
**”Woi Whoike, mikä Woihke”
KIRJAAMISEN KEHITTÄMISPROJEKTI**




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa 25.11.2011

Elina Koskela ja Teija Toivola



Koulutusohjelma
Paikkakunta

Työn nimi ”Woi Whoike, mikä woihke” Kirjaamisen kehittämisprojekti

Tekijä Elina Koskela ja Teija Toivola

Ohjaava opettaja Eeva-Liisa Breilin

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Hyväksyjä

FORSSAN TOIMIPISTE
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja(AMK)

Tekijä	Elina Koskela & Teija Toivola	2011
Työn nimi	”Woi Whoike, mikä Woihke” Kirjaamisen kehittämisprojekti	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Forssan Seudun Terveystenhuollon Kuntayhtymän (FSTKY) eräs pilottiosasto, jossa on jo viime vuonna käsitelty rakenteista kirjaamista eNNI-hankkeen myötä. Tämä opinnäytetyö on jatkoa Pirjo Hakalan vuonna 2010 tehtyyn opinnäytetyöhön ”Kohti rakenteista kirjaamista”. Hakala tutki työssään tuloillaan olevaa sähköistä kirjaamista ja sen toteutumista samaisella pilottiosastolla. Tämän kehittämisprojektin tavoitteena on tässä opinnäytetyössä esiintyvän pilottiosaston kirjaamisen kehittäminen. Kehittämisprojektin tarkoituksena on luoda pilottiosaston henkilökunnalle valmiudet käyttää tuloillaan olevaa rakenteista kirjaamistapaa.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin koulutussisältöisenä kehittämisprojektina. Osaston kirjaamisen kehittämistarpeiden selvittämiseen käytettiin SWOT-analyysiä. Saadun tiedon pohjalta pilottiosaston henkilökunnalle järjestettiin koulutustilaisuuksia. Kirjaamisen kehittämiseen osallistuneen pilottiosaston tehtäväksi tuli mahdollistaa henkilökuntansa osallistuminen koulutustilaisuuksiin työvuorosunnittelun ehdoin. Projektin toteuttajien tehtäväksi jäi järjestää puitteet, kuten tilat ja koulutustilaisuudet, rakenteisen kirjaamisen käyttöön soveltuva ohjelmisto ja tietokoneet. Koulutustilaisuuksiin soveltuvat välineet ja tilat mahdollisti Hämeen ammattikorkeakoulun (HAMK) Forssan toimipiste. Koulutustilaisuuksissa käytiin lävitse teorian ja käytännön pohjalta rakenteista kirjaamista hoitotyön prosessin kautta. Potilasesimerkkeinä käytettiin pilottiosastolle tyypillisiä potilastapauksia. Koulutustilaisuuksia järjestettiin neljä kertaa, ja niiden sisältö muodostettiin pilottiosaston tarpeita vastaavaksi.

Kehittämisprojektissa hoitotyön prosessi koettiin teoriassa tutuksi, mutta sen käyttäminen hoitosuunnitelmaa tehtäessä haastavaksi. Eritoten haasteellista oli erottaa hoitotyön prosessissa toisistaan ongelmat, tavoitteet ja keinot, niiden sekoittuessa useasti keskenään. Kirjaamiskoulutukset nähtiin tarpeellisena sekä nyt että tulevaisuudessa.

Avainsanat Hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön prosessi, sähköinen kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, kehittämisprojekti

Sivut 42 s + liitteet 14 s.

Forssa
Degree Programme in Nursing

Author	Elina Koskela ja Teija Toivola	2011
Subject of Bachelor's thesis	Documentation development project	

ABSTRACT

The client for this thesis is a pilot ward of the Joint Municipal Board for Health Care in Forssa (FSTKY), Finland. This ward dealt with structured nursing documentation already in 2010 in context with the Enni initiative. This thesis continues the topic of Pirjo Hakala's thesis from 2010, Towards Structured Documentation. In her work, Hakala studied electronic documentation, which is making its way to the field of nursing, and how it has been implemented at the above-mentioned ward. The objective of this project is to develop documentation at the pilot ward presented in this thesis. The purpose of the development project is to create abilities for the ward's staff to use the new structured documentation method.

This thesis was done as a development project consisting of training. In order to find out the needs of development in the ward's documentation, we used a SWOT-analysis. Training sessions for the staff were arranged based on the information gathered from the analysis. The pilot ward's role became to enable its staff's participation in the training sessions in terms of shift planning. The role of the project implementers thus became to make arrangements, such as booking the facilities and times for the training sessions, and choosing the software and computers applicable for structured documentation. Equipment and facilities for the training sessions were provided by the HAMK University of Applied Sciences campus in Forssa. During the training sessions, we addressed structured documentation via the process of nursing, based on both theory and practice, and by using examples of patient care that were typical for the pilot ward. There were four training sessions, and the content of the training sessions was customised according to the pilot ward's needs.

