



LAUREA

Ruusuinfektiota sairastavan potilaan ohjauksen kirjaamisen kehittäminen Kotisairaalassa



Kinnunen, Minna

Uhlgrén, Ann-Marie

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Ruusuinfektiota sairastavan potilaan ohjauksen kirjaamisen kehittäminen Kotisairaалassa

Kinnunen, Minna
Uhlgrén, Ann-Marie
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2010

Kinnunen, Minna
Uhlgrén, Ann-Marie

Ruusuinfektiota sairastavan potilaan ohjauksen kirjaamisen kehittäminen
Kotisairaalaassa

Vuosi 2010

Sivumäärä 56

Tämä opinnäytetyö on Laurea ammattikorkeakoulun opiskelijoiden ja Espoon kotisairaalan kehittämistyön raportti. Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää Espoon kotisairaalaan kirjaamista sekä edistää kansallisen hoitotyön yhtenäisen kirjaamisen mallin oppimista. Teoreettisena perustana kehittämistyössä on Sosiaali- ja terveysministeriön laki (159/2007) hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta, asetus (298/2009) potilasasiakirjoista ja suomalaisen hoitotyön (FinCC) tarve- ja toimintoluokitukset.

Kehittämistoiminnan työryhmä muodostui Espoon kotisairaalan kahdesta sairaanhoitajasta ja Laurea ammattikorkeakoulun kahdesta opiskelijasta. Työryhmässä kehittämiskohteeksi valittiin ruusuinfektiota sairastavan potilaan ohjauksen kirjaaminen. Nykytilanteen kuvaus toteutettiin lomakehaastattelun avulla. Kuvauksesta selvisi, että ohjausta annetaan, mutta sen kirjaamista tulisi kehittää. Nykytilanteen kuvaamisen perusteella työryhmässä mietittiin ohjauksen kirjaamiselle yhtenäiset kriteerit. Uudessa kirjaamisen toimintamallissa kirjataan käyttäen suomalaisen hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksen mukaisesti pää- ja alaluokkia.

Kehittämistyön toimintamenetelmänä käytettiin juurruttamista. Juurruttamisprosessin mukaisesti työyhteisölle tuotettiin teoretietoa ruusuinfektiosta ja sen hoidosta sekä kansallisen hoitotyön systemaattisesta kirjaamisen mallista. Kehittämishanke eteni yhteistyössä työelämän edustajien ja opiskelijoiden kanssa.

Uudessa toimintamallissa ruusuinfektiota sairastavan potilaan ohjaus tulee kirjata kolmen komponentin mukaan. Näitä komponentteja ovat aktiviteetti, kudoseheys ja jatkoahoito. Aktiviteetti-komponentin alla tulee käyttää alaluokkaa aktiviteettiin liittyvä ohjaus. Tähän tulee kirjoittaa potilaan liikunnasta ja levosta saama ohjaus. Kudoseheys-komponentin alla tulee käyttää alaluokkia ihon kunnan seuranta, ihon perushoito ja ihon hoitoon liittyvä ohjaus. Kolmantena komponenttina tulee käyttää Jatkoahoito-komponenttia, jonka alaluokista käytetään jatkohoidon suunnitelman laatimista ja jatkohoitoon liittyvää ohjausta. Tähän kirjoitetaan esimerkiksi annettu ohjaus potilaan lääkehoidon jatkumisesta ja tarvittaessa yhteydenotosta lääkäriin

Uutta toimintamallia ja työryhmän työskentelyä arvioitiin kyselylomakkeella. Työyhteisön henkilökunta koki uuden toimintamallin olevan aikaa vievä. Muutosta viedään eteenpäin vähitellen juurruttamisprosessin mukaisesti.

Asiasanat: ruusuinfektio, hoitotyö, potilasohjaus, rakenteinen kirjaaminen, juurruttaminen

Kinnunen, Minna
Uhlgrén, Ann-Marie

Erysipelas patient guidelines: development of documentation at Home Hospital

Year	2010	Pages	56
------	------	-------	----

This thesis is a report of development project by students from Laurea University of Applied Sciences and employees from Espoo's Home Hospital. The purpose of the development project was to develop documentation in Espoo's Home Hospital and further the adoption of national documentation model in nursing. The theoretical foundation in the development project is the statute by Ministry of Social Affairs and Health (159/2007) about electronic documentation in nursing, regulation (298/2009) of patient documentation, and Finnish Care Classification (FinCC).

The development work group consisted of two nurses from Espoo's Home Hospital, two students from Laurea University of Applied Sciences. The work group chose documenting the guidance that an Erysipelas patient receives as the object of development. The description of the present situation was executed with the help of a form interview. The description revealed that guidance was given, but its documentation should be developed. According to the description of present situation, the work group selected cohesive criteria for the documentation of guidance. In the new model, documentation is carried out according to the Finnish Care Classification, with main and sub categories.

Dissemination was employed as the method of development process. In accordance with the dissemination process, theoretical knowledge about Erysipelas and its treatment, as well as about the national systematic documentation model in nursing, was produced to the work community. The development project proceeded in collaboration with the representatives from working life and the students.

In the new action model the Erysipelas patient guidelines are documented under three criteria: patient activity, tissue integrity and further care. Patient activity comprises guidance given to patient regarding exercise and rest. Tissue integrity has three sub-categories: observation of the state of patient's skin, basic care of skin and guidance regarding skin treatment. Further care includes drawing up a further care plan and guidance regarding further care, e.g. guidance of further medicinal care and when to contact a doctor.

The new action model and the work of the working group was evaluated with a questionnaire. The staff of the work community experienced the new action model as time-consuming. Nevertheless, the change will be implemented step by step in accordance with the dissemination process.

Keywords: erysipelas infection, caring, patient guidance, structured documentation, dissemination

SISÄLLYS

1	Johdanto	6
2	Kehittämistoiminnan ympäristö	7
3	Kehittämistoiminnan teoreettiset perustelut	8
3.1	Laki ja asetus	8
3.2	Hoitotyön sähköinen kirjaaminen	9
3.3	Kansallinen yhtenäisen kirjaamisen malli.....	10
3.4	Hoitotyön päätöksenteko	13
3.5	Ruusua sairastavan potilaan hoitotyö.....	14
3.6	Ihohoito.....	16
3.7	Hoitotyön potilasohjaus.....	18
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	20
4.1	Hiljainen tieto	20
4.2	Eksplisiittinen tieto	21
4.3	Juurruttaminen	21
4.4	Tiedon käsittelynkierrokset	23
4.5	Muutosprosessi	24
4.6	Muutosjohtaminen	25
4.7	Kysely tutkimusmenetelmänä	25
4.8	Lomakehaastattelu.....	26
4.9	Sisällön analyysi	27
5	Kehittämistoiminnan toteutus	28
5.1	Nykytilanteen kuvaus.....	28
5.2	Työyhteisön kokemustieto.....	33
5.3	Uusi toimintatapa	33
6	Kehittämistoiminnan arviointi	37
6.1	Kehittämistoiminnan arvioinnin teoreettiset perustelut.....	37
6.2	Työyhteisön arviointi kehittämistoiminnasta.....	39
6.3	Oma arviointi kehittämistoiminnasta.....	43
	Lähteet	44
	Liitteet	48

1 Johdanto

Lain 157/2007 ja asetuksen 298/2009 mukaan potilastietojen yhtenäiseen, rakenteiseen sähköisesti tapahtuvaan kirjaamiseen tulee siirtyä 1.4.2011 mennessä. Haasteena on uuden kirjaamismallin juurruttaminen työyhteisöihin ja terveydenhuollon koulutukseen. Juurruttamisen nopean aikataulun tueksi tarvitaan tukijärjestelmiä, koulutusta. Yhtenä tukitoimena on mm. valtakunnallinen eNNi-hanke. Tämän hankkeen tavoitteena on uudenlaisen kehittämissyhteistyön muodostuminen oppilaitosten ja työyhteisöjen välille. Kehittämispohjaisessa oppimisessa yhdistyvät kokonaisuudeksi oppiminen, tutkiminen ja kehittäminen, jossa kaikilla osallistujilla, niin hoitotyön opiskelijoilla, -opettajilla kuin työyhteisön hoitajilla ja hoitotyön johtajilla on mahdollisuus oppia yhdessä. Yksilön oppiminen on työtapojen ja uudistusten ytimessä, kuitenkin yhdessä oppiminen antaa mahdollisuuden työyhteisön hiljaisen tiedon, teoreettisen sekä tutkimustiedon näkökulmien yhdistämiseen. Työyhteisöjen hoitajien toimintatapoja ei voi kehittää ulkoapäin, työyhteisöjen on tehtävä kehitys itse. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23 - 24.)

Tämän raportin tarkoituksena on kertoa kirjaamisen kehittämishankkeesta Espoon kotisairaalan kanssa. Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää ruusuinfektiopotilaan saaman potilasohjauksen näkymistä kirjaamisessa. Kehittämissuunnitelmaan osallistuivat Espoon kotisairaalan työyhteisö, josta työryhmään kuului kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi Laurea ammattikorkeakoulun opiskelijaa sekä kaksi ohjaavaa opettajaa.

Ruusupotilaan ohjauksen kehittämisen tarkoituksena on parantaa potilaan hoitotyötä yhteinäistämällä annetun ohjauksen kirjaamista. Kehittämishankkeen tarkoituksena on myös edistää kansallisen rakenteisen kirjaamismallin omaksumista. Kehittämishankkeen juurruttaminen työyhteisöön aloitettiin nykytilanteen kuvauksella, jonka avulla kehittämiskohde täsmentyi. Työryhmässä mietittiin ohjauksen kriteerit ja näitä käytettiin uuden toimintatavan mallissa.

Potilasasiakirjojen yhtenäinen rakenne on määritelty Suomessa ja kirjaamiselle on laadittu kansallinen malli. Näiden käyttöön otto hoitotyössä edellyttää uudistumista. ENNi-hankkeessa uudistumista toteutetaan työelämän ja koulutuksen yhteistyönä. Valtakunnallisen sähköisen kirjaamisen mallin käyttöönotto edellyttää terveydenhuollon ammattilaisilta monenlaisten uusien asioiden osaamista. Näitä asioita ovat yhtenäisen mallin ja sen terminologian tunteminen ja käyttö sekä tiedon hallinta, koskien tietosuojan ja tietoturvan säädöksiä. Siirtymä aika nykyisistä kirjaamisen käytännöistä rakenteiseen kirjaamiseen on vuosien 2007 - 2011 välillä, jolloin Suomessa valmistuu 10 000 sairaanhoitajaa ja työskentelee 78 000 sairaanhoitajaa Tehtävän tilaston mukaan. Nämä sairaanhoitajat tulevat tarvitsemaan tätä uudenlaisen osaamisen kirjaamismallia. (eNNi-hanke 2008.)

2 Kehittämistoiminnan ympäristö

Kirjaamisen hankkeen toteuttamisympäristönä on Puolarmetsän sairaalan yhteydessä toimiva Espoon kotisairaala. Kotisairaala toiminta on Espoon sosiaali- ja terveystoimen alaista palvelua. (Espoo sosiaali- ja terveystoimi 2009.)

Kotisairaalahoito on korvaava vaihtoehto potilaalle, joka tarvitsisi vuodeosastohoitoa, potilaan niin halutessa. Kotisairaalan lääkäri päättää, voidaanko hoito toteuttaa kotona ja potilas tarvitsee hoitoon päästääkseen lääkärin lähetteen. Kotisairaalassa hoitoa antavat sairaanhoitajat ja hoidosta vastaa yleislääkäri. Hoitoa annetaan kaikkina vuorokaudenaikoina ja viikonpäivinä määräaikaisesti. Potilaan tulee selviytyä yksin tai omaisten turvin kotona hoitokäyntien välillä. Hoitotilanteen vaatiessa potilas voi siirtyä vuodeosastolle. (Espoo sosiaali- ja terveystoimi 2009.)

Hoidostaan potilas maksaa vuorokausimaksun. Potilaan ollessa jo kotihoidon asiakas, häneltä ei veloiteta erillistä maksua vaan kotisairaalakäynnit huomioidaan kotihoidon laskutuksessa. Kotisairaalan hoidon maksu sisältää: henkilökunnan käynnit, lääkehoidon, jota tarvitaan potilaan akuutin kotisairaalan johtaneen sairauden vuoksi. Tällaista hoitoa ovat mm. suonensisäinen antibioottihoito sekä akuuttiluonteinen kipulääkitys. Lääkityksen muuttuessa pysyväksi potilas vastaa lääkekustannuksista itse. Suonensisäisesti tai injektioina annettavat vitamiini-, neste- ja ravintovalmisteet kuuluvat hoitomaksuun, samoin sairaalatarvikkeet ja apuvälineet kuuluvat maksuun. Näitä hoitotarvikkeita annetaan samoin perustein kuin muillekin kotihoidossa oleville espoolaisille. (Espoo 2009.)

Espoon kaupunki määrittelee toiminnalleen arvot. Espoon kaupungin arvoissa asetetaan tavoitteeksi mm. asiakas- ja asukaslähtöisyys, jolla tarkoitetaan asiakkaan tarpeiden ja tavoitteiden arvostamista kaikessa toiminnassa. Myös toiminnan kehittämisessä huomioidaan asukkaiden ja asiakkaiden antamat tiedot ja palaute. Suvaitsevaisuuden ja tasa-arvon huomioiminen sekä yksilö että ryhmätasolla on toinen Espoon arvoista. Suvaitsevaisuuteen kuuluu erilaisten kulttuurien ymmärtäminen ja hyväksyminen. Luovuus ja innovatiivisuus Espoon arvona tarkoittavat uusien asioiden ja ideoiden jatkuvaa tuottamista ja käyttöönottoa. Myös kumppanuus ja yhteisöllisyys kuuluvat Espoon arvoihin ja näillä tarkoitetaan kaikkia osapuolia hyödyntävää avointa yhteistyötä ja verkostomaista työtapaa sekä monipuolisia liittouma- ja kumppanisuhteita. Tällä Espoo tarkoittaa myös asiakkaiden mukanaoloa ja osallistumista. Tuloksellisuus ja vaikuttavuus kuuluvat Espoon arvoihin, kuten myös kestävä kehityksen huomioiminen. Tuloksellisuudella ja vaikuttavuudella Espoo tarkoittaa tuloksellisella toiminnalla saavutettuja haluttuja vaikutuksia. Kestävä kehityksen kaupunki huomio ratkaisuisaan edistämällä ekologista, taloudellista ja sosiaalista kestävyttä. (Espoo-strategia 2009-2011.)

3 Kehittämistoiminnan teoreettiset perustelut

3.1 Laki ja asetus

Potilasasiakirjojen laatimista, niiden hoitoa, merkintöjen teko-oikeutta, koottavaa sisältöä, luovuttamista ja säilyttämistä säädellään lailla ja asetuksilla. 1.8.2009 astui voimaan asetus 298/2009, joka kumoaa asetuksen 99/2001, jossa myös käsitellään potilasasiakirjojen laatimista ja muuta hoitoon liittyvien materiaalien säilyttämistä. Uuden asetuksen säädöksistä sähköiseen järjestelmään aletaan soveltamaan käytäntöön vasta 1.4.2011, jollei potilas asiakirjoja käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten sähköisten tietojärjestelmäpalveluiden avulla. (Finlex 2009.)

Lailla 159/2007 on tarkoitus edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tietoturvaa ja lailla toteutetaan yhtenäinen sähköisten potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Tällä lailla säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä ja lain tarkoituksena on myös edistää potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. Laki on astunut voimaan 1.7.2007, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottavilla on kolmen vuotta ja yhdeksän kuukautta aikaa liittyä valtakunnallisen tietojärjestelmäpalvelun käyttäjäksi tämän lain voimaan tulopäivästä. Tämän tulisi tapahtua 1.4.2011 mennessä. Hoitotyön kirjaamista säätelevät ja koskevat myös lait potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, henkilötietolaki 523/1999, laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa 13/2003, laki sähköisestä allekirjoituksesta 14/2003 ja arkistolaki 831/1994. (Finlex 2009.)

Laissa 159/2007 säädetään potilasasiakirjoihin kuuluvaksi potilaskertomus, siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat, myös lääketieteellisen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat ja lisäksi muut potilaan hoidon järjestämiseen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta tulleet tiedot sekä asiakirjat. Laki määrittelee myös ammattihenkilöstön, jolla on oikeus tietojen käyttöön sekä tietojen käytön laajuuden työtehtävien ja vastuun edellyttämänä. (Finlex 2009.)

Asetuksessa 298/2009 säädetään velvollisuus potilaskertomuksen pitämisestä, mm. sen tulee edetä aikajärjestyksessä ja merkintöjen tulee olla alkuperäisiä. Asetuksessa ovat määriteltyinä potilasasiakirjoihin tulevat perustiedot. Perustietoihin kuuluvat tiedot potilaasta yhteystietoineen, tieto merkinnän tekijästä, tieto merkintääjankohdasta, tieto merkinnän tekopaikasta, alaikäisen huoltajasta, täysi-ikäisen laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde yhteystietoineen, potilaan äidin- tai asiointikieli, potilaan ammatti, tapaturman tai ammattitaudin mahdollisesti ollessa kyseessä työnantajan vakuutusyhtiö, jos se maksaa hoidon, potilaan suostumukset koskien tietojen luovuttamista. Asetuksessa säädetään myös ne hoitoa koskevat tiedot, joiden tulee

löytyä potilasasiakirjoista. Potilaskertomuksen tulee sisältää merkintä jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Palvelutapahtuman tiedoista kirjataan tarpeellisessa laajuudessa tiedot tulositystä, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta, sairauden kulku ja loppulausunto. Potilaan tiedon saanti oikeus on kirjattuna lakiin, myös potilaan hoitotahto tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Kirjausmerkintöjen potilasasiakirjoihin tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä sekä käytettyjen käsitteiden ja lyhenteiden tulee olla yleisesti hyväksytyjä. Potilasasiakirjojen lokitietojen säilyttäminen ovat laissa määriteltyjä. (Finlex 2009.)

