hetkellä koetaan, että komponentteja joutuu miettimään ja etsimään yhteenvedoa laadittaessa, koska hoitosuunnitelma on puutteellisesti laadittu. Toisaalta työpajassa todettiin, että hoitotyön yhteenvedon kirjaamistavan muutos on jossain määrin vaikuttanut myös hoitosuunnitelman laadintaan sisäänkirjausvaiheessa ja sitäkin on alettu laatia potilaslähtöisemmin yksilöllisiä komponentteja käyttäen.

Jatkoimme esimerkkiyhteenvedon läpikäymistä kohta kohdalta. Tässäkin työpajassa oltiin yhtä mieltä, että yhteenvedon alkuun kirjataan hoitojakso- termiä käyttäen potilaan osastolla olo aika. Arvio(hoitotyö) -kohtaan aiemmissa työpajoissa suunniteltu

lyhyt kuvaus potilaan hoitoon tulon syystä hoitotyön termein nähtiin toimivana. Käytännössä tämä oli myös osoittautunut hyväksi toimintatavaksi. Työpajassa käytiin keskustelua, miten tämä kirjaamiskohta on ollut epäselvä. Ryhmänvetäjänä käytin tietämystäni tässä kohtaa teoriaan perehtymiseni pohjalta ja kerroin, että aiemmin osastomme yhteenvedot ovat keskittyneet enemmän menneeseen eli tilanteeseen, kun potilas on tullut meille. Nyt pitäisi kääntää ajatukset tähän hetkeen ja tulevaisuuteen ajatellen, että yhteenvedo toimii tiedonsiirtäjänä seuraavalle hoitotaholle. Tämäkin työpaja toimi siis opetus- ja oppimistilanteena kuten aiemmatkin.

Keskustelu oli työpajassa positiivisesti virittäytynyttä ja vilkasta. Jokainen osallistuja kommentoi ja esitti kysymyksiä tai ehdotuksia kirjaamistapaan. Esiin nousi erittäin hyvä huomio selviytyminen -komponentin käytöstä. Tätä pääkomponenttia käytetään paljon eri tilanteisiin ja sen alle kirjataan vaihtelevasti niin liikkumisesta, kuin päivittäisissä toimissa pärjäämisestä. FinCC -luokituskokonaisuuden mukaan selviytyminen -komponentin sisältö kuuluisi koostua ”yksilön ja perheen kykyyn selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista.” Niinpä vaihdoimme yhteenvedo -esimerkkiimme selviytyminen -komponentin tilalle päivittäiset toiminnot -komponentin ja sen alle vapaan tekstin potilaan liikkumiskyvystä. Päivittäiset toiminnot -komponentin sisältö kuvaa omatoimisuuden liittyviä osatekijöitä. Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaista kirjaamista-paa käytiin läpi, koska se aiheutti taas kysymyksiä. Rakenteinen kirjaamistapa koettiin asioiden toistamisena. Keskustelussa oltiin lopulta yksimielisiä siitä, että se johtuu siitä, että komponentit joudutaan kirjaamaan käsin käytössämme olevalla Lifecare-potilastietojärjestelmällä, eivätkä ne siirry automaattisesti hoitosuunnitelmasta hoitotyöyhteenvedonäkymään.

Tässä työpajassa tein havainnon, että kirjaamisesta ja työpajoissa käydyistä asioista oli käyty keskustelua myös osastolla työpajojen välissä. Ryhmä toi hyviä parannusehdotuksia esimerkkiyhteenvedossa käytettyihin lääketieteellisiin termeihin. Esimerkiksi lonkka gammanaulattu vaihdettiin muotoon lonkka operoitu. Tähän työpajaan osallistui osastonsihteri toistamiseen, koska hänen roolinsa on keskeinen potilaiden kotiuttamisessa ja yhteenvedojen laatimisessa. Hän nosti esiin kysymyksen yhteenvedon tulostusmuodosta, koska tällä hetkellä on käytössä kahta erilaista tulostetta. Sisältö on

näissä sama, mutta ulkoasu erilainen. Työpajassa käytiin asiasta keskustelua ja pyysin häntä tulostamaan malleiksi sekä osastohallinnan hoitokertomusnäkömman yhteenvedon, että HOIYHT-lehden. Ryhmä päätti yksimielisesti, että HOIYHT -lehti on virallisen ja selkeämmän näköinen. Tämä sovittiin otettavaksi käyttöön ja lisättäväksi tulevaan kirjaamisohjeeseen. Toinen hoitotyön yhteenvedon ulkoasuun ja luettavuuteen liittyvä seikka liittyi komponenttien kirjoitustyyliin. Ne sovittiin kirjattavan isoin kirjaimin ja vapaa teksti niiden perään pienin kirjaimin. Muokkasin esimerkki -yhteenvedon työpajaryhmän ehdotuksen mukaiseksi ja he näkivät sen videotykillä heijastettuna seinällä. Osallistujat totesivat yhteenvedon olevan selkeämmin luettava siten kirjattuna.

Tässä työpajassa tuotiin esiin tarkkoja näkökantoja tekstiin ja lyhenteiden käyttämiseen. Tämäkin osoittaa, että aiemmissa työpajoissa käytyjä asioita oli käytännössä mietitty, niistä oli keskusteltu ja hoitotyön yhteenvedon kirjaamistapaa muokattu enemmän hoitotyön näkökulmaan. Ryhmä pohti keskustelussaan, ketä varten yhteenvedoja laaditaan ja kuka niitä lukee. Sekin lisäsi ymmärrystä, mitä tietoja yhteenvedoon tulisi kirjata ja missä muodossa. Tein havainnon, että ryhmä oli oivaltanut aiemmissa tutkimuksissakin nousseen seikan, että yhteenvedo tulisi olla niin selkeä ja ymmärrettävä, ettei jatkohoitopaikassa tuhlaantuisi aikaa vaikeasti ymmärrettävien termien selvittelyyn ja että se palvelisi myös potilasta itseään tai hänen omaisiaan. Niinpä tämä työpaja muokkasi happisaturaation muotoon happiarvo ja kaikki lyhenteet, esimerkiksi RR-seuranta, kirjoitettiin kokonaisin sanoin: verenpaine seuranta. Näin toimien voidaan varmistua, että yhteenvedon vastaanottaja varmasti ymmärtää sen sisällön oikein.