During the development project, the process of nursing was found to be familiar in theory, but to use it as a basis for a treatment plan was regarded as challenge. It was especially challenging to make a difference between methods, objectives and problems in the nursing process, as these were often mixed together. Training sessions in documentation were considered necessary for the current situation as well as for the future.

Keywords Nursing documentation, nursing process, electronic documentation, structured documentation, development project

Pages 42 p + appendices 14 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	2
2.1	Kirjaamista koskeva lainsäädäntö ja ohjeistus	2
2.2	Hoitotyön prosessimalli kirjaamisen jäsentäjänä	4
2.3	Hoitotyön prosessimalli rakenteena	5
2.3.1	Hoitotyön tarpeet	6
2.3.2	Hoitotyön tavoitteet	6
2.3.3	Hoitotyön keinot	7
2.3.4	Hoitotyön toteutus	8
2.3.5	Hoitotyön arviointi	8
2.4	Sähköinen, rakenteinen kirjaamistapa.....	9
2.4.1	Rakenteinen luokittelumalli.....	10
2.4.2	Vapaa kuvaileva kirjaus	11
2.4.3	Hoitotyön yhteenveto	11
2.4.4	Sähköisen, rakenteisen kirjaamisen valmiudet terveydenhuollossa.....	12
3	KEHITTÄMISPROJEKTI	14
3.1	Kehittämiprojektin tavoitteet, tarkoitus ja tehtävä.....	14
3.2	Kirjaamisen kehittämisen estävät ja edistävät tekijät kehittämissuunnitelmissa tutkimusten valossa.....	15
3.3	Muutosvastarinta ja sen esiintyminen kehittämissuunnitelmissa	16
3.4	SWOT-analyysin käyttö kehittämissuunnitelmissa	18
4	KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	19
5	KEHITTÄMISPROJEKTIN SUUNNITTELU.....	20
5.1	Pilottiosaston kirjaamiskäytännön selvittäminen	20
5.2	Koulutustarpeen selvittäminen SWOT-analyysillä.....	21
5.2.1	SWOT-analyysissä esiintyneet pilottiosaston vahvuudet.....	22
5.2.2	SWOT-analyysissä esiintyneet pilottiosaston heikkoudet.....	22
5.2.3	SWOT-analyysissä esiintyneet pilottiosaston mahdollisuudet.....	23
5.2.4	SWOT-analyysissä esiintyneet pilottiosaston uhat	24
5.3	Kehittämissuunnitelman tarkastelua SWOT-analyysillä.....	24
5.3.1	Suunnitelman toteuttajien näkemys kehittämissuunnitelman vahvuuksista	24
5.3.2	Suunnitelman toteuttajien näkemys kehittämissuunnitelman heikkouksista	25
5.3.3	Suunnitelman toteuttajien näkemys kehittämissuunnitelman mahdollisuuksista	25
5.3.4	Suunnitelman toteuttajien näkemys kehittämissuunnitelman uhista.....	26
6	KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS.....	26
6.1	Ensimmäinen koulutustilaisuus.....	26
6.2	Toinen koulutustilaisuus	27
6.3	Kolmas koulutustilaisuus	28
6.4	Neljäs eli viimeinen koulutustilaisuus.....	29
6.5	Kehittämissuunnitelman tukimateriaali.....	30

7	KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI.....	31
7.1	Pilottiosaston arviointi saamastaan koulutuksesta	31
7.2	Projektin toteuttajien arviointi kehittämisprojektista	32
8	EETTISYYS.....	33
9	POHDINTA.....	34
9.1	Kehittämisprojektin näkökulmasta.....	34
9.2	Projektin toteuttajien näkökulmasta	36
10	LÄHTEET	38
Liite 1	STHaL:n ja SHToL:n rakenne	
Liite 2	SWOT analyysi kirjaamisen nykytilasta pilottiosastolla	
Liite 3	Opinnäytetyön aikataulu	
Liite 4	Koulutussuunnitelma 16.12.2010	
Liite 5	Potilasesimerkki 1	
Liite 6	Koulutussuunnitelma 8.4.2011	
Liite 7	Koulutussuunnitelma 20.4.2011	
Liite 8	Potilasesimerkki 2	
Liite 9	Potilasesimerkki 3	
Liite 10	Potilasesimerkki 4	
Liite 11	Koulutuksen arviointilomake 20.4.2011	