3.2 Hoitotyön sähköinen kirjaaminen

Kirjaaminen on hoitajien keskeisin kommunikoinnin ja tiedonsiirron väline ja tiedon käsittelemisen sekä tiedon välitys ovat yksi tärkeimmistä hoitajien tehtävistä. Kirjaamisella pyritään tavoitteelliseen, yksilölliseen ja optimaaliseen potilashoittoon. Kirjaaminen tulee olla selkeää, päämäärätietoista ja tavoitteellista hoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi. Kirjaaminen tulee tarjota ajankohtaisen, todellisen, laajan ja yhtenäisen tiedon, jotta hoitaja saa käsityksen potilaan hoidosta. Kirjaaminen potilaasta on erittäin tärkeää, koska useimmiten hoitajat käyvät yksin potilaan luona, joskus vähän pidemmällä aikavälillä, jolloin potilaan luona ei ole muita hoitajia käynyt. Kirjaamisen laatuun ja sisältöön vaikuttavat eri tekijät. Tutkimusten mukaan näitä tekijöitä voivat olla päätöksentekoon vaikuttavat ammatillisen pätevyyden osa-alueet tieto- ja taito, arvot ja asenteet, organisaatio ja työyhteisöstä johtuvat tekijät. Kirjaamisen tehtävänä on turvata ja tukea potilaan hoidon laatua. Raporttikäytännöt tulevat muuttumaan siirryttäessä hoitotyön sähköiseen kirjaamiseen. Kun päätösten perusteet on kirjattu, asiaa ei tarvitse toisilta enää tiedustella, perustelu on luettavissa. Sairaanhoidajat voivat alkaa luottamaan kirjattuun tietoon enemmän kun myös perustelut ovat kirjattuina. (Leino 2004, 1-4; Owen 2005, 48-49 & Mäkilä 2007, 39.)

Sähköisellä kirjaamisella tarkoitetaan potilaskertomukseen toteutettua potilaan hoitotietojen tallennusta, säilytystä ja uudelleen käyttöä tietokoneen avulla. Sähköinen potilaskertomus on yksi keskeisin työväline terveydenhuollon ammattilaisilla erilaisten palvelujen ja hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Sähköinen potilaskertomus on tulevaisuudessa keskeinen potilaan hoitoon ja terveydentilaan liittyvä kokonaisuus. Tiedon käsittely ja laajan uudelleen käyttöön mahdollisuudet helpottuisivat, kun sähköinen potilaskertomus perustuisi rakenteisen kirjaamisen malliin. Rakenteinen kirjaamisen malli tekee sähköisestä kirjaamisesta yhtenäisen ja kattavamman. Sähköinen kirjaaminen säästää raportointiaikaa. Laki sähköisestä allekirjoituksesta ja sähköisestä viranomaisasioinnista ohjaa sähköistä kirjaamista, potilastietojen tallentamista, vaihtoa ja salassapitoa. Allekirjoituksen luomistiedot on lain mukaan oltava käytännössä ainutkertaisia ja niitä on säilytettävä luottamuksellisesti ja ne on suojattava väärentämiseltä. (Ikonen, Ensio & Saranto 2004, 2, 18-19.)

Sähköinen potilaskertomus sisältää tiedot potilaalle annetusta hoidosta. Se on kokonaisvaltainen potilaan hoidon asiakirja. Erilaiset ohjelmistot toimivat hoitotietojen kirjaamisen tietojärjestelminä. Perusterveydenhuollon tietojärjestelmät ovat kokonaisvaltaisia järjestelmiä, jotka kattavat perusterveydenhuollon toiminnot. Erikoissairaanhoidossa erilaisia tietojärjestelmiä käyttävät potilashallinto, laboratorio, palkanmaksu ja potilaskertomusohjelmistot. Erikoissairaanhoidon ohjelmistot sisältävät yleensä potilaan tunnistetiedot, tutkimus- ja hoitosuunnitelman sekä historian, lisäksi potilaskohtaiset päivittäiset merkinnät toiminnoista, niiden toteuttamisesta ja merkinnät potilaan voinnista. (Häyrinen & Ensio 2007, 97- 98.)

Sähköinen potilaskertomus voidaan hyvin määritellä eri tavoin. Sillä voidaan tarkoittaa potilaskertomusta, joka on tallennettu ainoastaan digitaalisessa muodossa tai se on suoraan koodattua tietoa tai se voi olla paperilla olevaa tietoa, joka on skannattu tietojärjestelmään. Sähköisen potilaskertomuksen on tarkoitus tukea hoidon jatkuvuutta. Sähköinen potilaskertomus auttaa tiedon välittämistä eri ammattiryhmissä, sekä toimii päätöksenteon tukena ja siinä kirjoitettua tietoa voidaan käyttää toiminnan suunnittelussa, tilastoinnissa ja tutkimuksissa. (Häyrinen & Ensio 2007, 97.)

3.3 Kansallinen yhtenäisen kirjaamisen malli

Useimmat hoitotyön luokitukset on käännetty englanninkielisistä alkuperäisversioista ja kielellisen käännöksen lisäksi niitä on sopeutettu kulttuurisesti. Eri puolilla maailmaa on käytössä useita hoitotyön prosessia jäsentäviä luokituksia. Luokituksia kehitetään, arvioidaan ja niihin tehdään muutoksia. Kehittämiseen liittyy moniulotteinen ja laaja tutkimustyö, joka sisältää luotettavuuden arviointia. (Ensio & Saranto 2007, 16-17.)

HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN

Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen

Näkymä - Hoitokertomus = HOKE

Moniamm. hoitoprosessin eri vaiheet	Tulotilanne				Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	(ks. Opas s. 17)	
	Hoidon suunnittelu							
Hoitotyön prosessin vaiheet (otsikot)	1a	1b	1c	1d	2.	3.	4.	
	Tietojen keruu ja analysointi*	Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi	Toiminnot / toteutus	Tulosten arviointi	Hoitotyön yhteenveto	
Rakenteistaminen								
SHTaL 2.0 ja SHTuL 1.0 (Hoidon tarveluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	-	SHTaL ja varmuusaste (+ mittari esim. VAS, GAF)	SHTaL	-	-	SHTaL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön prosessiydin-tiedoista ja tarv. täydennetään rakenteisilla tiedoilla (luokitus + vapaa teksti) Hoitoisuusluokkatieto	
SHToL 2.0 ja SHTuL 1.0 (Hoitotyön toimintoluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	-	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS, GAF)	SHToL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF) **		
Hoitotyön ydintiedot	Moniammatillisia ydintietoja ^a	Hoidon tarve			Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto	Hoitoisuus ^{**}

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

^{**} Hoitoisuusmittaus tehdään prosessin kohdassa arviointi ja käytetään mittareita: OPC (Oulu Patient Classification) tai OPCq (Rafaella)

päivitetty 211207 K.Tanttu

VALTAKUNNALLINEN HOITOTYÖN SÄHKÖISEN DOKUMENTOINNIN KEHITTÄMISHANKE 2005-2007

Kuvio 1: Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen (Tanttu 2007, 21)

Suomalaisen hoitotyön luokitus muodostuu hoidon tarve- ja toimintaluokituksista, joissa kummassakin on 19 samannimistä komponenttia eli hoitotyön sisältöaluetta ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrään pää- ja alaluokkia. Suomalaisen hoidon tarveluokituksen ja hoitotyön toimintoluokituksen komponentteja ovat aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, terveyspalvelujen käyttö, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, kanssakäyminen, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykinen tasapaino, aistitoiminnot, kudoseheys, jatkohoito, elämänkaari, verenkierto ja aineenvaihdunta. Tarveluokitus sisältää arvioinnin asteikon, asteikossa käytettäviä kuvauksia ovat varma (VAR), todennäköinen (TOD) ja epäily (EP). Toimintaluokituksessa kuvataan suunnitellut ja toteutetut hoitotyön toiminnot hierarkisen luokituksen mukaisesti. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa - oppaassa kuvataan komponentit ja niiden sisältö. Esim. "terveyspalvelujen käyttö: palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näyttöjen ottoon liittyvät osatekijät." Komponentit kuvaavat fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista potilaan tilaa sekä käyttäytymistä ja terveyspalveluiden käyttöä. Kirjatessa valitaan mahdollisimman kuvaava pää- ja alaluokka. Pää- ja alaluokkia on useita, joita käytetään myös kirjoittaessa hoitotyön yhteenvetoa, yhdessä ydintietojen kanssa sekä hoitotiedoilla ja vapaamuotoisella tekstillä. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3-9.)

Kansallinen hoitotyön systemaattisen kirjaamismallin rakenne koostuu ydintiedoista, jotka antavat potilaan terveyttä koskevista hoito- ja ohjaustiedoista yhtenäisen kuvan. Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja hoitotyön yhteenveto sekä potilaan hoitoisuus. Kansallisessa hoitotyön systemaattisessa kirjaamisen mallissa kirjaataan rakenteisesti käyttäen Finnish Care Classification- luokituskokonaisuutta (FinCC). (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23.)

Kansallisen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen mallin mukainen kirjaaminen tekee hoitotyön prosessin näkyväksi. Rakenteistettu tieto helpottaa potilaan hoitoon koskevien tietojen hakua potilaskertomusjärjestelmästä sekä antaa yhtenäisen tiedon saatavuuden kaikille. Yhtenäisten luokitusten, koodistojen ja otsikoiden avulla voidaan hakea tietoja potilaskertomusjärjestelmästä. Rakenteista kirjaamista käyttäessä potilaan hoito on sujuvaa. Tämä myös mahdollistaa sujuvien palvelu- ja toimintaprosessien kehittämisen sekä parantaa potilaan hoidon jatkuvuutta organisaation sisällä ja organisaatioiden välillä. (Tanttu & Rusi 2007, 116 - 117.)

Hoitotyön prosessi on menetelmä, joka ohjaa sairaanhoitajan toimintaa ja ajattelua. Hoitotyön prosessiin kuuluvat tarpeen määrittelyn, hoidon suunnittelun, - toteutuksen ja - arvioinnin vaiheet. Hoitotyön prosessi kuuluu kiinteästi potilaan hoitopolkuun. Hoitopolulla tarkoitetaan potilaan hoidon etenemistä hoidon tarpeen alusta sen päättymiseen. Hoitotyön prosessin ensimmäisessä vaiheessa tarpeen määrittämisessä kerätään tietoa ja tietoja analysoidaan, tarpeet tunnistetaan sekä niitä tarkastetaan. Tietoja kerätään haastattelemalla potilasta, hänen läheisiään sekä havainnoimalla ja erilaisin mittauksin. Hoitotyön prosessin vaiheisiin kuuluu kirjaaminen, jota toteutetaan prosessin kaikissa vaiheissa. Hoitotyön prosessin ensimmäisen vaiheen jälkeen tulee hoidon suunnittelu, jossa potilaan tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen. Toisessa vaiheessa myös asetetaan tavoitteet, kuvataan suunnitellut hoitotyön menetelmät ja kirjoitetaan hoitotyön suunnitelma. Kolmannessa hoitotyön prosessin vaiheessa tapahtuu toteutus, tässä toimitaan potilaan ja sairaanhoitajan yhdessä asettamien tavoitteiden mukaisesti, toteutetaan hoito. Hoidon toteuttaminen voi olla potilaan tarkkailua, auttamista, tukemista ja ohjaamista, kuitenkin potilas on aktiivinen hoitoonsa osallistuja. Sairaanhoitajalla on vastuu hoidon etenemisestä toivottuun suuntaan. Hoitotyön prosessin viimeisessä vaiheessa arvioidaan tavoitteiden saavuttaminen, hoitotyön vaikuttavuus sekä potilaan kokemus tilanteesta ja saamastaan kohtelusta. Uutta tietoa kerätään prosessin vaiheissa jatkuvasti, myös arviointia tapahtuu kaikissa vaiheissa. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 47 -48.)

Hoitotyön prosessi on sairaanhoitajan ja muiden työntekijöiden yhteinen toiminnan ja ajattelun apuväline. Sairaanhoitaja työskentelee ja ajattelee hoitotyön prosessin mukaisesti ratkaistessaan potilaan hoidon tarpeita ja ongelmia potilaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Hoitotyön prosessilla onkin keskeinen tehtävä yhtenäisen kansallisen sairaskertomuk-

sen luomisessa kansallisen hankkeen ja sähköisen kirjaamisen myötä. Suomalainen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitus on toinen keskeinen elementti, jonka sairaanhoitajien tulisi oppia. Ensimmäinen askel sähköisessä kirjaamisessa on oppia hoitotyön prosessin mukainen hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kirjaaminen. Kun sairaanhoitaja pystyy hyödyntämään hoitotyön prosessia potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, niin hänen on helppo oppia tarve- ja toimintoluokituksen hyödyntäminen päivittäisessä kirjaamisessa. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 6-9.)

3.4 Hoitotyön päätöksenteko

Päätöksenteko kuuluu jokapäiväiseen elämäämme. Tekemämme päätökset ohjaavat toimintaamme. Hoitotyössä päätöksenteko muodostuu ihmisen terveyttä, sairautta ja niiden hoitamista koskevasta tiedosta. Tavoitteena on terveyden ylläpitäminen, edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen sekä parantaminen. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 9.)

Ajatteluprosessit päätöksenteon taustalla ovat samanlaisia käytännöllisten ja teoreettisten ongelmien ratkaisemista. Hoidollisten päätöksenteon tutkimuksissa on eniten tutkittu rationaalista ajatteluprosessia ja informaation prosessointiin pohjautuvaa ajatteluprosessia, jotka molemmat edustavat analyyttistä ajatteluprosessia. Näiden vastakohtana nähdään intuitiivinen ajatteluprosessi, jossa päätöksentekijän on usein vaikeaa selittää, mihin tosiasioihin hänen päätöksensä perustuu. (Lauri ym. 1998, 9 - 11.)

Päätöksenteon taustalla on tietoa. Jokaiselle ihmiselle muodostuu koulutuksen, työn ja kokemusten kautta oma tietorakenne. Ammatillinen tietorakenne on hoidollisen päätöksenteon taustalla. Hoitamisen tietorakenne koostuu erilaisista tiedon lajeista, joita ovat empiirinen tieto (tutkimukseen perustuva tieto, joka kuvaa ja selittää hoitamista sekä sen vaikutuksia), eettinen tieto (hoitamisen arvot ja moraalikysymykset), esteettinen tieto (ilmenee toiminnassa ja sitä kutsutaan myös hoitamisen taidoksi) ja henkilökohtainen tieto (ihmisen oman kehityksen ja elämäkokemuksen kautta syntynyt tieto). Hoitotyön tietorakenne sisältää myös yleistietoa ihmisen fysiologisesta, kognitiivisesta, emotionaalisesta ja sosiaalisesta toiminnasta sekä käyttäytymisestä. Hoitotyön tietorakenne käsittää erityistietoa terveydestä, sairauksista ja niiden hoitamisesta. Näihin tietorakenteisiin perustuu hoitotyön päätöksenteko. (Lauri ym. 1998, 12 - 13.)

Potilaan vuoteen vieressä havainnoidaan erilaisia asioita erilaisista lähtökohdista. Sairanhoitaja havainnoi potilaan asentoa, nestevajauksen oireita, kipua ja helpottaa tämän oloa havaintojensa perusteella. Itsetuntemus sekä ymmärrys itsestä vaikuttavat keskeisesti havaitsemiseen, näkemiseen, asioiden ymmärtämiseen ja siihen miten näiden myötä toimitaan. Havaitsemisessa on huomioitu kaksi seikkaa, millainen havainnoija on ja millainen havainnoitava

ilmiö on. Ihmisen kohtaaminen ja terveys ovat hoitotyössä esiintyviä ilmiöitä. Ammattitaitoinen sairaanhoitaja ei toimi vain potilaan sanallisesti antamien tietojen varassa vaan arvio tätä kokonaisvaltaisesti. Päätöksenteossa pidetään tärkeänä sairaanhoitajien luottamusta omaan ammattitaitoon ja mukana tulevaan kykyyn arvioida ja havaita potilaan todellista tilaa (Pesut & McDonald 2007.) Kivun hoidossa aloittelevan ja kokeneen sairaanhoitajan kyvyt eroavat toisistaan. He tekevät erilaisia havaintoja, joihin perustavat päätöksensä. Laurin (2007) mukaan näyttöön perustuva toiminta on sellaista, jossa paras mahdollinen ja ajantasainen tieto hyödynnetään päätöksenteossa. Paras tieto on tutkittua, hyväksi havaittua ja koettua eli se on teoreettista, toiminnallista ja kokemuksellista tietoa. (Haho 2009, 20 - 22.)

Hoitotyön päätöksentekoon liittyvät sekä analyyttiset että intuitiiviset ajatteluprosessit yhdessä. Puhtaasti analyyttistä tai intuitiivista päätöksentekoa ei esiinny ollenkaan. Tiedon keruu, tiedon käsittely ja ongelmien määrittelyt ovat pitkäaikaissairaanhoidossa sekä terveydenhoidossa analyyttis-systemaattista ja lyhytaikaissairaanhoidossa sekä tehohoidossa intuitiivis-analyyttistä. Hammondin (1996) kognitiivisen jatkumon teorian mukaan analyyttinen päätöksenteko on mahdollista, jos ratkaistavaan ongelmaan tarvittava tieto on saatavilla ja se on jäsentynyt. Hoitotyössä tämä voisi tarkoittaa, että hoitajilla on teoreettinen tietorakenne ja se ohjaa hoitotyöhön liittyvää tiedon hankintaa ja käsittelyä. (Lauri & Salanterä 2002, 163 - 164.)