Kolmas työpaja venyi viisitoista minuuttia yliaikaa, koska keskustelu oli niin vilkasta, etteivät osallistujat malttaneet lopettaa. Viimeisen työpajan tavoitteeksi jäi viimeistellä esimerkki yhteenvedo sekä yhdessä työpajan vetäjän kanssa laatia kirjallinen ohje sekä tulostaa nämä osastolle. Työpaja päättyi vuolaisiin kiitoksiin ja positiiviseen palautteeseen, että tähän mennessä toteutunut työpajaprosessi on selkiyttänyt hoitotyön yhteenvedojen kirjaamista ja siihen oli saatu varmuutta. Lopuksi painotin vielä, että työpajaprosessin päätteeksi laatimaamme kirjaamismallia saa ja pitää jatkossakin muokata käytännössä esiin tulleiden tilanteiden mukaan, jos siinä havaitaan puutteita tai kehitettävää.

Neljäs ja viimeinen työpaja pidettiin osastolla 9.4.2019 klo 13.00-14.30. Viimeisessä työpajassa oli mukana kaksi osallistujaa jokaisesta aiemmin pidetystä työpajasta. Lisäksi työpajaan osallistuivat edelliseen työpajaan estynyt hoitaja ja osastonhoitaja. Viimeisen työpajan tavoitteena oli arvioida työpajaprosessin aikana koottua esimerkkiyhteenvetoa ja viimeistellä hoitotyön yhteenvedon kirjaamismalli palvelemaan mahdollisimman hyvin käytännön kirjaamistyötä sekä tulostaa valmis malli ohjeineen osastolle hoitohenkilöstön käyttöön. Työpajan alkamisaikaa jouduttiin aikaistamaan potilastietojärjestelmän päivityksen vuoksi, mikä olisi aiheuttanut katkoksia myös koulukantayhteyteen. Osastonhoitajan kanssa keskusteltuani, päädyimme siirtämään aloitusaikaa päivän muuttamisen sijaan. Menin paikalle hyvissä ajoin ja järjestelin tilaan tuolit puoliympyrään sekä videotykin ja koulukantaläppärin valmiiksi.

Aloitin työpajan kertaamalla hyvin lyhyesti nykytilan kartoituksen, ongelmatilanteen analyysin sekä parannusehdotukset, jotta edelliseen työpajaan estynyt hoitaja sai myös samat taustatiedot kuin muutkin. Sen jälkeen esitin ryhmälle kysymyksen, miten jo laadittu hoitotyön yhteenvedon kirjaamistapa on toiminut käytännössä? Keskustelu virisi nopeasti ja ryhmä toi esiin käytännössä ilmaantuneita tilanteita, joissa olivat joutuneet miettimään, miten siinä tilanteessa asiat olisi hyvä kirjata. Kysymyksiä esitettiin muun muassa koskien hoitoisuus -saraketta, mikä on oikea tapa kirjata, jos potilaan tila vaihtelee omatoimisesta kahden avustettavaan. Ryhmässä käytiin positiivissävytteistä keskustelua ja osallistujilta tuli taas hyviä näkökantoja asiaan. Yhteisesti sovimme kirjaavaamme tällaisissa tapauksissa RAVA-indeksin jälkeen sanallisen kuvauksen, että pääsääntöisesti omatoiminen, ajoittain kahden avustettava.

Sen jälkeen lähdimme käymään esimerkkiyhteenvetoa kohta kohdalta läpi. Ryhmä luki seinälle heijastamaani esimerkkiyhteenvetoa ja minä kertosin yhteenvedonomaisesti, mitä aiemmissa työpajoissa oli missäkin kohtaa keskusteltu ja mietitty. Jälleen tuli hyviä ja uusia näkökulmia jo heti arvio(hoitotyö) -sarakeeseen, ja muokkasin tulotilanteen kuvausta työpajaryhmän ehdotuksen mukaisesti. Tulotilanteen kuvaus halettiin mahdollisimman lyhyeksi ja ytimekkääksi. Lisäksi siihen toivottiin lisättävän, mistä potilas on vuodeosastolle tullut. Hoidon tarve -sarake vaikutti nyt olevan kaikille

jo selkeä eikä sitä tarvinnut muokata, samoin hoitotyön toiminnot ja tulokset. Hoitoisuus -sarake käsiteltiin jo työpajan alussa, joten siirryimme sen jälkeen suunnitelma -sarakeeseen. Tässä kohtaa käytiin keskustelua Marevan -hoitoisista potilaista ja pitääkö tämä lääkitys mainita erikseen yhteenvedossa sen tarkan seurannan ja annostuksen päivittäisen muuttumisen vuoksi. Päällekkäisten kirjausten välttämiseksi työpajassa päädyttiin, että siirtokuoreen tulostettu Marevan-hoidon seurantalomake riittää ja laboratoriokontrollit kattavat myös INR-kontrollin, jolla Marevan -lääkkeen annostus määritellään. Lääkehoito -saraketta muokattiin jälleen. Tämä sarake eli koko työpajaprosessin aikana eniten. Ensimmäinen ryhmähän pohti, että aloitettuja lääkkeitä olisi hyvä mainita, mutta prosessin aikana keskustelun edetessä lopputulos oli, että ristiriitaisuuksien ja päällekkäisyyksien välttämiseksi tässä riittää kirjaus: ajantasainen lääkelista mukana siirtokuoreessa. Esimerkkiyhteenvedo eli rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamismalli (Liite 3) kuitattiin yksimielisesti valmiiksi, kun kenelläkään ei ollut enää lisättävää tai kysyttävää. Sen jälkeen se tulostettiin ja siirryttiin muokkaamaan yhteenvedo-ohjetta.

Työpajaryhmä luki seinälle heijastettua luonnosta ohjeesta ja sen sanamuotoja muokattiin mahdollisimman yksiselitteisesti ymmärrettäväksi ryhmän keskustelun pohjalta. Arvio(Hoitotyö) -sarakeeseen haluttiin kirjattavan hoitojakso alku- ja loppupäivämäärineen. Sen alle lyhyesti mistä ja miksi potilas tullut osastolle hoitoon välttämättä lääketieteen termejä sekä välttämättä kopioimasta tulotekstiä hoitosuunnitelmasta. Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaisten komponenttien alle haluttiin lisättävän perustelua, miksi esimerkiksi hoidon tulos -otsikoita on oltava yhtä monta kuin hoidon tarve -otsikoita. Tämä lisää asian ymmärtämistä ja sisäistämistä. Pitkään käytiin myös keskustelua kuolleen potilaan hoitotyön yhteenvedon laatimisesta. Työpajassa käyty keskustelu oli hedelmällistä ja lisäsi tässäkin kohtaa yhteenvedojen tasalaatuisuutta, koska tähän asti kuoleman tapauksissa yhteenvedoja oli laadittu eri tavoin laatijan mukaan. Nyt sovittiin tähänkin yhtenäinen käytäntö osastolle. Suunnitelma -sarakeeseen haluttiin muokata vielä aiemmissa työpajoissa esiin noussutta kirjaamistyönjakoa. Keskustelussa korostettiin jokaisen vastuuta omien potilaidensa yhteenvedojen laatimisessa, vaikka pääsääntöisesti osastonsihteerin kirjaakin niitä. Lisäksi ryhmä halusi korostaa, että lääkärin kierrolla oleva sairaanhoitaja tarkistaa lopuksi laaditun yhteenvedon ennen sen tulostamista. Lääkehoito -sarakeeseen haluttiin täsmentävä ohje, ettei