1 JOHDANTO

Potilaan hyvä hoito on hoitotyön perustehtävä ja siihen sisältyy myös kirjaaminen (Syväoja & Äijälä 2009, 86). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa lakimuutoksessa (1227/2010) on säädetty kunnallisen terveydenhuollon velvollisuudesta liittyä valtakunnallisen tietojärjestelmän käyttäjäksi viimeistään ensimmäinen syyskuuta 2014. Yksityisellä puolella siirtymäaika valtakunnalliseen tietojärjestelmään on vuoden pidempi. Kaikki terveydenhuollon potilastiedot tullaan tallettamaan sähköisesti yhtenäiseen kansalliseen arkistoon, jota ylläpitää kansaneläkelaitos (Kela) (Syväoja & Äijälä, 2009, 86). Lain uudistuksen myötä tavoitellaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen entistä turvallisempaa käsittelyä sekä potilaan tiedonsaannin edistämistä (Salo 2007, 13).

Sähköisen kirjaamisen etuna on, että hoitotyötä pystytään kirjaamaan hoitosuunnitelman mukaisesti toteutetuksi päivittäin. Se mahdollistaa myös potilaan tarpeiden, ongelmien ja hoitotyön diagnoosien priorisoinnin eli tärkeysjärjestykseen asettamisen. Rakenteisella kirjaamisella pyritään hoitosuunnitelman ja hoitotyön toteuttamisen kirjaamisen kokonaisuuteen, jossa kirjaaminen toimii hoitosuunnitelman perustana ja päivittäiset merkinnät toimivat toteutuksena ja arviointina. Potilaan hoitosuunnitelma on virallinen asiakirja, joka todistaa päätöksentekoprosessin toteutuneeksi. Hoitosuunnitelman tarkoituksena on toimia kokonaishoidon järjestämisen välineenä sekä hoidon jatkuvuuden turvaajana. (Ikonen & Sonninen 2007, 77.) Oletettavasti sähköinen, rakenteinen kirjaaminen helpottaa osaltaan tiedon hakua ja siirtoa, toimimalla samalla päätöksenteon tukena. Tiedon siirron saumaton kulku vaatii kirjaamisen laadun tarkkailua sekä sen kehittämistä. (Lungren-Laine & Salanterä 2007, 30.)

Tämä opinnäytetyö toimii jatkona Pirjo Hakalan vuonna 2010 tehdylle opinnäytetyölle ”kohti rakenteista kirjaamista”. Opinnäytetyössään Hakala kartoitti ja kuvaili tässä opinnäytetyössä esiintyvän pilottiosaston silloista kirjaamisen toimintatapaa. Hakalan opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea rakenteisen kirjaamistavan juurruttamista edellä mainitulle pilottiosastolle. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on antaa koulutustilaisuuksien myötä pilottiosastolle valmiuksia vastaanottaa tuloillaan oleva sähköinen, rakenteinen kirjaaminen Effican Whoike-lehden kautta. Koulutustilaisuuksissa pyritään vastaamaan osastolla kirjaamisessa ilmenneisiin sähköisen, rakenteisen kirjaamisen tarpeisiin. Koulutustilaisuuksissa keskeisiä asioita ovat hoitotyön prosessin kertaaminen potilasesimerkein sekä rakenteinen kirjaaminen Effican Whoike -lehden Demo-versiolla.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Jokaisen toimintayksikön terveydenhuollossa on kirjattava jatkumon muodossa ja aikajärjestyksessä etenevää potilaan hoitokertomusta. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa oppaan mukaan (2007, 7.) hoitokertomuksesta tulee selvittää potilaan perustiedot kuten nimi, syntymäaika ja yhteystiedot. Kertomukseen liitetään myös mahdollinen kotihoito, avohoito ja osastohoitojaksot, joissa kerrotaan hoitoon tulossy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriskit, johtopäätökset sekä loppulausunto ja tutkimustulokset.

Hoitotietojen kirjaamisen tueksi on lisäksi asetettu joukko lakeja, joilla tuetaan asianmukaista ja hyvää kirjaamista. Lainsäädännöllä varmistetaan, että potilaan hoidossa käytetään ainoastaan tarpeellisia ja virheetömiä tietoja. Näillä laeilla taataan myös ajankohtaisten tietojen siirtyminen oikeille henkilöille, oikeaan aikaan ja tarvittavassa laajuudessa. (Saranto 2007, 18.) Riittävä tiedonsaanti turvaa laadullisesti hyvän hoidon ja takaa potilasturvallisuuden (Amberla 2007, 33).