Tutkimukset osoittavat intuition olevan mm. sisäistä tunnetta, hiljaista tietoa, ennakkoaavistusta, jonka avulla sairaanhoitaja ymmärtää potilaan ongelman (mm. Benner 1984, Nurminen 2000). Intuitio voi olla päätöksenteon lähtökohta, mutta intuitiota käytetään kaikissa päätöksenteon vaiheissa. Kuitenkaan pelkkä intuitio tai teoreettinen tieto eivät riitä hoitotyön päätöksentekoon vaan tarvitaan myös kokemuksellista tietoa. Tietorakenne muodostuu teoreettisesta tutkimustiedosta ja käytännön kokemuksesta, joka ohjaa työntekijän päätöksentekoa. Päätöksenteko on olennainen osa hoitotyötä. (Lauri & Salanterä 2002, 164 -165.)

3.5 Ruusua sairastavan potilaan hoitotyö

Ruusua eli erysipelas on beetahemolyyttisen streptokokin aiheuttama ihonalaiskudoksen infektio eli selluliitin pinnallinen muoto, jossa bakteeri pääsee ihon sisälle ihorikon kautta. Yleisemmin aiheuttaja on *Streptococcus pyogenes* (A-ryhmä) tai *Streptococcus dysgalactiae* (G-ryhmä). Myös B- ja C-ryhmän beetahemolyyttiset streptokokit saattavat aiheuttaa samanlaisen taudinkuvan. Tämä infektioportti on tavallisimmin varpaanväleissä tai nenänpielessä. Tuulehdusalueen iho on yleensä ehjä, siinä voi kuitenkin olla verensekaisen nesteiden täyttymiä rakkuloita ja syviä märkäpesäkkeitä. Ruusualueella esiintyy yleensä tarkkarajainen punoitus, kuumotus sekä turvotus. Oireisiin kuuluvat myös päänsärky, pahoinvointi, oksentelu ja korke-

aksi nouseva sekä horkkamainen kuume. Tavallisemmat laboratoriotutkimukset ruusuinfektion diagnostisoinnissa ovat P-CRP, B-La, B-PVKT, veriviljely tarvittaessa ja bakteeriviljely ihorikosta. Myös muiden oireiden esiintyminen, samoin mahdolliset perussairaudet ja käytössä oleva säännöllinen lääkitys tulee selvittää. Ruusuinfektion riskitekijöinä pidetään raajan kroonista turvotustaipumusta, ihorikkoumia, erityisesti varvasväleissä ja ylipainoa. Ruusuinfektio sijaitsee useimmiten alaraajassa, mutta voi myös esiintyä yläraajoissa, kasvoissa tai kainalossa. Yläraajassa esiintyvän ruusun taustalla on lähes aina häiriintynyt lymfakierto, useimmiten rintasyövän hoitona tehdyn kainaloimusolmukkeiden poiston tai se syntyy sädetyksen seurauksena. Ruusuun sairastuvat usein vanhemmat ikäryhmät, varsinkin yli 65-vuotiaat. (Rautiainen & Komulainen 2008; Poikonen 2008; Karppelin & Syrjänen 2008, 1041-1047; Hannuksela 2008; Reitamo & Remitz & Ranki, Hyry, Jansson, Karvonen, Kontiainen, Kousa & Mäkelä 1999.)

Ruusuinfektion hoidossa oleellisen tärkeää on aina infektioportin etsiminen ja hoito. Tämän unohtuessa ruusuinfektio uusiutuu helposti, oikean hoidon jälkeenkin. Ruusuinfektioon mahdollisesti liittyvä sienitulehdus tulee todeta ja hoitaa. (Käypä hoito 2009 & Karppelin & Syrjänen 2008, 1041 - 1047.)

Ruusuinfektion ensisijainen lääke antibiootihoidossa on penisilliini, jota suositellaan annettavaksi yleensä suonensisäisesti eli parenteraalisesti. Vaihtoehtoisena suonensisäiselle penisilliinihoidolle on prokaiinipenisilliini lihaksensisäisesti ruiskeina, joka sopii myös hoidettavaksi polikliinisesti. Suonensisäinen hoito vaatii yleensä sairaalahoitoa. Suunkautta otettavaan lääkkeeseen tulee siirtyä yleensä vasta sitten, kun kuume on laskenut ja nähdään, ettei tulehdus enää laajene. Antibiootihoidon kesto on noin 7-28 vuorokautta. Jos ruusuinfektion aiheuttaja on beetahemolyyttinen streptokokki hoito kestää yleensä 7-10 vuorokautta ja *Stafylococcus aureus* aiheuttamassa infektiossa hoito kestää useimmiten 14-28 vuorokautta. Potilaat, jotka ovat allergisia penisilliinille, hoidetaan suun kautta otettavalla kefuroksiimilla ja ensimmäisen polven kefalosporiinilla. Hoidon aikana on myös tärkeää, että potilas on levossa ja tulehtunut rajaa on kohoasennossa. Tämä vähentää raajan turvotusta, joka aiheuttaa usein lisäkipua tulehdusalueella sekä voi heikentää verenkiertoa, kudosten hapettumista ja immuunipuolustusta sekä antibioottien kulkeutumista tulehtuneeseen kudokseen. Ruusuinfektion hoitoon kuuluu myös haavojen, puhjenneiden nesterakkuloiden ja muiden ihorikkojen paikallishoito. Erityisesti infektioportteina toimivat varvasvälien ihorikot, joiden hoito kannattaa aloittaa samaan aikaan kun ruusuinfektiota hoidetaan. (Karppelin & Syrjänen 2008, 1041-1047.)

Kortikosteroidin lisääminen antibiootihoidon rinnalle voi nopeuttaa tulehdusreaktion rauhoittumista. Kuitenkaan sen käyttö ei ole vakiintunut käytäntöön. Kuumeen alentamisessa ja kivun hoidossa parasetamolien käyttö on turvallista riittävänä annoksena (1g x3). (Käypä hoito 2002 & Karppelin & Syrjänen 2008, 1041-1047.)

Rintasyövän hoitoon liittyvät toimenpiteet, kainalon imusolmukkeiden poisto, sädehoito ja kemoterapia voivat altistaa noin viiden vuoden kuluttua ilmenevälle ruusuinfektiolle. Ruusun ennaltaehkäisyä ovat ihon hoito säännöllisesti, säilöntäaineeton ja hajustamaton perusvoide ehkäisemään kuivumista ja ihonhalkeilua. Jalkasilsa tulisi hoitaa huolellisesti, sukat pestä 60 asteessa ja käyttää ilmavia kenkiä. Lymfakierron edesauttaminen ehkäisee ruusuinfektiota. Säännöllinen lihasvoimaharjoittelu, hankaavien vaatteiden - sekä raskaiden taakkojen kantamisen välttäminen ja säänvaihteluita suojautuminen, kylmä - kuivuus vaikuttavat ihovaurioiden syntyyn. (Kotilainen 2009.)

3.6 Ihonhoito

Ihotautipotilaan hoito perustuu systeemi- ja paikallishoitoon. Paikallishoitoaineiden käyttö perustuu potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Perusvoiteet ovat tuotteita, joihin ei ole lisätty lääkkeitä, voidepohjina mm. lotion, geeli, gremor- eli emulsiovoide, ungentum eli voide, salva ja öljy. Sopivin perusvoide löytyy kokeilemalla. Voide laitetaan heti suihkun jälkeen puhtaalle iholle levittäen kevyesti ylhäältä alaspäin. (Vester & Komulainen 2010.)

Vetistävien ihottumien hoitoon käytetään hauteita kuivattamaan ihoa, lievittämään tulehdusoireita, rupien ja karstojen irrottamiseen sekä haavojen hoitoon. Kosteaa kääre tai keittosuolakompressi imee eritteitä, viilentää ihoa ja vähentää kutinaa, lisäksi se toimii ihon mekaanisena suojana likaantumista ja raapimista vastaan. Sidos vaihdetaan kaksi kertaa päivässä ja kostutetaan kaksi kertaa päivässä. Erityksen ollessa runsasta sidos vaihdetaan tarpeen mukaan ja erityksen ollessa vähäistä, sidoksen kuivuessa ja tarttuessa kiinni, se kostutetaan useammin. Sidoksia laitetaan ihottuma-alueelle kolmin- tai nelinkertaisina, peitetään kuivalla kankaalla tai sidotaan joko sideharsolla tai verkolla. Hautovia kosteussulkuja ei käytetä. Keittosuolaliuoksen voi hankkia apteekista tai valmistaa itse kiehauttamalla litran vettä kattilassa ja lisäämällä yhdeksän grammaa suolaa. Rikkoutunutta ihoa voidaan käsitellä lääkeliuoksilla, kuten metyleenisini-, gentiaanavioletti- ja lapisliuoksilla. Lääkeliuokset estävät mikrobien kasvua, lähinnä bakteerien ja sienten. Sitä käytetään varpaanväleihin, halkeamiin ja taipuksiin sekä rikki raavitun ihon hoitoon. (Vester & Komulainen 2010.)

Ihotautipotilasta ohjataan peseytymään viileällä tai lämpimällä vedellä. Kuuma vesi haihtuu nopeasti iholta ja lisää ihon kuivumista. Pesuun voidaan käyttää neutraalia pesunestettä tai pesuvoidetta, myös hiukset voidaan pestä perusvoiteella tavallisen shampoon tapaan. Suihku saa kestää korkeintaan kymmenen minuuttia, muutoin ihon luonnolliset rasvat haihtuvat pois. Pesusienien käyttö ärsyttää ihoa. Kuiva iho tulee voidella heti pesun jälkeen perusvoiteella ja saunaan tai uimahalliin ei tule mennä, jos iho on rikki, tulehtunut, erittävä, kuumottava tai punoittava. Ihoa vasten olevien vaatteiden tulee olla sileitä ja hengittäviä. Villaiset, keinokui-

tuiset sekä väriä päästävät vaatteet ärsyttävät ihoa. Vaatteiden pesuun suositellaan hajusteettomia pesuaineita. Eikä huuhteluaineen käyttöä suositella. (Vester & Komulainen 2010.)

Omahoidolla voidaan vaikuttaa jalkaongelmien ehkäisyyn. Kenkien oikealla valinnalla voidaan ehkäistä jalkoihin syntyvää kitkaa ja hankausta. Kengät tulisi valita käyttötarkoituksen mukaan ja kenkien tulee olla jalan malliin sopivat sekä tarvitaan yhden senttimetrin käyntivara. Miesten käyttämät työkengät ovat yleisesti umpinaiset, hengittämättömät kengät, joissa jalan hikoilu ja kosteat sukat altistavat jalka- tai kynsisilsälle. Hikoilevajalkaisen tulee vaihtaa kengät ainakin kerran päivän aikana. Materiaaleista nahka on hengittävä ja estää liiallista hikoilua. (Liukkonen & Saarikoski 2007.)

Sukkien tulee olla oikean kokoiset, ne tulee pukea oikein ja valita käyttötarkoituksen mukaisesti. Sekoitemateriaalit ovat ihoystävällisempiä kuin perinteiset puuvillasukat. Sukkia hankkiessa kannattaa varata kutistumisvaraa, koska hiki, pesuaineet ja pesumenetelmät kutistavat sukkia. Keinokuitu ja sekoitemateriaalisukat ovat tehokkaita kosteuden kerääjiä ja kuljettajia. Ne pitävät jalan kuivana sekä lämpimänä. Puuvilla ja villa ovat tehokkaita kosteuden kerääjiä, mutta ne eivät kuljeta kosteutta eteenpäin ja näin pitävät jalan hikisenä. Sukkien resorien tulisi olla kiristämättömät. Leveä resori myös jakaa paineen tasaisemmin laajalle alueelle. Kapea resori lisää säären turvotusta ja häiritsee laskimoverenkiertoa. Saumaton tai liitistetyllä saumalla oleva sukka ei paina tai hankaa. Paksusaumainen sukka painaa ja voi aiheuttaa rakkoja, jopa haavan. Muotoon ommeltu sukka pysyy paikallaan. Kun taas putkisukat valuvat makkaralle ja voivat aiheuttaa ihovaurioita. Varpaiden tulisi pystyä liikkumaan ja olemaan suorina sukassa. Sukka ei saisi puristaa varpaita suppuun ja hautoa varpaita. Sukkien tehtävän on pitää iho lämpimänä ja suojata jalkaterää. (Liukkonen & Saarikoski 2007 & Saarikoski, 2009a.)

Jalkojen pesu päivittäin haalealla vedellä riittää. Jalkojen ollessa liikkeessä pesussa käytetään harjaa ja saippuaa tai pesunestettä. Likaisten jalkojen kynsiurteet harjataan liasta ja sukanöyhdystä. Pesuneste on ihoystävällisempää eikä kuivata ihoa kuten emäksiset saippuat. Jalkakylvyt voivat jo 10 minuutissa hautoa ohuen varvasväli-ihon rikki ja muutoinkin kuivattaa jalkojen ihoa. Pesun jälkeen jalat kuivataan huolellisesti ja kevyesti, erityisesti varvasvälit. Varvasvälien huolellinen kuivaus ja tuuletus estävät hautumista ja infektioiden syntyä. Hautoneisiin varvasväleihin laitetaan huolellisen pesun ja kuivauksen jälkeen lampaanvillaa tai ohutjakoista talkkia imemään kosteutta. Hikoilevien jalkojen omahoidossa kannattaa kokeilla apteekista saatavia pesunesteitä, jotka jättävät iholle happaman kerroksen. Ne estävät bakteerien kasvua. Hikoilun vähentämiseksi, kosteuden ja hajun estämiseksi voi kokeilla jaloille tarkoitettuja antiperspirantteja, joiden toiminta perustuu alumiinisuoloalan. (Liukkonen & Saarikoski 2007 & Saarikoski 2009b.)

Ihon päivittäinen hoito pitää sen ehjänä ja auttaa suojaamaan mikrobeilta. Jalkojen ja säärien iho rasvataan päivittäin ihotyypin mukaan. Voidetta hierotaan vain sen verran kuin sitä imeytyy, kuivaan ja hilseilevään ihoon voide laitetaan myötäkarvaan. Jalkapohjien iho on paksua, joten sinne käytetään rasvaista voidetta (rasvapitoisuus 30 - 60 %) ja sääriin riittää kehon rasvauksessa käytettävät kevyemmät lotion- tyyppiset voiteet. Liian kevyet voiteet kuivattavat ihoa lisää, iäkkäät voivat paksun, vaikeasti levittyvän perusvoiteen sijaan käyttää löysempimuotoisia voiteita tai suihkemuotoisia voiteita tai öljyjä. Varvasvälien hautumisen estämiseksi niihin ei laiteta voiteita. (Liukkonen & Saarikoski 2007.)

3.7 Hoitotyön potilasohjaus

Hoitotyön ohjauksesta käytetään erilaisia käsitteitä mm. koulutus, kasvatusta ja valmennus. Näitä käytetään usein epäselvästi ja tämä tekee ohjauksen tunnistamisen ja tiedostamisen ongelmalliseksi. Hoitotyössä ohjauksella pyritään edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa aktiivinen ratkaisija ongelmalle on potilas itse ja hoitajan tulee tukea potilasta päätöksenteossa sekä pidättäytyä esittämästä valmiita ratkaisuja. Hoitotyön ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallisempaa kuin muut hoitotyössä tapahtuvat keskustelut, mutta ohjaus sisältää myös tiedon antamista potilaalle, ellei potilas itse ole kykenevä ratkaisemaan tilannetta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Ohjauksessa tärkeää on myös sen kirjaaminen selkeästi, jotta kaikki ohjaukseen osallistuvat henkilöt ovat tietoisia siitä, mitkä ovat ohjauksen tavoitteet, miten ohjaus on edennyt ja mitä asioita ohjauksessa on käsitelty. Jos ohjauksesta ei kirjata potilasasiakirjoihin näitä tietoja, niin on ohjauksen jatkuvuus uhattuna. Hoitaja, joka jatkaa ohjausta ei ole tällöin tietoinen, mitä edellisellä kerralla on ohjattu, miten ohjaus on saavuttanut potilaan ja mitä on sovittu ohjauksessa. Ongelmallista on myös ohjauksen ja sen vaikuttavuuden seuranta, jos ohjauksesta ei ole kirjattu potilasasiakirjoihin. (Kyngäs ym. 2007, 46; Kyngäs & Henttinen 2008, 109.)

Hoitajan on tärkeää tunnistaa, mitä potilas jo tietää, mitä potilaan täytyy ja mitä potilas haluaa tietää sekä mikä on potilaalle paras tapa omaksua asia, jotta ohjaus onnistuu. Ohjaustarpeen selvittämiseksi hoitaja voi pyytää potilaan kertomaan terveysongelmastaan, sen mahdollisista syistä ja vaikutuksista sekä siitä, mitä hän odottaa ohjaukselta ja sen tuloksilta. Kun potilaalla on riittävästi tietoa, pystyy hän itse arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi. Potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista parantaa se, että ohjaus perustuu potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

Onnistuneen ohjauksen voi rakentaa vain riittävien taustatietojen varaan. Hoitajan tulee tunnistaa potilaan taustatiedot sekä myös olla tietoinen omista taustatekijöistään, koska ne vaikuttavat ohjaussuhteen syntymiseen ja sen etenemiseen. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus tekee ohjaustilanteesta ja ohjaussuhteesta ainutkertaisen. Se on perusta ohjaustilanteen etenemiselle. Vaikka potilas olisikin eri mieltä asioistaan kuin hoitaja, hän odottaa silti vuorovaikutukselta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta. Hoitajan tulisi kunnioittaa potilaan autonomiaa ja osoittaa luottamuksellisuutta, kiinnostusta ja arvostusta ohjaustilanteissa potilaan asioita kohtaan. Ohjauksessa potilasta tulee ymmärtää ja rohkaista. Hoitajan tulee myös ilmaista ajatuksensa selkeästi ja tehdä kysymyksiä ohjausta koskien. Onnistunut vuorovaikutus vaatii hoitajalta ja potilaalta halua työskennellä yhdessä, samoja odotuksia, tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. Ohjauksessa potilaan motivointi on tärkeää, koska ohjauksen tavoitteina on rohkaista potilasta tutkimaan ja tunnustamaan käyttäytymistä tai käyttäytymismuutoksia koskeviin käsityksiin, uskomuksiin ja asenteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 47-49.)