yksittäisiä lääkemuutoksia tai aloitettuja lääkkeitä eritellä. Hoitotyön yhteenvedon kirjaamisohjeen (Liite 4) loppuun kirjattiin vielä tulostamisohje, jotta potilaiden siirtokuurissa jatkohoitopaikkaan lähtevät yhteenvedot olisivat ulkoasultaan yhdenmukaisia.

Työpajan päätteeksi kiitin kaikkia osallistujia antamastaan panoksesta työpajaprosessin aikana. Ryhmä oli selvästi tyytyväinen ja ylpeä aikaansaamastaan esimerkkiyhteenvedosta ja totesivat, että rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamismallia ja ohjetta oli kovasti odotettu. Kirjaamismalli ohjeineen sovittiin liitettävän myös osaston perehdytyskansion kirjaamisosioon. Keskustelu oli vaivatonta ja eteni tehokkaasti asia kerrallaan. Työpajan vetäjänä minun oli helppo ohjata ryhmää esittämällä tarkentavia kysymyksiä. Viimeisenkin työpajan osallistujat olivat aktiivisia ja jokaiselta tuli todella hyviä näkökulmia yhteenvedon kehittämiseksi. Lopuksi kävimme vielä keskustelua, miten kehittämisprosessi jatkuu tästä eteenpäin käytännön työssä. Laadittua kirjaamismallia muokataan tarpeen mukaan käytännöstä nousseista tarpeista käsin. Työpajaryhmän poistuttua tulostin neljä kappaletta valmiita kirjaamismalleja ohjeineen ja vein ne sovitusti molempiin lääkärintoimuhuoneisiin kiertäville sairaanhoitajille, osastonsihteerille sekä kakkospään kansliaan.

6 POHDINTA

6.1 Kehittämistehtävän ja -menetelmän luotettavuus

Tutkimusten luotettavuutta ja laatua tarkastellaan tieteessä yleensä kahden käsitteen eli validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä ja validiteetti sitä, että tutkitaan oikeita asioita. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti liittyy tutkimuksen suunnitteluun eli tutkimusasetelmaan ja osittain myös siihen, että aineiston analyysi tehdään oikein. Reliabiliteetti puolestaan liittyy lähinnä tutkimuksen toteutukseen. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuustarkastelu sivuaa objektiivisuutta, sillä siinä tutkija on paljon vartija. Hän päättää, ketä tutkitaan, mitä kysytään, mitä ei kysytä ja miten kerätty aineisto analysoidaan ja tulkitaan. Tutkimusasetelman pitää olla kunnossa ja tutkimusprosessi pitää toteuttaa tieteen sääntöjen mukaan. (Kananen 2014, 125; Kananen 2014, 146-147, 150.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä riittävällä dokumentaatiolla. Dokumentaatio on yksi tärkeimmistä asioista, joka luo työlle uskottavuutta ja se mahdollistaa lukijalle tutkijan ratkaisupolun tarkistamisen. Kaikki tutkimuksen eri vaiheissa tehdyt ratkaisut tulee perustella. Aineisto on analysoitava huolellisesti ja sen kaikki osat on käytävä läpi. Tutkimukseen liittyvä alkuperäinen aineisto pitää myös säilyttää, jotta tulosten luotettavuus ja aineiston aitous voidaan todentaa. (Kananen 2014, 153; Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 45.) Tässä opinnäytetyössä luotettavuus ja uskottavuus on pyritty tuomaan esille esittämällä tarkasti kehittämistehtävää koskevat valinnat, tulkinnot ja aineistot. Ratkaisut on myös pyritty perustelemaan ja perusteluiden taustaksi opinnäytetyön tekijä perehtyi tutkimusmenetelmien sekä aineiston keruu- ja analyysimenetelmien teoriaan ennen tutkimustyöhön ryhtymistä.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan pyrkiä parantamaan keräämällä tietoa eri lähteistä ja vertaamalla niistä saatua tietoa omaan tulkintaan tai katsomalla, tuottavatko eri tietolähteet toisiaan tukevia tuloksia (Kananen 2014, 152). Tässä opinnäytetyössä on kerätty tietoa aiemmista tutkimuksista ja verrattu niiden tuloksia tässä opinnäytetyössä saatuihin tuloksiin. Osittain on löydetty saatuja tuloksia tukevia sa-

mansuuntaisia tuloksia aiemmista tutkimusta ja näin pyritty lisäämään tämän työn luotettavuutta. Laadullisella menetelmällä tehtyä tutkimusta voidaan pitää luotettavana, kun tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivat eivätkä teorianmuodostukseen ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät (Vilka 2015, 196). Tässä opinnäytetyössä luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa opinnäytetyöntekijän vahva ennakkotietämys hoitotyön yhteenvedoista ja miten ne tulisi laatia. Toisaalta luotettavuutta lisää se, että kehittämisprosessin lopuksi laadittu hoitotyön rakenteisen kirjaamisen malli luotiin vahvasti aikaisempiin tutkimuksiin ja teoriaan nojautuen. Työpajoissa tehty interventio yhteenvedojen kirjaamistapaan perusteltiin tutkimustietoon viitaten.

Toimintatutkimus menetelmänä soveltui hyvin tähän opinnäytetyöhön, koska se on osallistavaa tutkimusta ja sillä pyritään yhdessä ratkaisemaan käytännön ongelmia sekä saamaan aikaan muutosta. Lisäksi se soveltuu hyvin sosiaalisten työkäytäntöjen sekä työmenetelmien kehittämiseen. Toimintatutkimuksen osallistava elementti tarjoaa tutkijalle monia etuja. Yhdessä kehitetty on usein parempi ratkaisu kehittämiseen kuin yksinomaan ulkopuolelta tulevat ajatukset. (Ojasalo ym. 2015, 58-59.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijä yhdessä työyhteisön kanssa sai aikaan muutoksen hoitotyön yhteenvedojen kirjaamistapaan. Tällä interventiolla parannettiin tiedonsiirtoa potilaiden jatkohoitoon siirtymisessä. Uuden kirjaamistavan juurruttaminen käytäntöön oli myös helpompaa, kun työpajoissa työyhteisö itse oli sitä kehittämässä ja sopimassa.