Kirjaamisen tavoitteena on saada esille potilaan oma näkemys ja kokemus hoidosta mahdollisimman monipuolisesti. Kirjaamisen lähtökohtana voidaan pitää potilaan kautta tapahtuvaa kirjausta eli sitä, mitä potilas itse pitää tärkeänä, miten hän haluaa että häntä hoidetaan sekä kirjaamisen kohdistuminen häneen yksilönä. (Kärkkäinen 2007, 89.)

Varsinkin potilasohjauksen ja neuvonnan kirjaaminen vaatii tällä hetkellä sairaanhoitajalta opettelua. Kirjaamisessa tulee ottaa kantaa ymmärtääkö potilas annetun ohjauksen ja neuvon sekä potilaan oma mielipide saadusta ohjauksesta. Vaikeuksia on ollut myös tunnistaa potilaan hoidossa esiintulleiden oleellisten asioiden kirjaaminen. (Mäkilä 2007, 37–38.)

Laadukkaan kirjaamisen taustalla tulee näkyä tutkimustietoa, terveydenhuollon ammattihenkilöstön työkokemusta, potilaan oma näkemys ja mieltymys sekä käytetyt resurssit. Erityisen tärkeää on ajantasaisen tiedon käyttö ja selvyys siitä, millaiseen tietoon tekijän arvio on perustunut. (Pekkala 2007, 54.)

2.1 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö ja ohjeistus

Suomessa hoitotyön kirjaamisesta on asetettu lakeja, joiden tarkoituksena on turvata hoidettavan ja hoitavan tahon turvallisuus sekä asettaa minimivaatimukset kirjaamisesta. Nämä vaatimukset osaltaan edistävät kirjaamisen yhtenäisyyttä. Tämän kehittämisprojektin kannalta tärkeimpinä lakeina nähdään potilasvahinkolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta ja hallintolaki. (Graeffe & Hallila 2005a, 19.)

Säädettyjen lakien lisäksi hoitotyön kirjaamista ohjaavat rekisterinpitäjä, joka yleensä on organisaatio itse, toimintayksikön terveydenhuollosta vastaava johtaja sekä hoitotyöntekijöiden omien ammattikuntien laatimat eet-

tiset säännöt, hoitamisen periaatteet ja oma ammatillisuus. Organisaation tulee huolehtia potilasasiakirjoja käsittelevän henkilökunnan riittävästä ohjaamisesta ja asianmukaisista menettelytavoista. Toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan tulee antaa kirjallinen ohjeistus potilastietojen käsittelystä sekä menettelytavoista omalle yksikölleen. (Graeffe & Hallila 2005a, 19.) Kirjallisesta ohjeistuksesta tulee löytyä seuraavat tiedot: potilasasiakirjojen merkintöjen korjaaminen, informoinnin toteuttaminen potilaalle, potilaan tarkastusoikeuden käytännön toteutus, potilasasiakirjojen luovutus, potilasasiakirjojen salassapito ja suojaaminen, potilasasiakirjojen käyttö ja lista edellä mainituista henkilöistä, jotka vastaavat näistä toimintayksikön sisällä (STM 2001:3, 11).

”Potilasvahinkolaki (585/1986) koskee Suomessa annetun terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon korvaamista potilasvakuutuksesta.” Potilasvahinkolaissa säädetään potilasvahinkokeskuksen sekä potilasvahinkolautakunnan tiedonsaantioikeudesta. Tämä tarkoittaa tiedonsaantia käsiteltävästä asiasta tai korvauksen perusteista terveyden- ja sairaanhoitoa harjoittavalta taholta ja viranomaiselta. (Graeffe & Hallila 2005a, 20.) Riitatapauksissa kirjaamisella on olennainen ja suuri merkitys hoitotyön toteen näyttämiseen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sisältää määritelmät potilasasiakirjoista sekä potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoidoon ja siihen liittyvästä kohtelusta. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä tai toteutuksessa laadittuja, käytettäviä ja saapuneita asiakirjoja sekä teknisiä tallenteita, jotka koskevat potilaan terveydentilaa ja henkilökohtaisia tietoja. Laki koskettaa myös ajan- ja hoidonvaraus- ja uloskirjauksentietoja. Potilasasiakirjoista mainitaan kirjaamisen vähimmäisvaatimukset, jotka koskevat potilaan hoidon suunnittelua, järjestämistä, toteuttamista, seurantaa ja sen turvaamista. Potilasasiakirjoja koskee salassapitovelvollisuus, joka säilyy palvelusuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen. (Graeffe & Hallila 2005a, 20.)