Asiakkaan voimavaraistumista tukevassa terveysneuvonnassa keskeistä ovat asiakkaan omat tavoitteet, motivaatio, ajanmukaiset tiedot ja aiempi kokemuksellinen taito. Terveydenhuollon ammattilaisen tulisi tukea omalla toiminnallaan asiakasta näissä. Hoitotyöntekijä kerää asiakkaan terveystiedot terveydentilan määrittelemiseksi ja tukee terveyttä ylläpitävää ja edistävää toimintaa. Hoitaja huomioi asiakaslähtöisyyden ja tukee asiakasta tiedollisesti. Asiakkaan voimavaraistuminen toteutuu hoitajan ja asiakkaan yhteisessä toiminnassa sekä voimavaraistumista tukevassa ympäristössä. (Kivistö, Johansson, Virtanen, Rankinen & Leino-Kilpi 2009, 13 - 21.)

Haavanhoidon ohjauksessa on tärkeää, että potilas ymmärtää haavan synnyn ja siihen vaikuttaneet tekijät sekä haavan paraneminen ja tekijät, jotka vaikuttavat hänen kohdallaan haavan paranemiseen. Ohjauksen sisältö muodostuu tiedoista potilaan sairaudesta, hoidosta sekä näiden vaikutuksesta potilaan elämään. Potilaan ohjauksen keskeisessä sisällössä annetaan tietoa myös haavanhoitotuotteista, niiden saatavuudesta ja hankinnasta sekä elämäntapojen merkityksestä uusien haavojen ennaltaehkäisyssä. Potilaalle kerrotaan arvioitu paranemisaika, tietoa haavan paranemisen vaiheista, käsihygieniasta ja haavan pesemisestä. Lisäksi kerrotaan oireista, joita tulee havainnoida, kuten tulehduksen oireet, kipu, verenvuoto, hematooma, oireet joiden ilmaantuessa potilaan tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan. Ohjauksen sisältöön kuuluu myös tieto haavan vaikutuksista jokapäiväisiin elämisen toimintoihin, mm. haavanhoitokerrat, saunomiseen, uimiseen ja liikkumiseen. Potilaalle tai hänen omaiselleen opetetaan haavanhoitotekniikat yksityiskohtaisesti. Miten haavatuotteita käsitellään, miten niitä säilytetään ja miten ne hävitetään. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutinen 2002, 253 - 254.)

Haavanhoidon ohjauksessa tulee käytetyn kielen olla ymmärrettävää, ei käytetä vierasperäisiä sanoja. Asiajärjestyksen tulee olla potilaan tarpeet huomioiva. Ohjauksen menetelmiä ovat suullinen ohjaus, kirjallinen materiaali, demonstraatio sekä potilaan oman toiminnan seuranta ja arviointi. Menetelmien valintaan vaikuttaa ohjauksen tarve, sisältö, potilaan kyky oppia ja omaksua uusia asioita sekä ohjaajan perehtyneisyys ja taidot käyttää ohjausmenetelmiä. Merkityksellisintä ohjauksessa on vastata potilaan kysymyksiin. (Hietanen ym. 2002, 254 -255.)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

4.1 Hiljainen tieto

Hiljainen tieto on tietoa, joka on hankittu tekemällä, harjaantumalla ja aistimalla. Hiljainen tieto muodostuu henkilökohtaisen kokemuksen avulla esim. toistamalla toisten tekemistä tai seuraamalla. Hiljainen tieto opitaan seuraamalla ammatillisessa tekemisessä noudatettavia sääntöjä tai ohjeita, joita ei ole kirjattu mihinkään. Noudatettuja sääntöjä tai ohjeita ei välttämättä osaa selittää toiselle sannallisesti, koska koettua on joskus vaikea ilmaista täsmällisesti. Kyse ei ole pelkästään tiedosta vaan tavasta suhtautua ja soveltaa tietoa samanaikaisesti. (Viikka 2006, 32.)

On haaste saada hiljainen tieto näkyväksi ja yhteiseen käyttöön, samoin on haastavaa saada suoranainen tieto ihmisten sisäistämäksi hiljaiseksi tiedoksi. Hiljaisen tiedon välittäminen ja hyödyntäminen on vuorovaikutusta työntekijöiden välillä. Hiljainen tieto saadaan käyttöön ainoastaan sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla. Kaiken tiedon perustana on hiljainen tieto. Tutkimuskohteena hiljainen tieto on tärkeää, koska tämän avulla saadaan uusia havaintoja tutkittavaksi ja siten myös uutta tietoa. Tieto ei synny tyhjästä, tiedon katsotaan muodostuvan informaation tulvasta. (Kautto 2003, 33 - 34; Viikka 2006, 32 - 33.)

Hiljaista tietoa on ihmisillä enemmän kuin he voivat kertoa tietävänsä, se on kaiken tietämisen perusta. Hiljainen tieto näyttäytyy toiminnassa ja on osa ihmisten jokapäiväistä elämää ja rutiineja. Myös tieteellisessä tutkimuksessa suurin osa vaikuttavasta tiedosta tulee tältä hiljaisen tiedon alueelta. Tiedolla tarkoitetaan tarkkoja, täsmällisiä asioita, kuten kirjoitettuja sanoja, matemaattisia kaavoja ja karttoja. Tällaista tietoa nimitetään eksplisiittiseksi (suoraan välittömästi ilmaisevaa, nimenomaan), formuloiduksi (muotoiltu, laadittu sopivaan muotoon) tai fokusoiduksi (tiivistetyksi, täsmennetyksi). Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan formulomatonta tietoa, hiljaisen tiedon avulla ihminen tietää milloin eksplisiittinen tieto on totta. On vaikeampaa määritellä, milloin tieto muuttuu fokusoidusta tiedosta hiljaiseksi, yksilölliseksi ja henkilökohtaiseksi, subjektiivisten kokemusten kautta hankituksi tiedoksi. (Sipilä 2006, 18 - 20.)

4.2 Eksplisiittinen tieto

Käsitteellinen tieto eli eksplisiittinen tieto on systemaattista, muodollista ja tarkkaan määriteltyä tietoa sekä on ilmaistavissa olevaa tietoa. Eksplisiittistä tietoa voidaan suhteellisen helposti prosessoida ja tallentaa sekä jakaa ja viestiä. Tieto esitetään usein tieteellisten kaavojen tai käyttöohjeiden muodossa, toimintaa ohjaavina sääntöinä ja kokousmuistiona. Eksplisiittinen ja hiljainen tieto ovat käsitteellisesti kytköksissä toisiinsa ja muuntuvat organisaation tietojen käsittelyn kuluessa toisikseen. (Hakula 2008, 4130 - 4131.)

Sivistyssanakirjan mukaan sana eksplisiittinen tarkoittaa: "suoraan, välittömästi ilmaiseva; selvästi, yksiselitteisesti ilmaistu, nimenomainen" (Valpola 2000, 253). Mot-sanakirjan mukaisesti sana tarkoittaa: "selvästi, seikkaperäisesti ilmaistu, julkilausuttu, nimenomainen" (Mot-sanakirja 2009).

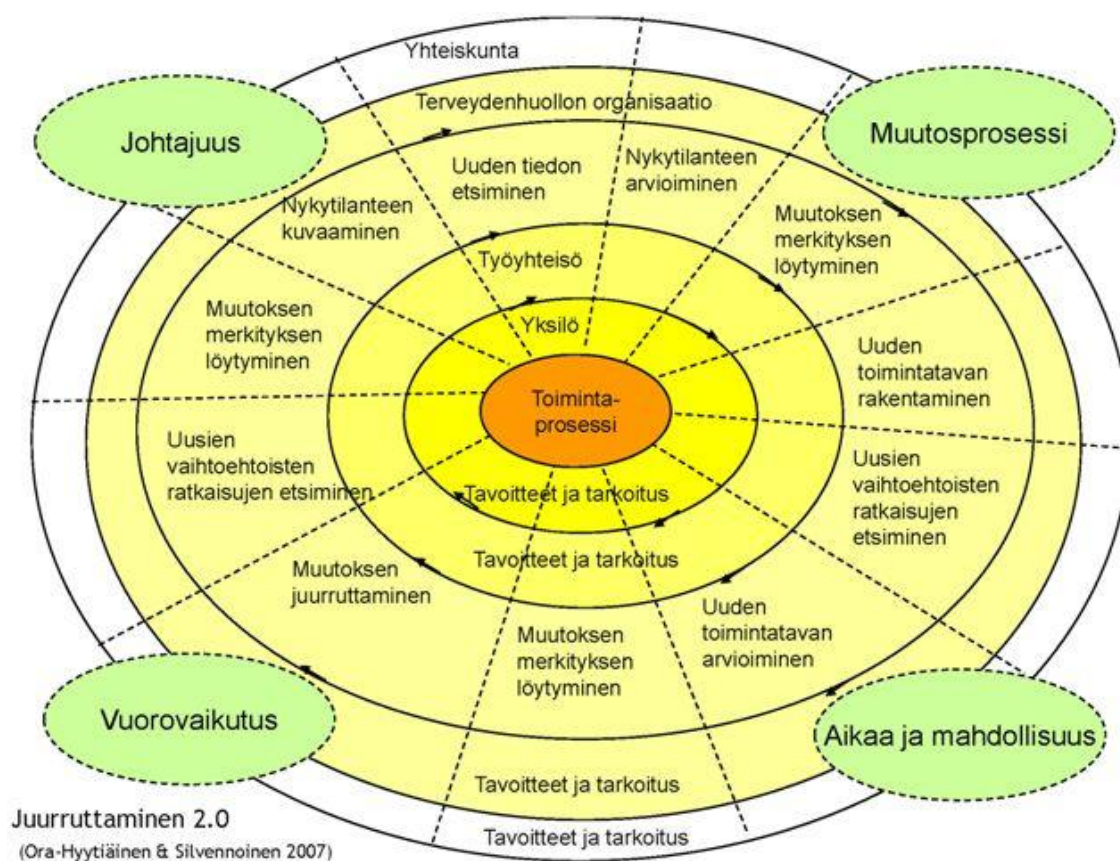
Eksplisiittistä tietoa voidaan yhdistää muuhun eksplisiittiseen tietoon, jolloin saattaa syntyä täysin uutta eksplisiittistä tietoa. Nonakan ja Takeuchin mukaan käytettäviä menetelmiä tällaisen tiedon siirrossa ovat mm. erilaiset dokumentit, kokoukset, kahdenkeskiset keskustelut ja kommunikaatio tietoverkon kautta. (Virtanen 2006, 15.)

4.3 Juurruttaminen

Juuruttaminen on oppimisprosessi, jossa tuotetaan uutta tietoa, hiljaista ja eksplisiittistä tietoa vertaillen. Juurruttamisessa tätä tietoa kehitetään käytännön osaamiseksi. Juurruttamisessa kumppanuus rakentuu vähitellen ja osapuolten välinen keskinäinen kunnioitus on tärkeää. Oppimisen sekä kehittymisen arvostaminen ja keskinäinen luottamus ovat osa kumppanuuden rakentumisen perustaa. Kumppanuuden tarkoituksena on vahvistaa organisaatioita ja niissä toimivia ihmisiä, päämääränä hoitotyön kehittämisen arvostaminen sekä sitoutuminen yhteiseen toimintaan. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16 -19.)

Juuruttamisen taustalla on Japanissa kehitetty, kahdenlaisen tiedon käsittelyyn perustuva menetelmä innovaation tuottamiseksi organisaatiossa yhteisöllisenä oppimisprosessina. Hoitajien työskentelyprosessissa juurruttamisen tuloksena syntyvä innovaatio on luonteeltaan sosiaalinen ja se edellyttää muutosta hoitajien työssä. Innovaatiotoiminta on tietoinen ja tavoitteellinen prosessi, jossa muutosta kaipaavassa organisaatiossa muodostetaan uusia toimintatapoja, uusitaan vanhoja, edistetään uusien toimintatapojen käyttöönottoa ja levitetään tietoa toteutetuista uudistuksista. Uuden tai uudistetun toimintatavan käyttöönottoa ja siihen liittyvää muutosta tulee suunnitella sekä edistää yhtä aikaa uudistuksen muodostamisen kanssa. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14.)

Muutoksen hyväksymistä ja hallintaa pidetään osana sairaanhoitajan ammattitaitoa. Kuitenkin Jonna Ratilaisen pro gradu-tutkielman haastateltavat pitivät tutkittua organisaatiomuutosta suurena asiana, jota pohdittiin sekä työ- että vapaa-ajalla. Vaikka muutokset ovat osa myös terveydenhuoltoa, tutkimuksen haastateltavat kokivat muutoksen tapahtuvan hitaasti. He olivat havainneet esimiehen merkityksen muutokselle. Sitoutuminen toimintaa ja sen kehittämiseen tapahtuu paremmin silloin, kun ihmiset ovat itse mukana ideoimassa ja projekteissa. Tutkimuksessa todetaan muutoksen positiivisten vaikutusten olevan harvoin esillä, vaikka niiden jakaminen sekä niistä kuuleminen ja lukeminen voisivat olla keinoja muutosten tuomiseksi osaksi arkea. Muutosprosessi tulisi nähdä kokonaisuutena. Prosessin aikana tiedon tarve on suuri ja tiedon antamisella on merkitystä myös muutokseen sopeutumisen kannalta. (Ratilainen 2006, 59 - 60.)



Kuvio 2: Juurruttaminen (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Juurruttamisessa on kyse innovaatiosta, vuorovaikutteisesta oppimisprosessista ja kehittämistoiminnasta (Kuvio 2.). Kivisaaren (2001) mukaan juurruttamisessa on pohjimmiltaan kyse toimijoiden välisestä vuoropuhelusta ja oppimisesta. Juurruttamisen mallia on kehitetty vuorovaikutuksen keinoin. Juurruttaminen on kehitysmenetelmä, kuten sisällönanalyysi haastateluaineiston analyysimenetelmä. (Kivisaari 2001, 3 - 7.)

Kehittämishankkeiden edetessä osallistujat toimivat erilaisissa rooleissa, tuomalla kehitysprosesseihin tietoa, osallistutaan samalla ainakin epäsuorasti sisällön muokkautumiseen. Kuunteleminen, kysyminen, analysoiminen ja tiedon osien yhteen liittäminen vaikuttavat sisällön muokkautumiseen. (Kivisaari 2001, 8.)

Juurruttamisprosessissa työyhteisö kehittää itse omaa toimintaansa, juurruttaa muutosta, haluamalla osallistua ja sitoutumalla kehitystyöhön. Työyhteisö itse ”rajaa kehityskohteen” eli valitsee muutoskohteen. He arvioivat ja muokkaavat uutta toimintamallia tehden siitä pysyvän käytännön. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14 - 17.)

Työryhmä, joka kostuu hoitajista ja opiskelijoista, edistää muutosta kuvaamalla työyhteisön nykytilannetta. He keräävät ja analysoivat näytön sekä muodostavat ehdotuksen uudesta toimintatavasta ja laativat raportin juurruttamisprosessista. Työyhteisön esimiehet mahdollistavat muutoksen, antamalla aikaa sekä tilat, kannustusta juurruttamiselle. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14 -17.)

Sana Ba juontaa japanilaisesta filosofiasta ja tarkoittaa karkeasti ”paikkaa”. Nonakan (1995) mukaan uuden tiedon syntyminen on kontekstisidonnaista, siihen vaikuttavat prosessiin osallistujat ja heidän vaikutuksensa prosessissa. Ban keskeinen käsite on vuorovaikutus, miten informaatio muuttuu tiedoksi. (Hastrup 2005, 16 - 17.)

4.4 Tiedon käsittelynkierrokset

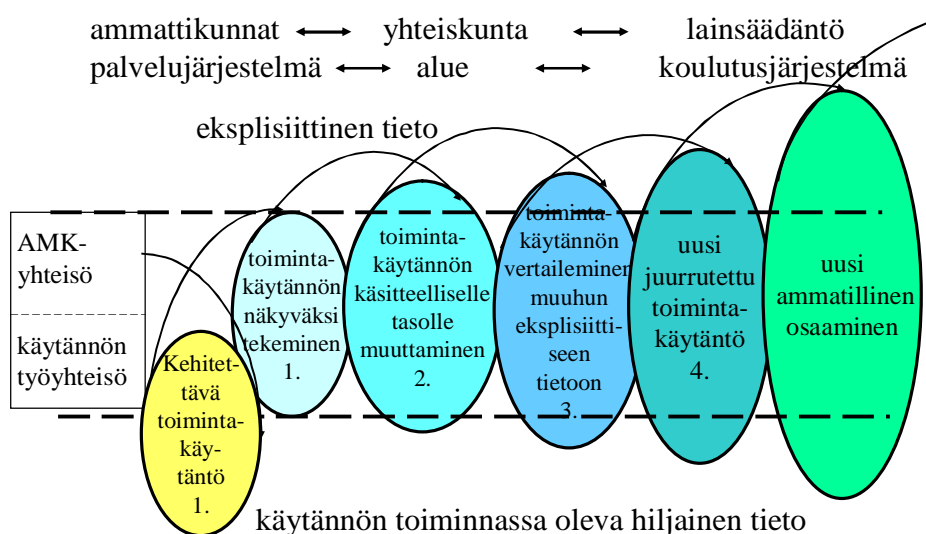
Tiedonkäsittelyn ensimmäisellä kierroksella kuvataan toiminnassa oleva hiljainen tieto näkyväksi (Kuviossa 3.). Lisäksi työryhmä määrittelee kehittämiskohteesta tarkemman osa-alueen työskentelynsä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16 -19 & Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2007, 27.)