6.2 Eettinen pohdinta

Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. Tutkijan on huolehdittava siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi hyvin tehty. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149-150.) Tutkimusaineiston analyysissä ja raportoinnissa olen ottanut huomioon tutkijan eettisen velvollisuuden raportoida tutkimustulokset mahdollisimman rehellisesti ja tarkasti sekä samaan aikaan suojella tutkittavia (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 70-73).

Käytännössä on erittäin tärkeää huolehtia, että kaikki henkilöiden identifiointitiedot poistetaan dokumenteista ennen aineiston luovuttamista tutkijoille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 220-221). Aineistona käyttämäni hoitotyön yhteenvedojen kohdalla olen ottanut jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa huomioon tietosuoja - ja salassapitosäädökset siten, että tutkimusaineiston keruuvaiheessa osastonhoitaja poisti hoitotyön yhteenvedoista potilaan tunnistetiedot sekä yhteenvedon laatijan nimen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Opinnäytetyöntekijä ei siis missään vaiheessa tiennyt, kenen potilaan tietoja hän luki tai kuka yhteenvedon oli laatinut. Raportissa esitetyt esimerkit kirjaamisesta on myös valittu niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäisiä potilaita. Erityisesti terveydenhuollon kehittämistyössä yksityisyyden suojaaminen on tärkeää sekä nojautuminen ihmisten itsemääräämisoikeuteen. Olennaista itsemääräämisoikeudessa on, että tutkimus- ja kehittämishankkeisiin osallistuvilla itsellään on mahdollisuus määritellä, mitä tietojaan he tutkimuskäyttöön antavat. (Heikkilä ym. 2008, 48; Kuula 2011, 64.)

Tässä opinnäytetyössä on tutkimuseettisesti haasteellista, etteivät kartoituksen aineistona olleet potilaat tienneet hoitosuhteensa aikana vuodeosastolla, että heidän tietonsa hoitotyön yhteenvedojen muodossa tulevat myöhemmin tutkimuskohteeksi. Tutkimusetiikan ongelmat liittyvät itse tutkimustoimintaan, kuten tutkimuksen osallistuvien henkilöiden informoimiseen, aineiston keräämisessä ja analyysissä käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonymiteettiongelmiin sekä tutkimustulosten esittämistapaan. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia eikä tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja luovuteta ulkopuolisille. Käytettäessä potilasdokumenteja ja hoitotyön asiakirjoja tutkimusaineistona, arviointi tietojen luovuttamisesta jää tutkimuslupan myöntäjälle. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 153, 156; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 220.) Tässä opinnäytetyössä päätös potilastietojen luovuttamisesta kartoituksen aineistoksi on tehty tutkimuslupaa myönnettäessä organisaation lupakäytäntöjen mukaisesti. Tutkimuslupan tähän opinnäytetyöhön myönsi kuntayhtymän johtaja luettuaan tutkimussuunnitelman.

Tutkimusetiikkaa voidaan tarkastella myös metodologisena seikkana, jolloin kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja. Kyse on tällöin tutkimuksen

taustalla olevan tiedekäsityksen ja tutkimuksen metodisten valintojen arvosidonnaisuutta koskevasta eettisestä pohdinnasta eli siitä, miten tutkimusaiheet valitaan ja mitä pidetään tärkeänä. Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu ja tutkimusetiikan periaatteena sekä sen oikeutuksen lähtökohtana on tutkimuksen hyödyllisyys. Lisäksi tutkittavan asian tulee olla tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 153; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366.) Tässä opinnäytetyössä kehittämismenetelmää valittaessa pidettiin tärkeänä työyhteisön osallistamisen mahdollisuus kehittämistyöhön sekä potilaiden hoidon jatkuvuuden laadun parantaminen. Kehittämistyön tavoitteena oli vahvistaa hoitohenkilöstön kirjaamisosaamista sekä kehittää hoitotyön yhteenvetojen kirjaamista tietosisältöjen ja rakenteisuuden osalta. Kun hoitotyön yhteenvedon tietosisältö paranee, samalla potilaan hoidon jatkuvuus toteutuu paremmin. Näin ollen tutkimusaiheen valintaa voidaan pitää eettisesti perusteltuna, koska tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön laadun parantamisessa.

Toimintatutkimus perustuu demokratian, oikeudenmukaisuuden, vapauden ja osallistumisen periaatteisiin, eivätkä sen eettiset kysymykset välttämättä eroa hyvän elämän eettisistä kysymyksistä. Toisaalta toimintatutkimukseen liitetään eettinen ongelma, miten toimintatutkija kykenee pitämään erillään tutkijan ja organisaation jäsenen roolinsa. (Coghlan & Brannick 2010, 132, 136.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuskohteena olevan työyhteisön jäsenet saivat osallistua toimintansa kehittämiseen ja jokainen sai mahdollisuuden tuoda demokraattisesti oman näkemyksensä rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamismallin laatimiseen. Ongelmatilanteen analyysin opinnäytetyön tekijä suoritti yksin. Opinnäytetyön tekijä otti huomioon eettiset arvot ja periaatteet esittäessään ongelmatilanteen analyysin työpajoissa henkilökunnalle. Hoitotyön yhteenvedoissa ilmenneet puutteet ja kehittämistarpeet esitettiin teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin nojaten arvostelematta yhteenvedojen laatijoita. Opinnäytetyöntekijänä pyrin koko kehittämisprosessin aikana objektiivisuuteen ja välttämään kehittämistyön ohjaamista haluttuun suuntaan vahvan ennakkotietämykseni pohjalta.

6.3 Kehittämistyöprosessin arviointi

Toiminnan kehittämishanketta tai ongelman poistamista voidaan arvioida vertaamalla tuloksia hankkeen omiin tavoitteisiin. Jos ongelma onnistutaan poistamaan tai vaikutuksia pienentämään, toimintatutkimuksen sykli on onnistunut. (Kananen 2014, 137.) Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen malli. Tavoitteena oli kehittää Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutilla vuodeosastolla hoitotyön rakenteista kirjaamista sekä parantaa asiakaslähtöisen kirjaamisen laatua. Tavoitteena oli lisäksi hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistuminen rakenteisen hoitotyön yhteenvedon laatimisessa sekä saavuttaa yhteenvedojen kirjaamisessa rakenteisuus ja yhdenmukaisuus, jotta oleelliset potilaan hoitojaksoon ja jatkohoitoon liittyvät ydintiedot siirtyisivät seuraavalle potilasta hoitavalle taholle lisäten hoidon jatkuvuutta.

Toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti työyhteisö osallistui kehittämistyöhön. Tämä mahdollistettiin osastolla pidetyissä työpajoissa, joihin työyhteisössä yhteenvedoja laativat hoitajat osallistuivat. Toimintatutkimuksen periaatteisiin kuuluu lisäksi se, että arvioinnin suorittavat ne, jotka olivat mukana prosessissa. Toimintatutkimusprosessin aikana tapahtuu myös oppimista, joten tulosten lisäksi voidaan mitata oppimista tai asenteiden muutosta. Tulosten arviointi edellyttää usein ennen-jälkeen -mittausta. (Kananen 2014, 137, 140.)

Tämän kehittämistyön puitteissa ei ennätetty suorittaa jälkeen -mittausta, eikä hoitajien kirjaamisosaamisen vahvistumisen mittausta. Kehittämistyöhön osallistuneet hoitajat ja opinnäytetyön tekijä kävivät työpajoissa reflektoiden ja arvioivaa keskustelua kirjaamisen kehittämisprosessiin liittyen. Työpajoissa uutta kirjaamistapaa suunniteltiin ja työpajojen välissä uutta hoitotyön yhteenvedon kirjaamistapaa testattiin käytännössä, sitä arvioitiin ja muokattiin palautteen ja käytännössä havaitun tiedon pohjalta. Täten toimintatutkimuksen jatkuva syklimäinen prosessi toteutui myös tässä opinnäytetyössä. Toimintatutkimuksessahan toiminta etenee suunnittelun, toiminnan havainnoinnin ja reflektoinnin spiraalisena kehänä, jossa jokaista vaihetta toteutetaan sekä suhteistetaan toisiinsa systemaattisesti ja kriittisesti (Heikkinen ym. 2007, 22, 27; Kananen 2014, 13-14; Metsämuuronen 2008, 30).

Kehittämisosuudessa aikaansaatiin muutos osaston hoitotyön yhteenvedon kirjaamisessa ja kehittämisosuuden lopputuloksena syntyi kirjaamismalli (Liite 3) ja ohje rakenteisen hoitotyön yhteenvedon laatimiseen (Liite 4). Kehittämisosuuteen saatiin henkilökunta mukaan ja opinnäytetyön tekijä osallistui itse muutokseen ja kehittämiseen aktiivisesti toimintatutkimukselle ominaisen luonteen mukaisesti. Toimintatutkimuksen tavoitteena on muutos, tutkijan osallistuminen muutokseen ja muutosprosessin toteutus. Toimintatutkimus kohdistuu ihmisiin ja heidän mukaan saamiseensa muutoksessa. (Kananen 2012, 38.)

Tässä kehittämisosuudessa opinnäytetyöntekijän rooli muuttui toimintatutkimusprosessin edetessä. Toimintatutkimusta aloittaessani ja aihetta pohdiskellessani havainnoin osastolla kehittämistarpeita hoitotyön yhteenvedon kirjaamisessa. Kysyin myös työyhteisön mielipidettä aiheeseen. Aihe koettiin tärkeänä ja henkilökunta oli halukas osallistumaan ja saamaan lisää tietoa yhteenvedon kirjaamiseen. Aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perehtyessäni, olin yksin tutkijan roolissa. Ongelmatilanteen analyysin ja parannusehdotukset tein myös yksin. Työpajoissa toimin fasilitaattorina huolehtien, että jokainen työpajaryhmä saavuttaa sille asetetut tavoitteet. Lisäksi rohkaisin osallistujia aktiiviseen osallistumiseen ja osaston kirjaamiskäytännön reflektointiin. Osallistuin myös itse työyhteisön jäsenenä kehittämistyöhön, keskusteluun ja reflektointiin. Toimintatutkimuksen kenttävaihe on parhaimmillaan dialogista oppimista: osallistujien tasavertaista keskustelua, ongelmanratkaisua ja tiedonmuodostusta. Luottamus edellyttää viiden dialogisuuden periaatteen omaksumista. Ne ovat osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus, vipittömyys ja reflektiivisyys. (Heikkinen ym. 2010, 102.) Suullisesti saamani palautteen mukaan työpajoihin osallistujat kokivat oppineensa rakenteista kirjaamista ja yhteenvedon laatimista, työpajoissa keskustelu oli vastavuoroista ja osallistujat sitoutuivat kehittämistyöhön.

Toimintatutkijan roolia on pidetty ristiriitaisena, koska hänellä on oma kokemus analysoitavasta aineistosta ja hän käyttää omia havaintojaan tutkimusmateriaalina muun tutkimusaineiston lisäksi. Tutkijan ymmärrys muodostuu ja laajenee hiljalleen. (Heikkinen ym. 2007, 20; Kananen 2014, 28; Jääskeläinen 2013, 71-72.) Toimintatutkimusprosessin edetessä pohdin objektiivisuuttani ja etenkin aineiston analysointivaiheessa

pidin objektiivisuutta tärkeänä. Tiedostin objektiivisuuden haasteellisuuden, koska tutkittava ilmiö oli minulle niin tuttu ja itsekin laadin hoitotyön yhteenvetoja. Työpajoja vetäessäni taas ilmiön tuttuudesta oli hyötyä. Saavutin osallistujien luottamuksen ja he uskalsivat esittää minulle kysymyksiä aiheesta. Koin onnistuneeni tämän toimintatutkimuksen vetäjänä siinä, että panin itseni likoon tarjoamalla työyhteisön käyttöön teoreettisen tietämykseni kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin perehtymiseni jälkeen. Niiden pohjalta pystyin vastaamaan työpajoissa esitettyihin kysymyksiin ja tarjoamaan ryhmälle kehittämistyötä edistäviä välineitä ja vastauksia. Työpajojen tavoitteena ollut henkilökunnan kirjaamisosaamisen vahvistuminen siis toteutui. Työpajoissa toteutui myös avoin vuorovaikutuksellisuus ja dialogisuus. Uskon sen johtuneen siitä, että osallistujat tunsivat toisensa hyvin ja tunsivat myös aiheena olleen asian hyvin oman työnsä kautta. Kaikilla oli yhteenvetojen kirjaamisesta omakohtainen kokemus jollan tasolla. Työpajaryhmän koko oli mielestäni riittävän pieni, että osallistujat kokivat turvalliseksi esittää kysymyksiä ja jokainen sai mahdollisuuden olla äänessä.

Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin Kanasen (2014) toimintatutkimuksen vaiheita, joista tämän kehittämistutkimuksen puitteissa oli mahdollista toteuttaa nykytilan kartoitus, ongelmatilanteen analyysi sekä parannusehdotus. Kolme viimeistä Kanasen (2014) käyttämää vaiheistusta, kokeilu-, arviointi ja seurantavaiheet, jäivät kohdeorganisaation toteutettaviksi. Kokeiluvaihetta työyhteisö toteutti jo työpajojen välissä kirjaamalla hoitotyön yhteenvetoja rakenteisesti ja työpajoissa yhteisesti sovitulla tavalla ja uutta kirjaamistapaa arvioitiin seuraavissa työpajoissa. Jatkossa vuodeosastolla kirjataan hoitotyön yhteenvetoja laaditun mallin ja ohjeen mukaisesti, arvioidaan kirjaamismallin ja -ohjeen toimivuutta käytännössä sekä muokataan sitä tarpeen mukaan.

6.4 Jatkokehittämisehdotukset

Jatkossa voitaisiin tehdä uusi nykytilanteen kartoitus ja verrata saatuja tuloksia tämän tutkimuksen kartoituksen tuloksiin. Jatkossa voitaisiin muun muassa selvittää, miten hoitotyön yhteenvetojen kirjaamisen laatu on muuttunut tässä tutkimuksessa tehdyn

intervention ja kirjaamismallin luomisen jälkeen? Seurantavaiheen toteuttaminen jäi myös jatkoon selvitettäväksi eli miten luotu hoitotyön yhteenvedon kirjaamismalli toimi käytännössä? Toisaalta jatkossa voitaisiin myös tutkia hoitohenkilöstön rakenteisen kirjaamisen osaamista. Mielenkiintoista olisi lisäksi tehdä kartoitus hoitohenkilökunnan tiedoista ja taidoista hoidollisen päätöksenteon prosessimallin vaiheiden mukaisesta kirjaamisesta. Lisäksi voitaisiin tutkia ja selvittää, miten vuodeosastolla lääkärin epikriisien ja hoitotyön yhteenvedojen tietosisällöt yhdessä tukevat potilaan jatkohoittoa?

Jatkossa hoitotyön rakenteista ja asiakaslähtöistä kirjaamista vuodeosastolla tulee edelleen kehittää. Kehittämisenäkökulmiksi voitaisiin valita muun muassa, miten potilaat otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja hoidon tarpeiden määrittelyyn. Mielenkiintoista olisi selvittää potilaiden kokemuksia ja näkemyksiä hoitotyön kirjaamiseen liittyen. Asiakaslähtöisen rakenteisen hoitosuunnitelman kirjaamisen kehittäminen olisi myös tulevaisuudessa tärkeä kehittämisen kohde. Rakenteisesti laadittu hoitosuunnitelma palvelisi myös rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamista. Jatkossa olisi myös tärkeää kehittää vuodeosaston, kotihoidon, vanhainkotien sekä palvelutalojen välistä tiedonsiirtoa, mikä parantaisi potilaiden hoidon jatkuvuutta. Hoitotyön päätöksenteon prosessimallin vaiheiden mukaisen kirjaamisen vaikeus nousi esiin vahvasti myös nykytilan kartoituksen tuloksissa sekä osastolla pidetyissä työpajoissa. Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen vaatii harjoitusta ja tulevaisuudessa olisikin tärkeää järjestää hoitohenkilöstölle koulutusta ja kertausta hoitotyön prosessijatteluun.

LÄHTEET

Ahonen O., Ikonen H., Koivukoski S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidaja 10, 6-9. Saatavilla verkossa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty>. (viitattu 3.2.2019)

Arkistolaki (831/1994). Saatavissa: www.finlex.fi (viitattu 10.2.2019)

Asetus (289/2009). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: www.finlex.fi (viitattu 10.2.2019)

Hassinen, T. 2007. Hoitotyön yhteenveto potilaan jatkohoidon turvaajana. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin hanke 2005-2007. Saatavissa: <https://docplayer.fi/25962943-Hoitotyön-yhteenveto-potilaan-jatkohoidon-turvaajana-tiina-hassinen-projektisuunnittelija-ttm-vsshp.html>. (viitattu 17.2.2019)

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

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjäla, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Dark Oy. Vantaa.

<http://www.juva.fi/uploads/Liitteet/RAVATAR.pdf>. (viitattu 13.4.2019)

<https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa> (viitattu 31.3.2019)

<https://www.sotetieto.fi/fi/tuotteet/ravar-arvioi-ikaantyneen-toimintakyky-ja-avun-tarvetta> (viitattu 13.4.2019)

Innopaja:käytäntöjen yhteiskehittämisen työpaja. innokyla.fi. (viitattu 3.2.2019)

Järvinen, O. & Laaksonen, H. 2016. Hoitotyön yhteenvetojen laadullinen analysointi. Saatavissa: tamkjournal.tamk.fi. (viitattu 17.2.2019)

Jääskeläinen, A. 2013. Työyhteisön hyvinvoinnin kehittäminen osallistavilla menetelmillä. Toimintatutkimus työhyvinvoinnin kehittämisprosesseista vanhus- ja vammaispalveluja tuottavissa työyhteisöissä Sallassa. Väitöskirja. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi.

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Jyväskylä.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Suomen Yliopistopaino Oy.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Suomen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kantojärvi, P. 2017. Fasilitointi luo uutta. Menesty ryhmän vetäjänä. Alma Talent. Helsinki.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Jyväskylä.

Kuusela, P. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. 2005. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kuusisto, A. 2018. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Väitöskirja. University of Eastern Finland. Kuopio.

Kuusisto, A., Asikainen P. & Saranto K. 2014. Hoitotyön yhteenvedo potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoitotiede 26 (4), 310-321.

Kuusisto, A., Asikainen P. & Saranto K. 2015. Hoitotyön yhteenvedon tietosisältö hoitotyöntekijöiden arvioimana. Hoitotiede 27 (4), 311-323.

Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveystiedon edistämisen lähtökohtia. Helsinki.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Saatavissa: www.finlex.fi (viitattu 10.2.2019)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (159/2007). Saatavissa: www.finlex.fi (viitattu 10.2.2019)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Saatavissa: www.finlex.fi (viitattu 10.2.2019)

Lehnbom, E., Raban, M., Walter, S., Richardson, K. & Westbrook, J. Do electronic discharge summaries contain more complete medication information? A retrospective analysis of paper versus electronic discharge summaries. Health Information Management Journal Vol 43 No 3 2014

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012 FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. THL. Helsinki.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

- Mikkonen, J. 2010. Kirjaamisen kehittäminen Pöytyän kotihoidossa. Opinnäytetyö YAMK. Turun ammattikorkeakoulu.
- Mykkänen, M., Miettinen, M. & Saranto, K. 2018. Tietorakenteet potilaan hoitotietojen kirjaamisessa – Case hoitotyön yhteenveto. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 10 (2-3), 251-263.
- Mylläri, A. & Salonen, E. 2017. Tiedonsiirron toteutuminen iäkkään potilaan hoitovastuun siirrossa erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä: henkilöstön näkökulma. Opinnäytetyö YAMK. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Nykänen, P. & Junttila, K. (toim.) 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. THL. Helsinki.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamisella liiketoimintaan. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Perusturvakuntayhtymä Akseli. Saatavissa: soteakseli.fi. (Viitattu 3.2.2019)
- Raivio, R. 2016. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa – Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Väitöskirja. Tampere University Press.
- Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Saatavissa: thl.fi. (Viitattu 17.2.2019)
- Ritola, K. 2010. Sähköisen hoitotyön yhteenvedon kehittäminen. Opinnäytetyö YAMK. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. Helsinki.
- Tietosuojalaki (1050/2018). Saatavissa: finlex.fi (viitattu 10.2.2019)
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (viitattu 3.2.2019)
- TOIMIA-tietokanta. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>. (viitattu 13.4.2019)
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Wickström, E. 2010. Toimintatutkimus hoitotyön sähköisen yhteenvedon kehittämisestä. Opinnäytetyö YAMK. Hämeen ammattikorkeakoulu.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Bookwell Oy. Juva.

LIITE 1

PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ AKSELI Viranhaltijapäätös

Kuntayhtymän johtaja 21.9.2018 11 §

Tutkimuslupa opinnäytetyöhön, SAMK

Selostus asiasta	<p>Satakunnan ammattikorkeakoulun (ylempi ammattikorkeakoulututkinto) opiskelija Johanna Korpela hakee tutkimuslupaa opinnäytetyöhönsä Asiakaslähtöisen rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen kehittäminen vuodeosastolla. Opinnäytetyön kehittämistyö kohdistuu Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutin vuodeosaston kirjaamisen kehittämiseen.</p> <p>Teoriaosuus käsittelee pääasiassa hoidon jatkuvuutta, rakenteista kirjaamista ja hoitotyön yhteenvedoa. Aineistonkeruu toteutetaan otantana kahden viikon ajalta tehdyistä hoitotyön yhteenvedoista (tunnistetiedot poistettu), joiden analysoinnissa käytetään laadullista luokittelua.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön/kehittämisprojektin ohjaava opettaja Sari Teeri on hyväksynyt tutkimussuunnitelman. Opinnäytetyön/kehittämisprojektin tavoitteena on kehittää Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutilla vuodeosastolla hoitotyön rakenteista kirjaamista sekä parantaa asiakaslähtöisen kirjaamisen laatua.</p> <p>Tutkimus on suunniteltu valmistuvan keväällä 2019. Tutkimuksen tekoon liittyvissä asioissa yhteyshenkilö Perusturvakuntayhtymä Akselissa on osastonhoitaja Eija Mäkilä.</p> <p>Tämän päätöksen saatuaan tutkimuksen suorittaja sitoutuu siihen, ettei käytä saamiaan tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi tai sellaisten muiden etujen loukkaukseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus eikä luovuta saamiaan salassa pidettäviä henkilötietoja sivulliselle.</p>
Päätös/perustelut	<p>Myönnetään tutkimuslupa opinnäytetyöhön Asiakaslähtöisen rakenteisen hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen kehittäminen vuodeosastolla.</p> <p>Hallintosääntö 20§</p> <p>Allekirjoitus Marika Tuimala Kuntayhtymän johtaja</p>
Nähtävillä pitäminen	Tämä päätös on yleisesti nähtävänä 24.9.2018
Muutoksenhaku	Tähän päätökseen on oikeus hakea muutosta yhtymähallitukselta. Oikaisuvaatimusosoitus liitteenä.
Jakelu	<p>johanna.korpela@soteakseli.fi sari.teeri@samk.fi susanna.laivoranta-nyman@soteakseli.fi eija.makila@soteakseli.fi</p>

LIITE 2

Taulukko 1. FinCC -luokituskokonaisuuden komponentit (17) ja komponentin sisällön kuvaus. (Liljamo ym. 2012, 11.)

Komponentti	Komponentin sisällön kuvaus
Aktiviteetti	Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät
Erittäminen	Ruansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitseminen	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät
Aisti- ja neurologiset toiminnot	Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Elämäntapa	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät

LIITE 3

PTKY AKSELI Terveyskeskus		Sivunumero 1	HOIYH
			HOIYH'
Hoitotyön yhteenveto			HOIYH'
Henkilötunnus - Potilaan nimi	Nimen muutokset		HOIYH'
300470-900N			HOIYH'
Testi Kotka Ida			HOIYH'
09.04.2019 12:28 vuod eh Mäkilä Eija			HOIYH'
Loppuarvio Hoitotyö			HOIYH'
Hoitojakso 4.3.-9.4.2019			HOIYH'
Vasemman lonkan murtuma operoitu 1.3. Tyks traumaosastolta vuodeosastolle kuntoutukseen ja sydämen vajaatoiminnan hoitoon.			HOIYH'
Hoidon tarve			HOIYH'
PÄIVITTÄISET TOIMINNOT: tarvitsee apua liikkumisessa ja hygienian hoitamisessa			HOIYH'
AISTI-JA NEUROLOGISET TOIMINNOT: lonkkamurtuman aiheuttama kipu			HOIYH'
KUDOSEHEYS: leikkaushaava erittävä			HOIYH'
NESTETASAPAINO: turvotukset alaraajoissa			HOIYH'
HENGITYS: hengenahdistus			HOIYH'
VERENKIERTO: huimaus			HOIYH'
Hoitotyön toiminnot			HOIYH'
PÄIVITTÄISET TOIMINNOT: viety rollaattori liikkumisen tukemiseksi, saanut kuntoutusta, suihkussa avustettuna 9.4.			HOIYH'
AISTI-JA NEUROLOGISET TOIMINNOT: kipulääkitystä tehostettu, kipua hoidettu myös kylmäpakkauksella, tarvinnut ylimääräistä kipulääkitystä lähinnä öisin			HOIYH'
KUDOSEHEYS: leikkaushaavaa hoidettu päivittäin			HOIYH'
NESTETASAPAINO: tukisukat käytössä, nesteenpoistolääkitystä tehostettu, nesterajoitus 1500ml/vrk			HOIYH'
HENGITYS: saanut lisähappea happiviiksillä, happiarvoa seurattu			HOIYH'
RAVITSEMUS: gluteeniton ruokavalio			HOIYH'
VERENKIERTO: verenpainetta seurattu, ortostaattinen verenpainemittaus tehty			HOIYH'
ERITTÄMINEN: suoli toiminut 8.4.			HOIYH'
TURVALLISUUS: ESBL-kantajuus			HOIYH'
HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI: tehty MMSE 16/30pist.			HOIYH'
Hoidon tulokset			HOIYH'
PÄIVITTÄISET TOIMINNOT: pystyy liikkumaan rollon avulla itsenäisesti			HOIYH'
AISTI-JA NEUROLOGISET TOIMINNOT: potilaan tila parantunut, kivut vähentyneet			HOIYH'
KUDOSEHEYS: tilanne ennallaan, leikkaushaava edelleen erittää, jatkossa hoito x3/vko, Ma,ke,pe. NaCl-puhdistus ja Sorbact-kirurginen sidos.			HOIYH'
NESTETASAPAINO: turvotukset vähentyneet, 9.4. paino 72kg, laskenut			HOIYH'
HENGITYS: hengenahdistus helpottanut			HOIYH'
VERENKIERTO: huimaus helpottanut			HOIYH'
Hoitoisuus			HOIYH'
RAVA 3,50. Yhden avustettava.			HOIYH'
Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot			HOIYH'
Laboratoriokontrollit 2vkon kuluttua, lähete tehty			HOIYH'
verenpainesuranta x1/vkossa			HOIYH'
painon seuranta x1/vkossa			HOIYH'
Tyks-kontrolli röntgen ja lääkärin vastaanotto 29.5.2019, kutsukirje siirtokuoreessa			HOIYH'
Jatkoon sovittu kotihoitoon käynnit, kotihoito hoitaa haavan			HOIYH'
Tehty ER-päätös			HOIYH'
Jatkossa 24/7 -lupapaikka osastolle			HOIYH'
Omaista ei tavoitettu			HOIYH'
Lääkehoito			HOIYH'
Ajantasainen lääkelista mukana siirtokuoreessa			HOIYH'
Lääkkeet jaettu viikonlopun yli mukaan			HOIYH'
Saanut influenssarokotteen 5.3.2019			HOIYH'

LIITE 4 (1/2)



AKUUTTI VUODEOSASTO, HOITOTYÖN YHTEENVETO-OHJE

Arvio (hoitotyö)	<p>HOITOJAKSO: alkua- ja loppupäivämäärä</p> <p>Tähän lyhyesti, mistä ja miksi potilas tullut osastolle hoitoon välttää lääketieteen termejä. Ei kopioida tulotekstiä YLE-lehdeistä eikä hoitosuunnitelmasta</p>
Hoidon tarve	<p>OTSIKKO: kirjaa missä potilas tarvitsee apua/hoitoa/missä ongelmia</p> <p>OTSIKKO: lyhyesti eritellen mikä on potilaan hoidon tarve</p> <p>OTSIKKO: jokainen tarve oman otsikon perään</p>
Hoitotyön toiminnot	<p>OTSIKKO: kirjaa, miten potilaan tarpeisiin vastattu</p> <p>OTSIKKO: kirjaa, mitä hoitotoimenpiteitä osastojaksolla tehty</p> <p>OTSIKKO: vain oleelliset tiedot kirjataan, ei kaikkia päivittäisiä apuja</p> <p>OTSIKKO: toiminnot –otsikoita voi olla useampia kuin tarve ja tulos otsikoita, koska yhteen tarpeeseen voidaan vastata useammalla toiminnolla</p> <p>OTSIKKO: saattohoito/kuolema tähän</p>
Hoidon tulos	<p>OTSIKKO: kirjaa, onko potilaan tila ennallaan vai parantunut</p> <p>OTSIKKO: potilaan toimintakyky siirtopäivänä</p> <p>OTSIKKO: tulos –otsikoita oltava yhtä monta kuin tarve –otsikoita, koska tuloksissa arvioidaan, miten tarpeet ovat muuttuneet</p>
Hoitaisuus	<p>Kirjaa tähän RAVA-pisteet (jos tiedossa) tai omatoiminen tai yhden avustettava tai kahden avustettava tai vuodepotilas</p>

LIITE 4 (2/2)

Suunnitelma	<p>Kirjaa tähän sovitut jatkokontrollit <u>Tyksiään</u> tms., laboratoriokontrollit ja onko lähete tehty, kotona tehtävät seurannat (verenpaine, paino, ym.) sekä tulevat tutkimukset, ajat ja paikat</p> <p>Kirjaa tähän ER-päätös/24/7-lupa, jos tehty tällä osastojaksolla</p> <p>Kirjaa jatkuuko kotihoidon käynnit, kuka hoitaa haavan, jatkuuko hoito kotisairaalassa vai mihin siirtyy (ei käyntimääriä/kellonaikoja/sisältöä)</p> <p>Kirjaa, jos sovittu kotihoidon tai omaisen olevan vastassa ja kellonaika</p> <p>Kirjaa onko omaiselle ja kenelle ilmoitettu tai jos ei ole tavoitettu</p> <p>SOVITTU KIRJAAMISTYÖNJAKO/VASTUU: pääsääntöisesti <u>osastonsihteeri</u> kirjaa osastojakson tapahtumat (tarpeet/toiminnot/tulokset) sekä jatkohoitopaikan kanssa sovitut asiat ja <u>kierrolla oleva hoitaja</u> tarkistaa hoitotyön yhteenvedon.</p> <p>Jokainen vastuussa, että omien potilaiden hoitotyön yhteenvedot tulee tehtyä.</p>
Lääkehoito	<p><u>Ajantasainen lääkelista siirtokuoressa</u> (ei eritellä yksittäisiä lääkemuutoksia/aloitettuja lääkkeitä)</p> <p>Kirjaa tähän, jos jaettu lääkkeitä mukaan ja mihin asti</p> <p>Kirjaa, jos osastojaksolla pistetty influenssarokote. (<u>Cohemin</u> -injektiot ja muut säännölliset lääkeinjektiot kirjataan lääkelistalle, niitä ei tähän)</p>
<p>Ota keskeneräinen "täppi" pois, kun yhteenvedo valmis, paina OK ja sulje yhteenvedo. Sulje potilaan paperit, mene takaisin paikkakartalle (päivittää potilastiedot)</p>	
<p><u>Tulosta valmis yhteenvedo vasemmalta hoitokertomuspuusta: HOITOTYÖ→HOIYHT→Valitse hoitojakson yhteenvedo aktiiviseksi lomakkeen vasemmasta reunasta täpillä →tulosta</u></p>	