Laki terveydenhuollon ammattilaisista (559/1994) pyrkii edistämään potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Lailla varmistetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden edellyttämä koulutus, pätevyys ja valmius ammatin toimintaan. Laki edellyttää terveydenhuollon henkilöstön valvontaa terveyden- ja sairauden hoidossa, ja se helpottaa ammattihenkilöiden yhteistyötä. Lakiin terveydenhuollon ammattilaisista sisältyy ammattieettiset velvollisuudet, jotka velvoittavat myös huomiomaan mitä laissa on säädetty potilaan asemasta ja oikeuksista sekä oman ammattitaidon ylläpitämisestä täydennyskoulutuksen kautta (Graeffe & Hallila 2005a, 19).

Laissa viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) ”säädetään oikeudesta saada tieto viranomaisten julkisista asiakirjoista sekä virassa toimivan vaitiolovelvollisuudesta, asiakirjojen salassapidosta ja muista tietojen saantia koskevista yleisten ja yksityisten etujen suojaamiseksi välttämättömistä rajoituksista.” Viranomaisen toiminnan julkisuutta käsittelevä laki tarkentaa kirjaamiselle asetettuja vaatimuksia. Laissa mainitaan, että asiakirjana ei pidetä viranomaisen toimeksiannosta tai sen palveluksessa

olevan toimijan laatimia muistiinpanoja tai luonnoksia, joista tekijä ei ole antanut vielä esittelyä. Joissain hoitopaikoissa tätä lakia on sovellettu väärin, pitämällä 1–2 viikon välein suoritettuja hoitotyön yhteenvetoja asiakirjoina, jolloin päivittäiset seurantatiedot on saatettu poistaa. (Graeffe & Hallila 2005a, 21.)

Hallintolaki (434/2003) toteuttaa ja edistää hyvää hallintoa sekä oikeus- turvaa hallintoasioissa. Lain tarkoituksena on hallinnon palvelujen laadun ja tuloksellisuuden edistäminen Hallintolaki sisältää hyvänkielen käytön vaatimuksen viranomaisilta. Tämä tarkoittaa selkeää, asiallista ja ymmärrettävää kieltä. Hoitotyön kirjaamisessa on siis hyvä huomioida se, miten tulet ymmärretyksi oikein. Kun joku muu taho lukee kirjaamistasi, miten hän ymmärtää kirjoittamasi asiat. Kirjaamisen tulisi olla niin ymmärrettävää, että potilas tai hänen edustajansa pystyvät sitä tahtaessaan lukemaan ja ymmärtämään. (Graeffe & Hallila 2005a, 21.)

2.2 Hoitotyön prosessimalli kirjaamisen jäsentäjänä

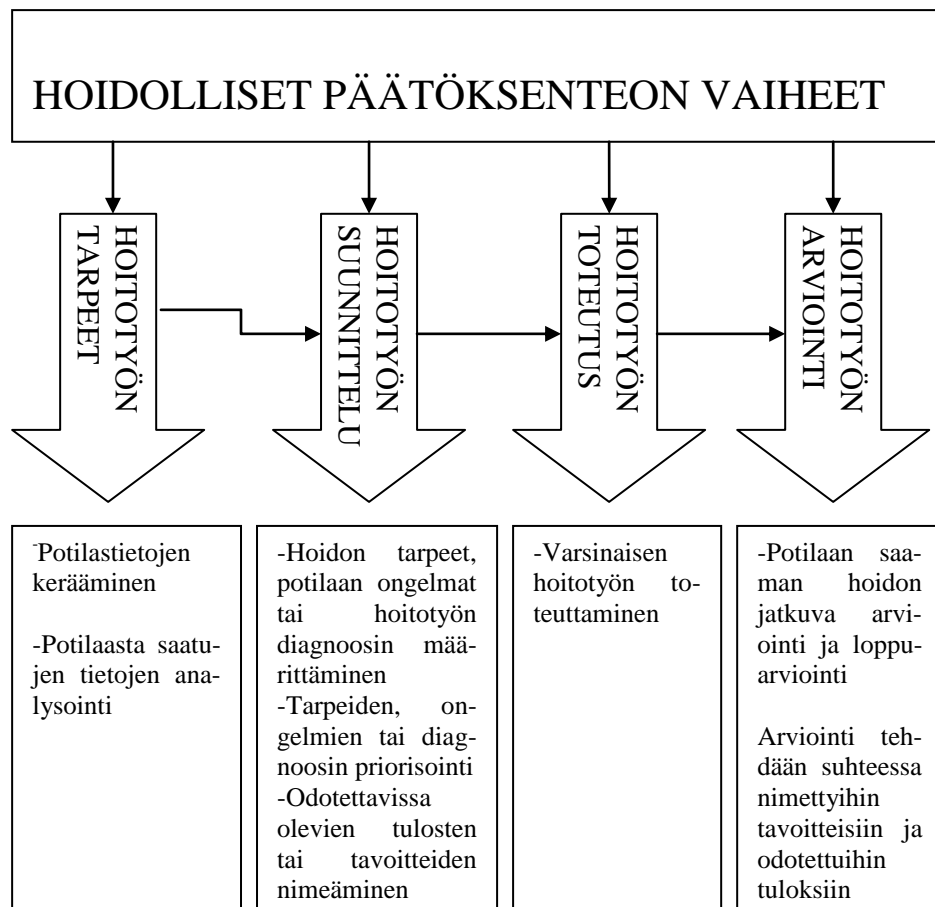
Suomessa kehitettiin vuosina 1950–1970 niin sanottu ensimmäisen sukupolven hoitotyön prosessimalli, jota sovellettiin hoitotyöhön. Tuolloin tunnistettiin potilaan hoidossa neljä eri vaihetta: tarpeenmäärittely, hoidon suunnittelu, toteuttaminen ja hoidon arviointi, jotka kuvattiin lähinnä lääketieteellisestä näkökulmasta. Prosessimallisen ajattelutavan ja sen eri vaiheiden painottaminen näyttävät vaihdelleen vuosien mittaan. (Ensio 2007, 56.)