Toinen kierros kuvaa toiminta käsitteiden muuttamista käsitteelliselle tasolle. Toisella kierroksella työryhmä esittää työyhteisölle nykyisen käytössä olevan hoitotyön toiminnan käsitteellisenä. Ahosen ym. (2006) artikkelissa kerrotaan työryhmän kuvailleen toiminnan käsitteelliseksi käsikartan avulla. Työryhmä ryhmittelee litteroidun tekstin sisällönanalyysillä sekä muodostavat siitä käsittekartan. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16 -19 & Ahonen ym. 2007, 28.)

Tiedon käsittelyn kolmannella kierroksella tuotetaan ehdotus uudesta toimintatavasta. Kehittämiskohteesta hankitaan eksplisiittistä tietoa. Työryhmän opiskelijajäsenet hankkivat teo-

reettista ja tutkittua tietoa ja erittelevät sen ja muodostavat siitä käsitekartan työryhmässään. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16 - 19 & Ahonen ym. 2007, 28.)

Neljännellä tiedonkäsittelyn kierroksella työryhmä työstää kehittämiskohteeseen uuden toimintamallin kirjaamiseen kehittämistehtävän alueella. Ehdotettu muutos nykyiseen toimintamalliin muokataan käytännöksi. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen. 2005, 4 -7 & Ahonen ym. 2007, 28.)



Kuvio 3: Tiedon käsittelykierrokset juurruttamisessa (Ahonen ym. 2006)

4.5 Muutosprosessi

Muutosprosessi edellyttää työryhmältä ja siinä olevilta jäseniltä riittävää turhautumisen sietokykyä sekä oivallusta nähdä turhautuminen kehitysprosessiin kuuluvana osana. Kehittymis- ja uusiutumisen prosessin työstämisen edellytyksenä on, että henkilö sietää riittävästi henkistä ahdistusta ja kipua. (Kartano 2009,9.)

Muutosprosessiin vaikuttaa työyhteisön kulttuuri. Se sisältää työyhteisön arvot, käyttäytymisen säännöt ja uskomukset. Arvot ovat tärkeitä muutosprosessissa. Uudistumismyönteisissä työyhteisöissä käyttäytymisen säännöt ovat joustavia ja korkeat työsuoritukset korostuvat. (Miettinen 1996; Könnilä 1999.) Työyhteisön jäsenten osallistuminen muutosprosessiin tuottaa sitoutumisen muutokseen. Muutosprosessissa muodostetaan työryhmät kehittämisalueiden ympärille. (Ora-Hyytiäinen 2006.) Työyhteisöä koskevaan päätöksentekoon tulisi ottaa mu-

kaan työyhteisön edustajat, asiantuntijat, yhteyshenkilöt ja projektinvetäjät (Kujala 2005). Motivoituminen muutokseen on sitä parempaa, mitä paremmin kaikilla on selvillä projektin tavoitteet ja päämäärät. Tiedottamisen tulee olla avointa ja joustavaa. Se voi olla suullista ja kirjallista, tilanteiden mukaan. (Heinonen & Järvinen 1997.) Työyhteisön henkilöstöä tulisi kannustaa avoimeen keskusteluun muutoksesta. Keskustelua voidaan käydä virallisissa tilaisuuksissa ja epävirallisissa ns. ”kahvipöytäkeskusteluissa”. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14 - 17.)

4.6 Muutosjohtaminen

Perehdyttäminen ja osaamisen kehittäminen ovat henkilöstöjohtamisen toimintoja. Perehdyttäminen on tärkeää uusille työntekijöille ja työntekijän palatessa työhön pidemmän poissaolon jälkeen sekä työtehtävien muuttuessa. Henkilöstöjohtamisella huolehditaan osaamisen kehittämistä motivoivasta ja tukevasta ilmapiiristä sekä osaamisen ajan tasalla olemisesta tehtävien muuttuessa. Johtaminen terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisessä koostuu samoista asioista samoin kuin muukin johtaminen, suunnittelusta, organisoinnista, koordinoinnista ja vaihtoehtojen arvioinnista. (Nygren 2009, 20 - 22.)

Myös päätöksenteon valmistelu, päätöksentekoon osallistuminen, päätösten toimeenpano, toiminnan seuranta ja -arviointi kuuluvat johtamiseen. Hoitotyön johtajien on kyettävä yhteistyössä erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa luomaan uusia rakenteita ja käyttämään hyväksi uusien lakisääteisten suunnitelmien tuomat mahdollisuudet. (Nygren 2009, 20 - 22.)

Muutosjohtaminen on tulevaisuudessa johtamismalli hoitotyössä. Toteutuakseen se edellyttää monenlaista kyvykkyyttä ja kyvykkyyden kehittämistä koko organisaatiossa. Muutosprosessin johtaminen on haasteellista, koska johtaja joutuu kokemaan monia vaikeita tunteita. Tämä toisaalta tukee yksittäisten työntekijöiden ammatillista kasvua ja kehittymistä sekä mahdollistaa työyhteisöjen pysymistä koossa niin, että he keskittyvät perustehtäviin. Merkittävän muutoksen hetken voivat kokea työntekijät, kun työyhteisön jäsenet kykenevät jakamaan kokemuksiaan ja kannustamaan toisiaan. (Kartano 2009, 8-11.)

4.7 Kysely tutkimusmenetelmänä

Työroolit määrittelevät työtehtävät, joiden yhteydessä tiedontarpeet syntyvät. Yksilöt hankkivat tietoa eri tietolähteistä. Tärkeimpiä tekijöitä vallinnassa ovat tuttuus, aikaisemmat kokemukset tietolähteen käytöstä, lähteen luotettavuus ja hyödyllisyys, tiedon saamisen oikea-aikaisuus, kustannukset, laatu ja tarkkuus sekä tietolähteen tavoitettavuuden saatavuus. Kii- retilanteessa tieto on saatava heti. Kokkonen kirjoittaa Murtosen (1992) tutkimuksessa havai-

tun suosituimpia tietolähteitä oleva ne, jotka sijaitsevat organisaation fyysisessä läheisyydessä eli organisaation sisällä. Mieluiten valitaan henkilötietolähteitä, asiantuntijoita organisaation sisältä tai ulkopuolelta. (Kokkonen 2009, 28 - 29).

Kyselyn ja haastattelun idea on todella yksinkertainen, kun haluamme tietää, mitä joku henkilö ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii. Asiaa kysytään häneltä itseltään. Aina ei ole järkevää kyselyn ja haastattelun jyrkkä erottelu. Käsitteinä ne eivät ole kuitenkaan synonyymeja. Kysely on määritelty menettelytavaksi, jossa tiedonantajat itse täyttävät heille esitetyn kyselylomakkeen, joko valvotussa ryhmässä tai kotona itsekseen. Haastattelu on menettelytapa, jossa ihmistä henkilökohtaisesti haastatellaan, jossa kyselijä itse esittää kysymyksen suullisesti ja merkitsee tiedonantajan vastauksen muistiin. Ero kyselyn ja haastattelun välissä on siinä, miten tiedonantaja toimii tiedonkeruuvaiheessa. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 72-73.)

Kokkonen kirjoittaa Haasion ja Savolaisen (2004) mukaan, että ammatillisen tiedon hankinnan tutkimuksissa on hyvä käyttää sekä laadullisia ja määrällisiä tutkimusmenetelmiä ja yhdistää molempien vahvimpia puolia. Tutkimusmenetelmän valinta riippuu tavoitteista ja tutkimuskohteesta. Kvalitatiiviset eli laadulliset menetelmät tuovat tutkimukseen syvyyttä. (Kokkonen 2009, 44.)

Kyselytutkimuksella on mahdollista kerätä tietoa suurelta joukolta ihmisiä. Haluttaessa yleistettävää tietoa tietyltä ryhmältä, on kyselytutkimuksen käyttö perusteltua (Kokkonen 2009, 4.) Kartoituvaiheessa selvitetään kohdeyhteisön tilanne. Tämä voidaan tehdä käyttäen erilaisia menetelmiä esim. kirjallisia materiaaleja, vapaamuotoisia esseitä, kyselyjä, haastatteluja ja havainnoiteja (Lauri 1998, 116.)

Aineiston keruussa voidaan käyttää avointa tai puolistrukturoitua haastattelua, myös essee-tyyppisiä kirjallisia tuotoksia ja avoimia kysymyksiä sisältäviä kyselylomakkeita on käytetty. Tämä on perusteltua silloin, kun tutkittava ryhmä pystyy pohtimaan käsityksiään ja ilmaisemaan itseään kirjallisesti. Kyselylomakkeessa tehty avointen kysymysten käyttö poistaa myös aikarajan, joka sisältyisi haastatteluun, vastaaja voi miettiä asiaa rauhassa. Kysymysten asetelu etenee mitä-aspektista(-näkökulmasta), miten-aspektiin. (Järvinen & Karttunen 1998, 167.)

4.8 Lomakehaastattelu

Useimmiten lomakehaastattelua käytetään määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä. Lomakehaastattelulla kerätyillä aineistoilla voidaan testata hypoteeseja ja aineisto voidaan helposti määritellä. Sitä käytetään usein vaihtoehtona kyselyllä kerättävälle aineis-

tolle, koska haastattelija saattaa pelätä, että kyselyn vastausprosentti jää alhaiseksi. Lomakehaastattelu on ääripäässään täysin strukturoitu niin kysymysten kuin tutkimuksen toteutuksen osalta. Sen tavoitteena on saada vastaus jokaiseen kysymykseen annettujen vaihtoehtojen sisällä ja haastattelijan valitsemassa järjestyksessä. Laadullisen tutkimuksen kanssa lomakehaastattelulla ei ole paljoa tekemisistä. Kuitenkin sitä voidaan käyttää laadullisen tutkimuksen teossa. Kyselyyn vastanneet henkilöt voidaan vastausten perusteella tyypitellä laadullisiin luokkiin. Lomakehaastattelussa kysytään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä, eikä siinä voida kysyä mitä tahansa sellaista, mitä olisi kivaa tai hyödyllistä tietää. Eli jokaiselle lomakehaastattelussa olevalle kysymykselle pitää löytyä perustelu tutkimuksen viitekehystä, tutkittavasta ilmiöstä ja jo tiedetystä tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-75.)

4.9 Sisällön analyysi

Sisällön analyysin-prosessissa voidaan karkeasti erottaa prosessin edetessä seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällön analyysin luotettavuuden arviointi. Nämä eri vaiheet voi esiintyä samanaikaisesti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24.)

Sisällön analyysiä voidaan pitää laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteen tutkimuksen perusprosessina. Sitä voi pitää yksittäisenä metodina sekä väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikonaisuuksiin. Sisällön analyysillä voi tehdä monenlaista tutkimusta. Useat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen ja nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. Tällaisesta näkökulmasta sisällönanalyysia ei voida pitää pelkästään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida kirjallista ja suullista kommunikaatiota ja tarkastella asioiden sekä tapahtuminen merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysillä saatu tieto voi olla suoraa tietoa tai epäsuoraa pääteltävissä olevaa tietoa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21 -22; Tuomi & Sarajärvi 2009,91.)

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Dokumenttia on ymmärrettävä väljänä merkityksenä: esimerkiksi artikkelit, dialogit, haastattelut, keskustelut, kirjat, kirjeet, puhe ja raportit sekä miltei mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali voi olla dokumentti. Strukturoimattomankin aineiston analyysiin sopii hyvin sisällönanalyysi. Sen avulla kerätty aineisto saadaan kuitenkin järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

Aineiston redusoinnissa eli pelkistämässä analysoitava tieto voi olla auki kirjoitettu asiakirja, haastatteluaineisto tai muu dokumentti, joka pelkistetään siten, että aineistosta kerätään vai olennainen asia. Aineiston pelkistäminen voi olla joko aineistosta saadun tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Tällöin aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan tietoa pelkistetään liiteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 109.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Kehittämishanke alkoi maaliskuussa 2009 osana Espoon kirjaamishanketta. Ensimmäisessä vaiheessa työryhmän opiskelijajäsenet hankkivat teoretietoa sähköisestä kirjaamisesta, tutustuivat ydintieto-oppaaseen ja kirjoittivat näistä teoretietoa raporttiin. Opiskelijajäsenet tapasivat työyhteisön edustajan ensimmäisen kerran syyskuussa 2009.

Seuraava tapaaminen oli syyskuun puolella välissä, Tapaamisessa mukana olivat työryhmän edustaja, aikaisemman kehittämishankkeen opiskelijajäsen sekä tämän hankkeen opiskelijat. Tapaamisessa käsiteltiin edellistä hanketta. Aikaisempi kehittämiskohde on hiljaisen raportoinnin hanke. Tapaamisessa sovittiin kehittämistyön liittyvän ruusupotilaan hoitoon. Kotisairaalan suurimmat asiakasryhmät ovat infektio-, syöpä- ja saattohoitopotilaat. Kehittämishanke oli mielekästä liittää johonkin näistä.

5.1 Nykytilanteen kuvaus

Lokakuussa 2009 toteutettiin työyhteisössä ruusupotilaan kirjaamisen nykytilanteen kuvaus. Nykytilanteen kuvaus toteutettiin lomakekyselyn ja sisällön analyysin avulla. Lomakehaastattelussa saadut vastaukset taulukoitiin ja järjestettiin tukkimiehen kirjapidolla kansallisen yhtenäisen kirjaamisen malliin. Nykytilanteen kuvaus oli tarkoitus toteuttaa työyhteisön haastattelulla ja sen litteroinnilla. Työryhmässä päädyttiin kuitenkin kirjalliseen kyselyyn lomakehaastattelulla. Näin saatiin kuva koko työyhteisön kirjaamisen nykytilanteesta. Lomakekyselyyn saatiin vastukset kahdeksalta työyhteisön jäseneltä. Kyselyhetkellä työyhteisössä työskenteli yhdeksän sairaanhoitajaa.

Kyselylomakkeen alussa kartoitettiin osallistujien taustatietoja. Taustakysymyksillä selvitettiin mm. omahoitajuuden toteutumista kotisairaalaan sekä hoitajien työkokemusta. Nykytilanteen kuvausta selvitettiin kysymällä hoitajien kokemusta ruusua sairastavan potilaan hoidossa tarvitsemasta tiedosta. Työyhteisöltä kysyttiin myös konkreettisesti, mitä he kirjaavat

ruusupotilaan päivittäisen hoidon toteutumisesta. Osa kyselylomakkeen kysymyksistä koski moniammatillisen työskentelyn toteutumista.

Nykytilanteen kartoituksen alussa hoitajille esitettiin taustakysymykset, joilla selvitettiin heidän aikaisempaa työskentelyä. Kaksi ensimmäistä kysymystä " Kuinka kauan olette työskennellyt sairaanhoitajana?" ja " Kuinka kauan olette työskennellyt Espoon kotisairaalassa?" ovat monivalintakysymyksiä (Liite 1). Taustakysymyksiin kuului myös kysymys "Minkälaista työtä teit ennen siirtymistäsi kotisairaalaan työhön?" .

Kysymyksessä yksi " Kuinka kauan olette työskennellyt sairaanhoitajana?" selvisi, että kaikilla vastaajilla oli vähintään kuusi vuotta kokemusta sairaanhoitajan työstä. 87,5% vastaajista on työskennellyt yli 10 vuotta ja 12,5 % 6 -10 vuotta sairaanhoitajana. Kysymyksen kaksi " Kuinka kauan olette työskennellyt Espoon kotisairaalassa?" vastauksista selvisi että puolet sairaanhoitajista on työskennellyt Espoon kotisairaalassa kuudesta kymmeneen vuoteen ja puolet kahdesta kuuteen vuoteen. Kolmannen taustakysymyksen "Minkälaista työtä teit ennen siirtymistäsi kotisairaalaan työhön?" selvisi, että monet sairaanhoitajista ovat työskennelleet akuuteilla vuodeosastoilla. Heillä on myös muuta työkokemusta hoitoalalta.

Kysymykset taulukoitiin kansallisen yhtenäisen kirjaamisen mallin mukaisesti. Taulukossa yksi tuli esille hoidon prosessi, jonka mukaisesti kysymykset ryhmiteltiin taulukkoon. Kysymykset "Minkälaisia kysymyksiä esität ruusupotilaalle hänen voinnistaan?", "Mitä tietoa etsitte potilasasiakirjoista?", "Miten moniammatillinen työryhmätyöskentely toteutuu työvuoron aikana?", " Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa?" ja "Mitkä ovat mielestäsi ruusupotilaan keskeiset hoidon tarpeet, tavoitteet ja suunnitellut toiminnot?" tulivat hoidon tarpeen määrittelyn sarakkeeseen. Hoidon suunnittelut toiminnot sarakkeeseen tulivat kysymykset "minkälaista tietoa tarvitset kyetäksesi kokomaan kotikäynnillä tarvittavat välineet?", "Kuvaile tilanteita, joissa olet kokenut tarvitsemasi muiden ammattiryhmien asiantuntijuutta päätöksen tekosi pohjalle?", "Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa?" ja "Mitkä ovat mielestäsi ruusupotilaan keskeiset hoidon tarpeet, tavoitteet ja suunnitellut toiminnot?". Hoidon toteutuneet toiminnot sarakkeeseen tulivat kysymykset "Miten toteutat omahoitajuutta työssäsi?", "Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa?" ja "Mitä kirjaat ruusupotilaan päivittäisen hoidon toteutuksessa?". Hoidon arviointi sarakkeeseen tulivat kysymykset "Mihin tietoon perustat ruusupotilaan voinnin ja hoidon arvioinnin?", "Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa?" ja "Mitä huomioitte ruusupotilaan hoitotyön yhteenvetoa kirjoittaessa?". Kysymys "Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa?" tuli kaikkiin sarakkeisiin ja kysymys "Mitkä ovat mielestäsi ruusupotilaan keskeiset hoidon tarpeet, tavoitteet ja suunnitellut toiminnot?" tuli kahteen sarakkeeseen.

Taulukossa 1. sarakkeiden otsikoinnissa näkyy hoidon prosessi. Hoidon alussa määritellään potilaan hoidon tarve. Tarpeen määrittelyn jälkeen suunnitellaan hoidon toiminnot, miten potilaan tarpeisiin vastataan. Taulukossa 1. neljännessä sarakkeessa tarkastellaan hoidon toteutuneet toiminnot. Tässä näkyy mitä hoitoa potilaalle annettiin ja toteutuiko suunnitellut toiminnot. Hoidon prosessin viimeisessä vaiheessa arvioidaan hoidon toteutuminen ja vaikuttavuus. Koko hoitoprosessia arvioidaan.

Taulukon 1. ensimmäisessä sarakkeessa on ryhmitelty kysymykset aihekokonaisuuksien mukaan seuraavasti, mitä havainnoit ruusupotilaasta ja mitä kysyt ruusupotilaalta. Nämä kysymykset osoittavat hoidon tarpeen määrittelyä hoidon prosessia.

Taulukon 1. toisella rivillä selvitetään, minkälaista tietoa käytetään hoidon prosessin eri vaiheissa seuraavasti, miten moniammatillisuus näkyy. Neljännellä rivillä selviää, minkälaisia päätöksentekoja sairaanhoitaja tekee. Viidennellä rivillä selviää nykytilanteen mukainen kirjaaminen. Samat kysymykset voivat esiintyä hoidon prosessin eri vaiheissa.

Hoidon prosessi	Hoidon tarve	Hoidon suunnitellut toiminnot	Hoidon toteutuneet toiminnot	Hoidon arviointi
Mitä havainnoit ruusupotilaasta, Mitä kysyt ruusupotilaalta?	10. Minkälaisia kysymyksiä esität ruusupotilaalle hänen voinnistaan? Kipua (n=7/8) Vointia (n=7/8) Lämpöä (n=7/8) Lääkitystä (n=4/8) Potilaan omakokemus (n= 4/8) Liikkumista (n=3/8) Infektioportti(n=1/8) Ravitsemus (n=1/8) Kotona pärjääminen (n=1/8) Aiemmin sairastettuja ruusuinfektioita (n=1/8) Oireiden alkamisajan-kohta (n=1/8)			
Mitä tietoa käytät ruusupotilaasta?	5. Mitä tietoa etsitte potilasasiakirjoista? Tieto sairauden alkuvaiheesta (n=6/8) Taustatiedot mm. perussairaudet (n=5/8) Lääkitys (n= 3/8) Crp (n= 3/8) Aiemmat ruusuinfektiot (n=2/8) Kipu (n=2/8) Osoitetiedot (n=1/8) Ikä (n=1/8) Jatkohoito (n=1/8) Infektioalueesta kuvaus (n=1/8) 1 ei vastannut kysymykseen	6. Minkälaista tietoa tarvitset kyetäksesi kokoamaan kotikäynnillä tarvittavat välineet? Tieto lääkityksestä ja antotavasta (n=6/8) Tieto kudoseheydestä (n=5/8) Onko kyseessä ensikäynti (n=1/8) Sva-todistus (1/8) Jatkohoitoresepti (1/8)	4. Miten toteutat omahoitajuutta työsesäsi? Ei toteuteta (n=4/8) Hoidan samoja potilaita (n=4/8) Hoitosuunnitelman teko (n=1/8)	9. Mihin tietoon perustat ruusupotilaan voinnin ja hoidon arvioinnin? Omat havainnot/ kokemukset (n=5/8) Potilaan oma-arvio (n=4/8) Teoriatieto ruusuinfektiosta (n=3/8) Aiemmat käynnit potilaan luona (n=2/8)
Miten moniammatillisuus näkyy?	13. Miten moniammatillinen työryhmyöskentely toteutuu työ-	12. Kuvaile tilanteita, joissa olet kokenut tarvitsemasi muiden		

	vuoron aikana? Lääkärin kanssa toteutuu (n=6/8) Hyvin (n= 4/8) Toteutuu kollegojen välillä (n=3/8)	ammattiryhmien asiantuntijuutta päätöksentekosi pohjalle? Haavanhoidon toteutus (n=3/8) Yleisvoinnin lasku (n=2/8) Trombiepäilyt/ Verenkierronhäiriöt jalassa (n=3/8) Jalkojen hoidossa (n=2/8)		
Minkälaisia päätöksentekoa sairaanhoitaja tekee?	11. Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa yleensä? Lääkitys (4/8) Kipua (3/8) Haavanhoito (n=2/8) Liikkumisen rajoitus (n=1/8) Voinnin arviointi (1/8)	11. Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa yleensä? Lääkitys (4/8) Kipua (3/8) Haavanhoito (n=2/8) Liikkumisen rajoitus (n=1/8) Voinnin arviointi (1/8)	11. Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa yleensä? Lääkitys (4/8) Kipua (3/8) Haavanhoito (n=2/8) Liikkumisen rajoitus (n=1/8) Voinnin arviointi (1/8)	11. Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa yleensä? Lääkitys (4/8) Kipua (3/8) Haavanhoito (n=2/8) Liikkumisen rajoitus (n=1/8) Voinnin arviointi (1/8)
Mitä kirjataan?	7. Mitkä ovat mielestäsi ruusupotilaan keskeiset hoidon a) tarpeet Lääkehoito (n=6/8) Seuranta (n=4/8) Ohjaus ja neuvonta (n=4/8) Lepo (n=2/8) b) tavoitteet Yleisvoinnin paraneminen (n=7/8) Infektion paraneminen (n=4/8) Lääkehoidon toteutuminen (n=3/8) Kudoseheyden huomiointi (n=2/8) Ohjeiden ja neuvonnan omaksuminen (n=1/8) Potilaan osallistuminen hoitoon (n=1/8) Crp:n lasku (n=1/8)	7. Mitkä ovat mielestäsi ruusupotilaan keskeiset hoidon c) suunnitellut toiminnot Lääkehoidon toteutuminen (n=8/8) Ohjaus ja neuvonta (n=5/8) Haavan hoidon toteutus (n=4/8) Kipu (n=4/8) Yleisvoinnin seuranta (n=2/8)	8. Mitä kirjaat ruusupotilaan päivittäisen hoidon toteutuksessa? Lääkehoito (n=8/8) Yleisvointia (7/8) Kipua (n=6/8) Kudoseheys (n=4/8) Ohjaus ja neuvonta (n=2/8) Haavahoito (n=2/8)	14. Mitä huomioit te ruusupotilaan hoitotyön yhteenvedoa kirjoittaessasi? Jatkohoito (8/8) Yleisvointia (n=7/8) Ruusun kliininen kuva (6/8) Crp (n=3/8) Ohjaus ja neuvonta (n=3/8)

Taulukko 1: Nykytilanteen kuvaus

Nykytilanteen kuvaus kartoitettiin tiedon käsittelyn ensimmäisellä kierroksella. Tämä toteutettiin lomakehaastattelun avulla, lomakkeet sisälsivät avoimia kysymyksiä. Kysymyksiä oli yhteensä seitsemäntoista, ne pyrittiin muodostamaan hoitotyön prosessin mukaista ajattelua noudattaen. Saadut vastaukset pelkistettiin ja taulukoitiin hoitotyön prosessin mukaisesti. Vastausten mukaisesti merkittiin rakenteisen kirjaamisen pääkomponenteista muodostettuun taulukkoon tukkimiehen kirjapidolla kohdat, mihin työyhteisö nykytilanteessa kirjaa. Eniten kirjausmerkintöjä tuli kudoseheyskomponentin kohtaan, seuraavaksi yleisin merkintä-

kohta oli lääkehoidon komponentti. Kolmanneksi merkintöjä tehtiin aktiviteettikomponentti kohtaan ja neljänneksi aistitoiminnonkomponenttia vastaavaan kohtaan (Taulukko 1).

Marraskuussa 2009 työyhteisölle avattiin tieto ruusupotilaan kirjaamisen nykytilanteesta. Tapaamisen yhteydessä suunniteltiin kirjaamisen kehittämishanketta täsmällisemmäksi. Kehittämiskohteen suunnittelussa pohdittiin tulevaa kansallisen yhtenäisen kirjaamisen mallin mukaista kehittämistä. Tapaamisessa kehittämiskohteeksi päätettiin ruusuinfektiopotilaan ohjauksen ja neuvonnan näkyväksi tekeminen kirjaamisessa sekä suunniteltiin yhtenäiset ohjauksen kriteerit, mitkä tulevat näkymään ohjauksen kirjaamisessa.

Työyhteisön jäsenten kanssa käydyissä keskusteluissa tuli esille työyhteisöillä oleva tarve kehittämishankkeiden tueksi tarvittavalle ajalle. Työyhteisöltä tuli ehdotuksina mm. ohjauksen anto kriteereinä ohjauksen ajankohdan sijoittuminen hoidon alkuvaiheeseen, ensimmäiselle tai toiselle potilaskäynnille. Ohjaus annettaisiin ensimmäisen vuorokauden aikana potilaan tulosta kotisairaalan asiakkaaksi. Myös kirjauksessa annettu ohjaus näkyisi paremmin, jos kirjattaisiin Effica-järjestelmän hoidon sisältömerkintä otsikon *potilaan ohjaus ja neuvonta* kohtaan. Tämä otsikko tulisi valita, sitä käyttää ja kirjoittaa sen alle annetun ohjauksen sisältö. Effica-järjestelmän otsikoista käytössä ovat myös otsikot *kudoseheys* ja *lääkehoito*, joita useimmiten käytetään jo nyt. Käyttöä voitaisiin tarkentaa ja yhtenäistää. (Kotisairaalan sairaanhoitajien haastattelu 2010.)

Ohjaus voisi alkaa informaatiolla kotisairaala toiminnasta, minkälaista hoitoa kotisairaala tarjoaa ja miten tavoittaa kotisairaalan hoitajat sekä lääkäri tarvittaessa. Potilaalle kerrotaan myös sovittun käyntiajan voivan hieman vaihdella esim. sovittu aika voi olla 10.30 - 11.00. Sovittun käyntiajan muuttuessa yli puolella tunnilla asiasta ilmoitetaan puhelin soitolla potilaalle. Lisäksi potilaalle annetaan tietoa ruusuinfektiosta, sen oireista, yleisestä kestosta, ruusun lääkehoidosta, levosta ja infekioon liittyvästä kivusta sekä kivun hoidosta. Potilaalle kerrotaan, myös voinnin muutoksista johtuvasta yhteyden oton välttämättömyydestä. Selvitettävässä potilaan kiputilannetta käytettäisiin VAS-kipumittaria yksinkertaisesti kysymällä kivun numeroa asteikolla 0 - 10. (Kotisairaalan sairaanhoitajien haastattelu 2010.)

Työyhteisössä pohdittujen kirjaamisen yhtenäisten kriteerien tueksi työryhmän opiskelijajäsenet hakivat lisää teoretietoa kehittämismallin mukaisesti. Tietoa haettiin mm. ihon hoidon ohjauksesta sekä yleisesti potilasohjauksesta ja jalkojenhoidosta.

5.2 Työyhteisön kokemustieto

Kotisairaalan hoidossa olevat ruusuinfektio potilaat ovat usein alle 65-vuotiaita ja heillä ruusu esiintyy myös kädessä, päänahassa sekä kirurgisten toimenpiteiden alueella kuten rintasyöpä leikkauksen jälkeinen haava. Psoriasista sairastavilla ruusu voi olla myös korvakäytävässä. Riskitekijöihin kotisairaalan henkilökunnan mukaan kuuluvat diabetes, psoriasis ja muut ihosairaudet. Kotisairaalassa ruusun hoitona käytetään usein laajakirjoista antibioottia, Zinacef 1.5 g x 3/ vrk. i.v. (Kotisairaalan sairaanhoitajien haastattelu 2010.)

Kotisairaalan hoitajat ohjaavat kivunhoidossa potilasta käyttämään kylmäpakkausta sekä kivun lääkehoitona ibuprofeinia annoksella 400-600 mg tarvittaessa. Potilaalle neuvotaan jalan pumpaavat liikkeet. Tämä ehkäisee tulpan syntyä sekä vähentää turvotusta ja näin vähentää kipua. Potilaalle kerrotaan, etteivät kiristävät sukat sovi, ne estävät verenkiertoa. Potilaalle kerrotaan puuvilla- ja villasukkien olevan parempia. (Kotisairaalan sairaanhoitajien haastattelu 2010.)

Ihohoitoa kotisairaalassa ohjataan neuvomalla potilasta käyttämään paksua perusvoidetta. Rasvaa tai öljyä ei tule laittaa varpaiden väleihin. Rasvatessa ihoa ei tulisi hieroa, koska se ärsyttää kudosta. Potilaalle kerrotaan, että saunaan ja uimahalliin saa mennä vasta kun iho on ehjä sekä iho on suojattava auringolta. Potilas ohjataan haavanhoidon jatkokontrolleihin omalle terveysasemalle. Ohjauksessa kotisairaalan hoitajat kertovat potilaalle käsihygieniasta ja aseptisestä työskentelystä. Ohjauksessa puhutaan usein konkreettisista asioista, kuten ettei lemmikkieläimiä tule päästää nuolemaan haavaa ym. (Kotisairaalan sairaanhoitajien haastattelu 2010.)

5.3 Uusi toimintatapa

Uusi toimintatapa on kuvattu vuokaaviona (Kuvio 4). Vuokaaviot ovat prosessinkuvaus kaavioita. Ruusuinfektiota sairastavan potilaan saaman ohjauksen kirjaaminen on uudessa toimintamallissa purettu kuvioiksi prosessikaaviona. Alkutilanne kuvataan soikiolla, tehdyt päätökset salmiakkikuvioilla, dokumentit lipuilla ja prosessin vaiheet suorakulmioilla. Kuviossa kirjaamisen vaiheiden eteneminen ja vaiheiden väliset riippuvuudet on kuvattu nuolilla.

Uuden toimintatavan kehittäminen toteutui työyhteisössä sovittujen ruusupotilaan ohjaus- ja neuvontakriteerien avulla. Työyhteisö raamitti kriteerit käsittämään potilaan itsehoidon ohjausta ja ruusuinfektion ennaltaehkäisyä jatkossa. Itsehoidon ohjattaviksi asioiksi nostettiin jalan kohoasento, ruusun ollessa jalassa. Itsehoitoa ohjatessa potilaalle tulee kertoa myös levon merkityksestä, sopivasta liikunnasta sekä ihon hoidosta, sen rasvauksesta ja ihon kunnon seurannasta.

Ohjatessa potilasta ruusuinfektion ennaltaehkäisystä jatkossa potilaalle annetaan tietoa ihon ehyenä säilymisen merkityksestä ja keinoista sen säilyttämisessä. Potilaalle kerrotaan ihon rasvauksen merkityksestä, varpaiden välien kunnon seurannasta sekä hoidosta. Hänelle annetaan tietoa sopivien jalkineiden ja sukkiain valinnassa. Potilaalle kerrotaan oireiden ilmaantua hoitoon hakeutumisen merkityksestä ja ajoituksesta, heti ensioireista tulee hakeutua hoitoon.

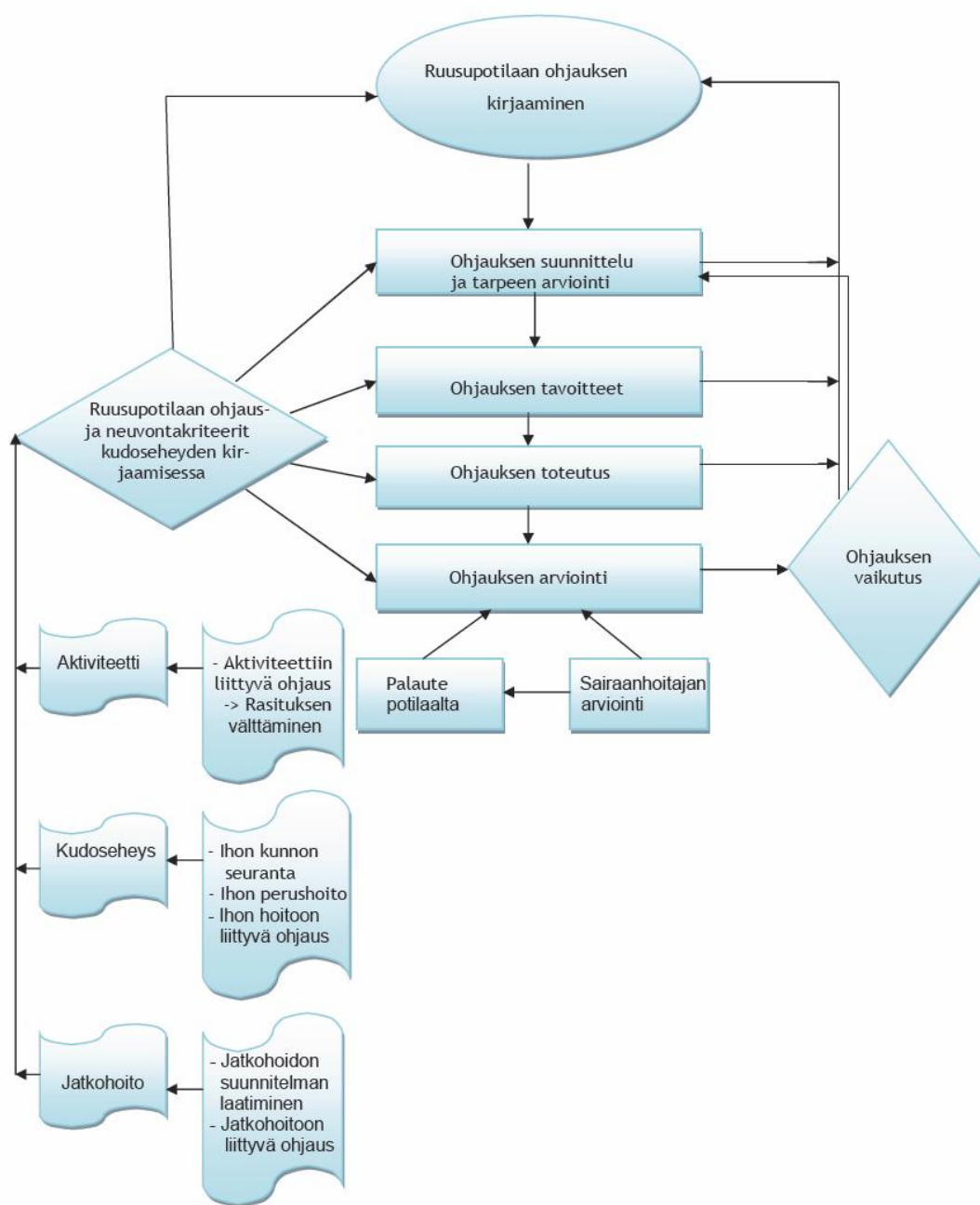
Ruusuinfektiopotilaan kirjaamisen kehittämisessä kaikkien työyhteisön jäsenten tulee kirjata yhtenäisesti käyttäen tulevan kansallisen yhtenäisen kirjaamisen mallin mukaisesti komponentteja aktiviteetti, kudoseheys ja jatkohoito sekä pää- ja alaluokkia rasituksen välttäminen, ihon kunnon seuranta, ihon perushoito, ihon hoitoon liittyvä ohjaus, jatkohoidon suunnitelman laatiminen ja jatkohoitoon liittyvä ohjaus.