Yhdysvalloissa kehitettiin 1970-luvun alussa hoitotyön tarveluokitus, jolloin prosessimallia alettiin kuvata viiden eri vaiheen kautta. Hoidon tarpeet korostuivat 1980-luvulla. Myös diagnoosi eriytettiin silloin omaksi vaiheekseen. Prosessivaiheiden käyttökelpoisuutta 1970–1990-luvuilla alettiin myös vähitellen kritisoida. Diagnoosit laajenivat sekä ryhmittäytyivät luokituksiksi ja niitä koottiin lähinnä lääketieteellisistä erikoisaloista. (Ensio 2007, 57.)

Hoitotyön prosessimallin niin sanottu kolmannen sukupolven aikakausi alkoi 1990-luvulla. Prosessimallia katsottiin nyt kuusivaiheisena. Kehittämistyötä jatkettiin hoitotyön diagnoosien, -toimintojen ja -tulosluokitusten kohdalla. Tuolloin hoidon tarpeen määrittelyä, diagnoosin laatimista, odotettujen tulosten nimentämistä, suunniteltua hoitoa, toteutusta ja hoidon arviointia painotettiin enemmän. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen kehittäminen ja tutkimusten tekeminen mahdollistettiin hoitotyön prosessin jakamisella eri vaiheisiin. (Ensio 2007, 57.)

Tällä hetkellä Suomessa voidaan puhua, jopa kahdeksan vaiheisesta hoitotyön prosessista (kuvio 1), jolloin neljä erillistä vaihetta asetetaan nelivaiheisen prosessimallin sisään. Hoidon tarpeen määrittelyn alta löytyy potilaasta tehtävä tiedon kerääminen ja analysointi. Hoidon suunnittelun alta voidaan hahmottaa päätelmien teko eli potilaan hoidon tavoitteet, ongelmien ja diagnoosien määrittely. Hoitotyön toteutuksessa kirjataan jo toteutunutta hoitotyötä. Arvioinnissa tehdään jatkuvaa arviointia potilaassa ta-

pahtuviin muutoksiin, peilaamalla niitä hoitosuunnitelmassa oleviin tavoitteisiin ja odotettuihin tuloksiin. (Ikonen & Sonninen 2007, 75–76.)



Kuvio 1 Ikonen & Sonninen 2007. Suomalainen hoitotyön prosessimalli

2.3 Hoitotyön prosessimalli rakenteena

”Suomen sairaanhoitajaliitto (1986) määrittelee hoitotyönprosessin tarkoittavan terveen- ja sairaanhoitoa ohjaavaa ajattelu- ja toimintamallia, jonka tavoitteena on voimavaroja huomioon ottaen päästä potilaanterveydentilan kannalta parhaaseen mahdolliseen psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin edeten dynaamisena ja jatkuvana ongelmanratkaisuna ja päätöksentekoa sisältävänä toimintana” (Hallila 1999a, 41).

Hoitotyön prosessimallilla ohjataan terveydenhuollon ammattilaisen ajattelua, luomalla hoitotyölle johdonmukaisesti etenevän rakenteen. Hoitotyön prosessilla tarkoitetaan päätöksentekoa hoitotyössä koskien yksilöä, perhettä tai yhteisöä. Käytännössä hoitotyön päätöksenteko on yhteisten sopimusten laatimista hoidettavan tahon kanssa. Hoitotyön prosessin avulla pyritään parhaaseen mahdolliseen kokonaisvaltaiseen potilaan hyvään, psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Hoitotyön prosessimalliin kuuluvat potilaan hoitotyön tarpeiden määrittely, tavoitteiden laatiminen, hoitotyön keinot, hoitotyön toteutus sekä arviointi. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2010, 51–52.)

Laineen (2008, 36) tutkimuksessa prosessimallin käyttäminen selkeytti kirjaamista. Parhaiten hoitajat kirjasivat hoidon toteutuksen. Loppuarvioinnin hoitajat kokivat tehneensä pääsääntöisesti hyvin. Tarpeita oli kirjattu paljon potilaalle, mutta niiden täyttäminen oli ollut puutteellista. Arvioinnin kirjaamisen vähydestä johtuen hoitotyön prosessia ei käytetty systemaattisesti. Kirjaaminen oli puutteellista kiireen vuoksi. Hoitajien mielestä ongelmien kuvaus oli riittämätöntä. Sen vuoksi potilaan hoitoa ja sen vaikutusta tulisi ajatella laajemmin.

2.3.1 Hoitotyön tarpeet

Hoitotyön tarpeiden määrittämiseksi kerätään potilaasta riittävästi tietoja. Tietoa potilaasta saadaan haastattelemalla häntä sekä tarvittaessa hänen läheisiään, havainnoimalla sekä erilaisilla mittauksilla ja niiden antamilla tuloksilla. Potilaasta kerätyn tiedon tulee olla tarkoituksenmukaista koskien juuri hänen hoitoaan. Potilaan kohtaaminen aloittaa yhteistyösuhteen, jossa haastatellen arvioidaan hänen terveydentilaansa. Kohtaamisessa on tärkeää herättää hoidettavassa tahossa luottamus ja turvallisuus. Potilaalle tulee hoitajana välittää aitoa kiinnostusta hänen hyvinvoinnistaan sekä kunnioittaa hänen yksilöllisyyttään. Tärkeää on tiedon saaminen potilaasta sekä tiedonanto potilaalle. (Hietanen ym. 2005, 47–58.)

Potilaan toimintakyvyn arviointi kuuluu osaksi tarpeiden määrittelyä (Hallila 1999b, 69). Usein potilaalla on piileviä voimavaroja, joita ei saada käyttöön sairauden vuoksi ilman hoitajan tukea ja apua. Joskus kyseessä voi olla voimavarojen häviäminen vakavan sairauden johdosta. (Anttila ym. 2010, 54–55.) Voimavarojen löytämisellä ja tukemisella motivoidaan potilasta hoitoon sitoutumiseen sekä hänen turvallisuudentunteensa lisäämiseen auttaen potilasta selviytymään uudessa elämäntilanteessa (Hietanen ym. 2005, 57–58.)

Hoitotyön tarvetta ei ole, jos potilaalla on riittäviä voimavaroja tarpeidensa tyydyttämiseen. Kun potilaan voimavarat eivät riitä tarpeiden tyydyttämiseen, kyseessä on hoitotyön tarve. Kun sairaanhoidon ammattilainen on päättellyt oman ammattitaitonsa ja kokemuksensa nojalla potilaalla hoitotyön tarpeen, tarkoittaa tämä myös sitä, että potilaalla on ongelma tai riski kehittää sellainen. (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 211–212.)

2.3.2 Hoitotyön tavoitteet

Hoitotyön tavoitteiden asettamisen pohjana toimii hoitotyön päätöksenteko. Hoitotyön tavoitteiden kirjaamisen tarkoituksena on selkiinnyttää potilaan saamaa hoitoa sekä toimia kantavana runkona hoitotyön suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tavoitteet siis osaltaan helpottavat hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia toimimalla hoidon suunnan näyttäjänä. Hoitotyön tavoitteiden tulee olla yhtenäisiä potilaan kokonaishoidon tavoitteiden kanssa. Hoitotyön tavoitteet tulee laatia potilaan hoitoryhmän kanssa yhdessä sekä mahdollisuuksien mukaan potilaan ja hänen

läheisiensä kanssa. Näin toimimalla lisätään yhteisymmärrystä ja pystytään vaikuttamaan potilaan motivoitumiseen sekä hoitoon sitoutumiseen. (Hietanen ym. 2005, 58.)