Uuteen toimintatapaan valittiin kolme komponenttia ruusuinfektio potilaan ohjaus- ja neuvonta kriteerien mukaisesti. Potilaalle ohjatusta levon ja sopivan liikunnan merkityksestä kirjattaessa käytetään rakenteisen kirjaamismallin mukaisesti uudessa toimintatavassa aktiviteetti komponenttia ja sen pääluokkaa aktiviteettiin liittyvä ohjaus ja alaluokkaa rasituksen välttäminen. Ihon hoitoon liittyvä ohjaus kirjataan komponentin kudoseheys alle, käyttäen pääotsikoita ihon kunnon seuranta, ihon perushoito ja ihon hoitoon liittyvä ohjaus. Potilaan itsehoitoon ohjaus ja ruusuinfektion ennaltaehkäisyä jatkossa kirjataan komponentin jatkohoito alle, käyttäen pääotsikoita jatkohoidon suunnitelman laatiminen sekä jatkohoitoon liittyvä ohjaus.

Vuokaaviossa ylhäällä on lähtökohtana ruusupotilaan ohjauksen kirjaaminen. Kuvion vasemmassa reunassa salmiakkikuvioista lähtevät työyhteisössä sovittujen mukaisesti ohjaus- ja neuvontakriteerit. Nämä mukailevat hoidon prosessia. Ohjaus suunnitellaan tarpeen arvioimisen lähtökohdasta, ohjaukselle luodaan tavoitteet, ohjaus toteutetaan ja arvioidaan.

Vasemmalla alhaalla näkyy Efficatietojärjestelmän otsikot, joita uuden toimintamallin mukaisesti käytetään ohjauksen kirjaamisessa. Näitä ovat pääotsikot aktiviteetti, kudoseheys ja jatkohoito. Otsikot noudattavat FinCC-luokituksia. Alaluokkia ovat aktiviteettiin liittyvä ohjaus, kudoseheyden alle tulee ihon kunnon seuranta, ihon perushoito ja ihon hoitoon liittyvä ohjaus. Jatkohoidon alaluokkia ovat jatkohoidon suunnitelman laatiminen ja jatkohoitoon liittyvä ohjaus.

Ohjauksen prosessin arviointiin vaikuttavat potilaalta saatu palaute ja sairaanhoitajan tekemä arviointi ohjauksen onnistumisesta. Ohjauksen arvioinnissa syntyy kokonaiskuva ohjauksen vaikutuksesta. Tarvittaessa ohjauksen prosessissa voidaan palata tarpeen arviointiin ja suunnitelmaan, luoden uudet tavoitteet tai kerraten ohjauksessa aikaisemmin annettua tietoa. Kuviossa neljä tätä kuvataan nuolilla. Ohjausprosessi kirjataan sovitun mukaisesti potilasasiakirjoihin ja näin myös vaikuttavuus näkyy kirjaamisessa.

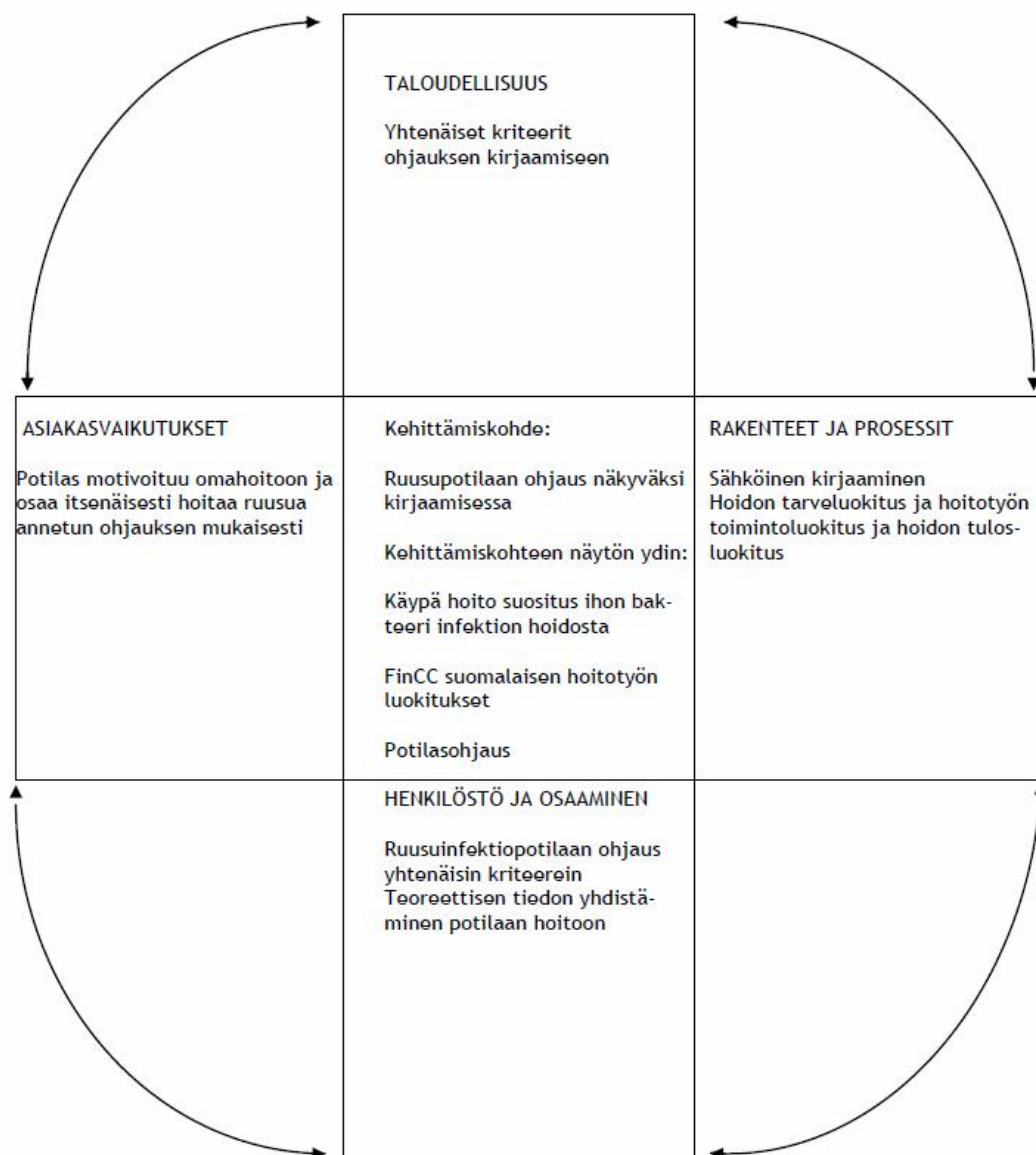


Kuvio 4: Uusi toimintatapa vuokaaviona

Espoon strategiassa asetetaan suunnitelmakauden tavoitteeksi palvelutoiminnan taloudellisuus, tuottavuus ja laatu. Kehittämällä palveluja lisätään kustannustehokkuutta, joustavuutta ja tiedon saantia. Uusia innovatiivisia ratkaisuja otetaan käyttöön kehittämishankkeissa. Palveluja kehitetään asiakkaiden tarpeiden mukaan. Asiakkaiden sähköisiä neuvontapalveluja on kehitetty lisäämään omatoimisuutta terveyden edistämässä. Henkilöstön työorganisaatiossa Espoon kaupungilla aktiivinen kehittämisen ilmapiiri, jossa henkilöstön osaamista kehitetään jatkuvasti. (Espoon-strategia 2009-2011.)

Uutta toimintamallia kuvataan Espoon kaupungin strategian mukaisesti nelikenttämallissa. Työryhmän opiskelijajäsenet miettivät uuden ruusupotilaan ohjauksen kirjaamisen mallin etuja asiakkaille, taloudellisuudelle ja henkilöstölle. Hankkeessa saatu teoreettinen tieto lisää henkilöstön osaamista ja yhtenäiset kirjaamisen kriteerit parantavat potilaan saamaa hoitoa. Ruusuinfektiota sairastavan potilaan saama jatkohoidon ohjaus ennaltaehkäisee ruusuinfektion uusiutumista ja näin pienentää tulevia taloudellisia kustannuksia sekä vähentää potilaan inhimillisiä kärsimyksiä.

Nelikenttämallissa keskellä on kuvattu työyhteisön valitsema kehittämiskohde. Kehittämishankkeen rakenteet ja prosessit koskivat tässä hankkeessa sähköisen kirjaamisen kehittämistä ja kansallisen yhtenäisen kirjaamisen mallin käyttöönottoa. Työryhmän opiskelijajäsenet esittivät nelikenttämallisuunnitelman työryhmän työelämän edustajajäsenille ja he hyväksyivät mallin (Kuvio 5).



Kuvio 5: Ruusupotilaan potilasohjauksen kirjaamisen kehittämisen nelikenttämalli

6 Kehittämistoiminnan arviointi

6.1 Kehittämistoiminnan arvioinnin teoreettiset perustelut

Arvioilla selvitetään päämäärätietoisten ponnistelujen vaikutusta muutokseen. Työskennellessä kehittyneessä yhteiskunnassa vain harvoin voidaan välttää arviointia. Arvioinnin kohteena voivat olla ihmiset yhdellä tai useammalla tavalla mm. projektien kautta ollen niihin osallistujia tai vetäjiä. On myös olemassa arviointia, joka ei kohdistu ihmisiin. Tällainen arviointi kohdistuu ohjelmiin tai palveluihin. Arviointi pitää sisällään ajatuksen arvon määrittämisestä. Arviointiin tulee osallistua henkilöiden, jotka ovat olleet aktiivisina jäseninä arvioitavassa

toiminnassa. Heidän mielipiteensä arvioinnista tulee selvittää ja mahdolliset huolenaiheensa arvioinnin seurauksista selvitetään heille. Tämä on merkityksellistä tulosten hyödyntämisen ja arvioinnin toteuttamisen kannalta. (Robson 2001, 21 - 34; Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2005, 27-29.)

Arvioinnin eettisen näkökulman keskeisiä kysymyksiä ovat arviointiin osallistujien suostumus arviointiin, heidän yksityisyytensä ja luottamuksensa sekä riskit suhteessa arvioinnin hyötyyn. Arviointiin osallistujilla on omat kiinnostuksen kohteensa arviointitutkimuksen tuloksista. Nämä tulee tunnistaa ja niitä kunnioittaa. Arvioinnista tulee antaa palaute osallistujille. Heillä tulee olla mahdollisuus ilmaista mielipiteensä ja olla tietoisia oman osallistumisensa vaikutuksista. Vapaaehtoisen osallistumisen ja nimettömyyden säilyminen tulee ottaa huomioon arvioinnissa. Arvioinnin riskinä voi olla mm. osallistujan herkistyminen oman työtilanteensa kielteisiin puoliin ja tulosten väärinkäyttö sekä virheellinen tulkinta. Tuloksista saatava hyöty voi kuitenkin luoda puitteet uusille aloitteille tulevaisuudessa. Yhtenä arvioinnin hyötynä voi olla henkilökunnan parantunut kyky kehittyä palvelemaan asiakkaitaan, palvelun parantuminen. (Robson 2001, 50 -61.)

Arviointikysymyksiä laadittaessa tulee huomioida kohdistuuko arviointi uuteen toimintaan vai vakiintuneeseen toimintaan. Erilaiset kysymykset tarvitsevat lähestymistapojen tarkastelua ja valinnassa tulisi huomioida arvioinnin tavoitteet ja päämäärät. Kiinnostuksen kohteena voi olla se, että toteutettiin toimintaa, kuten alun perin suunniteltiin. Monet pitävät varsinaisena arviointi kysymyksenä sitä, että saavutettiin tavoitteet ja päämäärät. Kuitenkin paljon laajempi kysymys on selvittää projektin vaikutukset, mitä odotettiin ja mitä saavutettiin. Arvioinnin tehtävänä on selvittää tuotos, mitata tai arvioida se. Arvioinnilla selvitetään täyttyivätkö projektin vaatimukset ja voidaan toimintamallia jatkaa. (Robson 2001, 72 - 77.)

Prosessin arvioimisessa selvitetään mitä tapahtuu, kun projekti toteutetaan, miten sitä toteutetaan, toimiiko se niin kuin on suunniteltu, ketkä osallistuvat toimintaan? Myös projektin vaikutuksia selvitetään, onko hankkeesta ollut hyötyä? Projektin arvioiminen voidaan rajoittaa vain sen prosessin seurantaan tai sen vaikutusten tutkimiseen. Arvioinnilla voidaan pyrkiä myös molempien yhdistelmään, sekä prosessin että vaikutusten arviointiin. Arvioinnissa on suotavaa tuottaa vastaus muutamiin kuvaaviin avainkysymyksiin. (Robson 2001, 78 - 80.)

Prosessin arvioinnissa kerätään aineisto usein laadullisin, kvalitatiivisin menetelmin, kuten vapaamuotoisten haastattelujen avulla. Tapahtumia on usein runsaasti ja ne ovat monimutkaisia pienimuotoisessakin ihmisiä koskevassa toiminnassa. Kvantitatiivisen eli määrällisen aineiston kerääminen voi auttaa todellisen toiminnan kuvaamisessa. Käytetyt mittarit voivat olla yksinkertaisia, kuten tapaamisiin osallistujien määrä ja tilaisuuksien pituus. Nämä voivat antaa tietoa toimintaan mahdollisesti vaikuttaneista linkeistä. (Robson 2001, 98 - 100.)

Arvioinnin toteuttamisesta on hyvä laatia aikataulu, joka sisältää listan suunnitelluista toimenpiteistä, niiden vaatimista resursseista ja ajasta. Kuitenkin on luonnollista odottaa suunnitelman muuttuvan. Muutosten tapahtumaketjut, joilla on vaikutusta arvioinnin lopputulokseen, on hyvä dokumentoida. Arvioinnin tapahtumat ovat monimutkaisempia ja hajanaisempia kuin mitä suunnittelussa osataan ennakoida. Jopa minimisuunnitelmaa voidaan joutua typistämään. Silloin tulisi neuvotella arvioinnin tilaajan kanssa yksinkertaisemman arviointisuunnitelman toteuttamisesta, jotta saataisiin vastukset tärkeimpiin avainkysymyksiin aikataulun puitteissa. (Robson 2001, 160 - 164.)

Arvioinnin tulosten julkaisemistapaan vaikuttaa arvioinnin tarkoitus, kuitenkin tavallisin tapa on kirjoittaa arviointiraportti ja sovittuja sitoumuksia tulee noudattaa. Raportin tekijän ja pääkuulijoiden on neuvoteltava ja sovittava kirjallisen raportin muodosta. Raportista tulee tehdä yhteenveto ja kirjoitetun kielen tulee olla sellaista, että se puhuttelee lukijoita. Tulokset esitellään kuvina, taulukoina ja erilaisin graafisin esityksin, näiden tulisi olla itsestään aukeavia, siten että välttämättömin tieto sisältyy niihin. Yksinkertaiset taulukot voivat antaa paljon tietoa. (Robson 2001, 181 - 183.)

Jotta arviointi auttaisi kehittämään organisaation hanketta tai toimintaa, on ymmärrettävä sen mielekkyys koko organisaatiossa. Tärkeää on, että organisaation johto on sitoutunut arviointiin ja arvioinnin tuottamiin kehittämistoimintaehdotuksiin. Kuitenkaan tämä ei yksin riitä, vaan koko organisaation henkilökunnalla tulee olla käsitys siitä, miksi arviointi tehdään ja miten se heitä hyödyttää. (Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2005, 27-29.)

6.2 Työyhteisön arviointi kehittämistoiminnasta

Työyhteisön arvioi kehittämishanketta lomakehaastattelun avulla toukokuussa 2010. Kyselylomake sisälsi kuusi monivalintakysymystä, joihin tuli vastata ennalta määrättyjen vastausvaihtoehtojen mukaisesti ja kolme avointa kysymystä, joihin oli mahdollisuus perutella omin sanoin vastaukset. Arviointilomakkeena käytettiin Laurea-ammattikorkeakoulussa laadittua hoitotyön kirjaamisen kehittämistyöryhmän toiminnan ja tuotoksen arvioinninlomaketta. Työyhteisön yhdeksästä sairaanhoitajasta kuusi vastasivat arviointikyselyyn. Vastusvaihtoehtoja oli viisi; 1 ei lainkaan, 2 jonkin verran, 3 paljon, 4 erittäin paljon ja 5 en osaa sanoa (Liite 2).

Ensimmäiseksi kysyttiin, kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittämistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella. Kysymykseen vastasi kohtaan 2 jonkin verran, kaksi vastaajaa ja kohtaan 3 paljon, neljä vastaajaa.

	1 ei lainkaan	2 jonkin verran	3 paljon	4 erittäin paljon	5 en osaa sanoa
Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?		2(6)	4(6)		

Taulukko 2: Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?

Toisena kysyttiin, kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen. Kysymykseen vastasi kohtaa 2 jonkin verran, kaksi vastaajaa ja kohtaa 3 paljon, neljä vastaajaa.

	1 ei lainkaan	2 jonkin verran	3 paljon	4 erittäin paljon	5 en osaa sanoa
Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?		2(6)	4(6)		

Taulukko 3: Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja toimintamallin työstämiseen?

Kolmantena kysyttiin, miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi. Kysymykseen vastasi kohtaan 2 jonkin verran, kolme vastaajaa ja kohtaan 3 paljon, kolme vastaajaa.

	1 ei lainkaan	2 jonkin verran	3 paljon	4 erittäin paljon	5 en osaa sanoa
Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?		3(6)	3(6)		

Taulukko 4: Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?

Neljätienä kysyttiin, minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää. Kysymykseen vastasi kohtaan 2 jonkin verran, kolme vastaajaa ja kohtaan 3, kolme vastaajaa.

	1 ei lainkaan	2 jonkin verran	3 paljon	4 erittäin paljon	5 en osaa sanoa
Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?		3(6)	3(6)		

Taulukko 5: Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?

Viidentenä kysyttiin, kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusitoimintamalli) on mielestäsi parantunut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta. Kysymykseen vasasi kohtaan 1 ei lainkaan, viisi vastaajaa ja kohtaan 2 jonkin verran, yksi vastaaja.

	1 ei lainkaan	2 jonkin verran	3 paljon	4 erittäin paljon	5 en osaa sanoa
Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusitoimintamalli) on mielestäsi parantunut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?	5(6)	1(6)			

Taulukko 6: Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusitoimintamalli) on mielestäsi parantunut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

Kuudentena kysyttiin, kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaan saamiseen työyhteisön työssä. Kysymykseen vastasi kohtaan 2 jonkin verran, yksi vastaaja, kohtaan 3 paljon, kolme vastaajaa, kohtaan 4 erittäin paljon, yksi vastaaja ja kohtaan 5 en osaa sanoa, yksi vastaaja.

	1 ei lainkaan	2 jonkin verran	3 paljon	4 erittäin paljon	5 en osaa sanoa
Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaan saamiseen työyhteisön työssä?		1(6)	3(6)	1(6)	1(6)

Taulukko 7: Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaan saamiseen työyhteisön työssä?

7. Perustelut vastausvaihtoehtojen kysymyksiin (1 - 6).

Vastaajat perustelivat valitsemiaan vaihtoehtoja näin, uusi malli ei paranna kirjaamista, mutta lisää kirjaamiseen käytettävää aikaa. Mallia käytetään, kuitenkin mallin hyöty ei ole selvillä. Kirjaamisen koetaan muuttuneen hankalaksi, on epäselvää ketä uusi malli palvelee. Vastaajista kaksi (2/6) vastasi tähän kohtaan.

8. Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen? Työryhmän jäsenet perehdyttävät työyhteisön muita työntekijöitä osastotunneilla, vieriope- tuksella, aiheesta keskustellaan yleisesti ja kirjaamisesta on mallikansio. työyhteisön edusta- jat osallistuvat kirjaamisen kehittämisen hankkeisiin ja koulutuksiin.

9. Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta?

Kehittäminen koetaan positiiviseksi. Kuitenkin toivotaan, ettei kirjaamisen kehittäminen lisäi- si kirjaukseen käytettävää aikaa. Esimerkiksi ei käytettäisi turhia väliotsikoita. Kirjaamisen käsitteiden avaamista toivotaan ja koetaan kirjaamisen kehittämisen menevän taaksepäin. Kehittämistoiminnan arviointi koettiin tapahtuvan liian varhaisessa vaiheessa. Uuden toimin- tamallin koetaan vievän aikaa potilaalta ja jää epäselväksi ketä malli palvelee. On jäänyt epäselväksi, mitä kirjaamisen hanketta arviointi koskee ja lomakkeen laatijan nimi koetaan vieraaksi.

Arvioinnissa tule esille juurruttamisprosesseissa esiintyvä muutosvastarinta. Kuitenkin työyh- teisö on sitoutunut uuden toimintatavan juurruttamiseen työyhteisön käytännöksi.

6.3 Oma arviointi kehittämistoiminnasta

Juuruttamismenetelmä on looginen toimintamalli, jolla saadaan uudistettua ja kehitettyä olemassa olevia toimintatapoja. Kehittämishankkeessa mukana toimiminen edistää osallistuji- en oppimista kansallisen hoitotyön yhtenäisen kirjaamisenmallin mukaista kirjaamista. Kehit- tämisyyhteistyö lisäsi ryhmätyötaitoja ja tietoisuutta tarpeesta ilmaista asioita selkeästi sekä ymmärrettävästi.

Lähteet

Kirjat

Hastrup, M. 2005. Menthor ja hyvä BA, hiljainen tieto ja oppiminen. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viestinnän koulutusohjelman tutkimustyö. Mediatuotannon suuntautumisvaihtoehto.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutinen, V. 2002. Haava. Helsinki: WSOY.

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2007, 97 - 98. Helsinki: Wsoy.

Järvinen, A. & Karttunen, P. 1998. Fenomenografia - käsitysten kirjon kuvaaja. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

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

Kautto, S. 2003. Tieto ja työssä oppiminen. "... se on sellasta hiljasta lumisadetta jota on vaikea huomata, mutta hiljalleen se haki kasvaa." Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Kasvatustiede.

Kyngäs, H. & Henttinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kokkonen, H. 2009. Kyselytutkimus kirjastotoimenjohtajien tiedonhankinnasta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Informaatiotutkimuksen ja interaktiivisen median laitos.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21-43.

Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko - näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia, K. & Koponen, L. Hoitotyön vuosikirja 2007: hoitotyön kirjaaminen, 35 - 40. Jyväskylä: Gummerus.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The knowledge-Creating Company. New York: Oxford University Press.

Ratilainen, J. 2006. Organisaatiomuutos kotihoidon lähiesimiesten kokemana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Helsinki: Tammi.

Sipilä, H. 2006. Hiljaisen tiedon johtolankoja työnohjaajien merkityksenannoista, teemahaastattelulla 10 työnohjaajan kokemusperäisiä merkityksenantoja ryhmätyönohjauksesta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipsykologia. Tampere.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, K. & Koponen, L. Hoitotyön vuosikirja 2007, 35 - 40. Jyväskylä: Gummerus.

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

Valpola, V. 2000. Suuri sivistyssanakirja. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Virtanen, I. 2006. Hiljaisen tiedon ongelma - kuinka hiljaista tieto on? Tampereen yliopisto. Tietojen käsittelytieteiden laitos.

Artikkelit

Ahonen, O., Karhu, J., Kinnunen, R., Ora-Hyytiäinen, E. & Soikkeli, T. 2007. Kirjaamisen kehittäminen sairaanhoitajan ja opiskelijan yhteistyönä. Sairaanhoitaja 1 vol. 80, 27-30.

Ahonen, O., Itkonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitaja 10 vol. 80, 6 - 9.

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

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

Ensio, A. & Saranto, K. 2007. Hoitotyön kirjaaminen näkyvästi esillä kansainvälisissä konferensseissa. Sairaanhoitaja 6-7, 16-17.

Haho, A. 2009. Mitä minä havaitseen? Sairaanhoitaja 1, 20 -22.

Hakula, J. 2008. Lääkärintyö on tietotyötä. Suomen lääkärilehti 47, 4130 - 4131.

Ikonen, H., Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön Kirjaamisen Strukturoitu malli. Sairaala-
viesti 2004 2, 18-21.

Kartano, M-L. 2009. Työnohjaus hoitotyön muutosjohtajan taakan keventäjänä. Pro Terveys 1, 8 - 11.

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämissyhteistyössä. Juurruttamisen ko-
keiluna. VTT, Teknologinen tutkimuksen ryhmä. Espoo: DMP- Digital Media Partners.

Kivistö, K., Johansson, K., Virtanen, H., Rankinen, S. & Leino-Kilpi, H. 2009. Asiakkaan voi-
mavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 1, 13-21.

Lauri, S. & Salanterä, S. 2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. Hoitotiede 4, 158 - 165.

Nygren, P. 2009. Terveyttä ja hyvinvointia hoitotyön johtamisella. Sairaanhoitaja 3, 20 - 22.

Ora-Hyytiäinen, E. 2006. Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. Pro Terveys 5, 14-17.

Owen, K. 2005. Documentation in nursing practice. Nursing Standard 32, 48 - 49.

Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. JÄRVI-hanke järjestöjen kehittämistoiminnan
tueksi arvioinnin välttämättömyys. Promo37 2, 27-29.

Tanttu, K. & Ora-Hyytiäinen, E. 2008. Systemaattinen kirjaamismalli haltuun. Sairaanhoitaja 11, 23 - 24.

Internet-lähteet

eNNi-hanke.2008. Viitattu 23.1.2010.
<http://www.lohjanlaurea.fi/uutiset.html?2>

Espoon kaupungin Sosiaali- ja terveystoimi. Viitattu 27.5.2009.
www.espoo.fi/binary.asp?path=1;28;11866;11869;39339;22478;22491;62303;62328;62326;62337&field=FileAttachment

Espoon kaupungin kotisivut Viitattu 27.5.2009.
www.espoo.fi/binary.asp?path=1;28;11884;8532;8597;8608;40767;40768;8609&field=FileAttachment

Espoo-strategia 2009-2011. (pdf 73.9 kB) 16.01.2009. Viitattu 18.8.2009.
<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;11869;142>

Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 19.8.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

Hannuksela, M. 2008. Ruusu (erysipelas). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 17.10.2009.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dIk00065

Karppelin, M. & Syrjänen, J. 2008. Ruusutulehduksen hoito. Aikakausikirja Duodecim. 124(9):1041-7 Viitattu 17.10.2009.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=erysipelas

Kotilainen, H. 2009. bakteerin aiheuttama ihon ruusuinfektio. Viitattu 26.3.2010.
<http://www.rintasyopayhdistys.fi/?page=514&lang=1>

Käypä hoito. 2002. Ihon bakteeri infektiot. Viitattu 17.10.2009.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=erysipelas

Liljamo, P. Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC- Luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 6.2.2010.
<http://www.vsshp.fi/fi/4519>

Liukkonen, I. & Saarikoski, R. 2007. Terveet jalat. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 26.3.2010.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=jalkojenhoito

Mot-sanakirja 2009. Viitattu 2.10.2009.
<http://nelli.laurea.fi:2055/mot/laurea/netmot.exe?UI=figr>

Poikonen, N. 2008. Ruusu epäily. Sairaanhoitajan vastaanoton ohjeet. Duodecim. Viitattu 12.10.2009.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=erysipelas.

Ranki, A., Hyry, H., Jansson, T., Karvonen, J., Kontiainen, S., Kousa, M. & Mäkelä, M. 1999. Mikstra- ihon primaarien bakteeri-infektioiden hoitosuositus. Viitattu 2.4.2010.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo91058&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth

Rautiainen, A. & Komulainen, E. 2008. Ruusunhoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim 2009. Viitattu 12.10.2009.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=erysipelas.

Reitamo, S. & Remitz, A. Ihon Bakteeritaudit. Viitattu 17.10.2009.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Ihon_bakteeritaudit

Saarikoski, H. 2009a. Sukkien ja jalkineiden valinta diabeetikolla. Terveysportti. Lääkärin tietokannat. Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.6.2010.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=jalkojenhoito

Saarikoski, H. 2009b. Jalkojen omahoito-ohje potilaalle. Käypä hoito suositus. Viitattu 6.6.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01364>

Tanttu, K. 2007. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke loppuraportti. Viitattu 29.5.2010.
www.vsshp.fi/fi/.../HoiDok-I-vaiheen-Loppuraportti-150307.pdf

Vester, A. & Komulainen, E. 2010. Ihon paikallishoidot. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 26.3.2010.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=ihonhoito

Muut lähteet

Kotisairaalan sairaanhoidajien haastattelu. 18.2.2010. Espoo. Viitattu 3.3.2010.

Liitteet

Liite 1 Kysely nykytilanteesta.....	48
Liite 2 Työyhteisön arviointilomake kehittämistoiminnasta.....	54

Liite 1 Kysely nykytilanteesta

Hei kaikki,

Olemme kaksi Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijaa Lohjan yksiköstä. Olemme mukana työyhteisönne työryhmässä tekemässä opinnäytetyötämme. Työryhmän tarkoituksena on kirjaamisen kehittäminen, täsmennettynä kirjaamisen näkyväksi tekeminen ruusupotilaan hoidossa. Työryhmään kuuluvat sairaanhoitajat Kirsi Suutari ja Saara Hyväri, ohjaavat opettajat Outi Ahonen ja Anne Makkonen sekä me opiskelijat Ann-Marie Uhlgrén ja Minna Kinnunen.

Tämän kyselyn tarkoituksena on kuvata työyhteisönne nykytilannetta ruusupotilaan hoidon kirjaamisessa. Olemme kiinnostuneita sellaisesta tiedosta, kuin minkälaista päätöksentekoa on kirjaamisen taustalla, mihin asioihin kiinnitätte huomiota kun havainnoitte ruusupotilaan tilaa ja vointia. Jokaisen kirjatun asian taustalla on tietoinen tai tiedostamaton päätös kirjoittaa asia potilasasiakirjoihin, olemme kiinnostuneita näistä ajatteluprosesseista joita taustalla on.

Toivomme vastaukset nimettöminä, mutta tiedot työntekijän työkokemuksesta kiinnostavat meitä.

Ystävällisin terveisin:

Lohjalla 20.10.2009 Ann-Marie Uhlgrén ja Minna Kinnunen

Nykytilanteen kartoitus

Taustakymykset

1. Kuinka kauan olette työskennellyt sairaanhoitajana? Merkitse vaihtoehto.

- a) 0 - 2 vuotta
- b) 2 - 6 vuotta
- c) 6 - 10 vuotta
- d) yli 10 vuotta

2. Kuinka kauan olette työskennellyt Espoon kotisairaalassa?

- a) 0 - 2 vuotta
- b) 2 - 6 vuotta
- c) 6 - 10 vuotta
- d) yli 10 vuotta

3. Minkälaista työtä teit ennen siirtymistäsi kotisairaalan työhön?

4. Miten toteutat omahoitajuutta työssäsi?

Ole hyvä ja vastaa alla oleviin kysymyksiin. Kysymykset koskevat kokemustasi ainoastaan ruusua sairastavan potilaan hoidon toteutuksesta.

5. Mitä tietoa etsitte potilasasiakirjoista?

6. Minkälaista tietoa tarvitset kyetäksesi kokoamaan kotikäynnillä tarvittavat välineet?

7. Mitkä ovat mielestäsi ruusupotilaan keskeiset hoidon

a) tarpeet:

b) tavoitteet:

c) suunnitellut toiminnot:

8. Mitä kirjaat ruusupotilaan päivittäisen hoidon toteutuksessa?

9. Mihin tietoon perustat ruusupotilaan voinnin ja hoidon arvioinnin?

10. Minkälaisia kysymyksiä esität ruusupotilaalle hänen voinnistaan?

11. Minkälaisia päätöksiä teet työvuoron aikana ruusua sairastavan potilaan hoidossa?

12. Kuvaile tilanteita, joissa olet kokenut tarvitsemasi muiden ammattiryhmien asiantuntijutta päätöksentekosi pohjalle?

13. Miten moniammatillinen työryhmätyöskentely toteutuu työvuoron aikana?

14. Mitä huomioitte ruusupotilaan hoitotyön yhteenvetoa kirjoittaessa?

KIITOS VASTAUKSESTASI!

Liite 2 Työyhteisön arviointilomake kehittämistoiminnasta

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN

ARVIOINTILOMAKE55(56)

Laurea-ammattikorkeakoulu

Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi

Elina Ora-Hyytiäinen

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella hoitotyön kirjaamisen kehittämissuunnitelmassa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön nykytoimintaa kuvaavan prosessikuvauksen, kehitettävää aluetta kuvaavan teoreettisen käsittekartan ja laatinut ehdotuksen uudeksi käytännön toiminnaksi yhdessä valitsemallanne alueella.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastaustauksiasi ja esittää kehittämissuunnitelmia työryhmälle.

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

- 1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt kirjaamisen kehittämistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?
1 2 3 4 5
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsittekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?
1 2 3 4 5
- 3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?
1 2 3 4 5
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?
1 2 3 4 5
- 5 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?
1 2 3 4 5
- 6 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?
1 2 3 4 5

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN
KE56(56)

Laurea-ammattikorkeakoulu
Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi
Elina Ora-Hyytiäinen

ARVIOINTILOMA-

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

Kiitos arvioinnistasi!