Tavoitteiden suunnittelussa tulee huomioida myös potilaan omat toiveet sekä tahto hoidon toteutumisesta. Itsemääräämisoikeus huomioidaan tavoitteiden asettelussa, sillä potilaalla on oikeus hyväksyä tai hylätä ehdotetut tavoitteet, jos se on hänen toimintakykynsä puolesta mahdollista. Tämän vuoksi potilaan tulee olla tietoinen kaikista hänen hoitoaan koskevista tavoitteista. Potilaalla on näin vastuu omista päätöksistään, jotka näkyvät hänen tekemissään valinnoissaan. Potilaan tekemät valinnat saattavat aiheuttaa eettisiä ristiriitatilanteita esimerkiksi tilanteissa, joissa kyseessä on ikääntyvä muistisairaudesta kärsivä henkilö. (Anttila ym. 2010, 55.)

Tavoitteet ohjaavat päivittäistä hoitotyötä potilaan kanssa ja ne ilmaisevat potilaslähtöisesti hoidon päämäärän eli mihin potilaan hoidossa pyritään. Hoitotyön tavoitteet ilmaisevat konkreettisesti potilaan tilanteen, käytöksen tai niiden halutun muutoksen. Tavoitteet ilmaisevat senkin miten potilaan tilaa tai tilannetta halutaan parantaa. Tavoitteiden tulee olla selkeitä, jotta kaikki potilaan hoitoryhmään kuuluvat tahot pystyvät työssään toimimaan niiden saavuttamiseksi. (Hietanen ym. 2005, 58.)

Tarpeen mukaan tavoitteet voidaan jaotella päätavoitteiksi sekä osatavoitteiksi. Ne voivat olla joko pitkä- tai lyhytaikaistavoitteita. Hoitotyön tavoitteiden tulee olla realistisia, toteutettavissa olevia, konkreettisia, kattavia, jatkuvuutta kuvaavia, mittauskelpoisia, yksilöllisiä sekä potilaslähtöisiä. (Hietanen ym. 2005, 58.) Potilaalla hoitotyön tavoitteet voivat olla tilapäisiä tai pysyviä. Tilapäiset hoitotyön tavoitteet syntyvät tilanteissa, joissa potilaan terveys on akuutisti vaarantunut tai heikentynyt. Tällöin hoitotyön tavoite pohjautuu ajatukseen potilaan terveydentilan ja toimintakyvyn palautumisesta sekä perustarpeiden tyydyttymisestä jokapäiväisessä elämässä. Pysyvät tavoitteet hoitotyössä koskettavat esimerkiksi potilaita, jotka ovat pitkäaikaissairaita, iäkkäitä tai vammaisia. Heidän hoitotyössään tavoitellaan sellaista terveydentilaa, jossa hyvinvointi sekä hyvä elämänlaatu ovat keskeisiä. (Jahren Kristoffersen ym. 2006, 215.)

2.3.3 Hoitotyön keinot

Hoitotyön keinoilla tarkoitetaan hoitotyön auttamismenetelmiä. Prosessin tässä vaiheessa on kyse auttamismenetelmien valinnasta potilaan hoidossa. Auttamismenetelmät valitaan asetettujen tavoitteiden mukaisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Valituilla keinoilla päästään haluttuun lopputulokseen eli tavoitteeseen. Auttamismenetelmiä valittaessa otetaan huomioon hoitotyön periaatteet, toimintayksikön henkilöstövahvuudet, hoitovälineiden saatavuus sekä potilaan vaatimat tarpeet, esimerkiksi mahdollinen itsetuhoisuus. Auttamiskeinoina voivat olla potilaan tukeminen, ohjaaminen, rohkaisu, kuunteleminen, seuranta, avustaminen sekä erilaiset hoitotoimenpiteet. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653.)

Hoitotyön auttamismenetelmien tarkoituksena on vaikuttaa ihmisen terveyteen hänen oloaan edistäen. Auttamismenetelmät kohdistetaan potilaan

terveysongelmiin, niiden syihin ja niistä aiheutuviin seurauksiin. Hoitotyön auttamismenetelmien tulee perustua näyttöön tai tutkimukseen, ja niiden tulee olla potilaan tai hänen omaisensa hyväksymiä, vaikuttavia, kustannusvaikuttavia, toteuttamiskelpoisia sekä arvioitavia. (Graeffe & Hallila 2005b, 87–89.)

Sairaanhoitajan kokemus ja ammattitaito korostuu toimintojen ja keinojen valinnassa. Hänen tulee tietää keinot, joilla potilaan hoitoon liitetyt tavoitteet tulee täytettyä ja ongelmat helpottua tai parantua. Tässä kohdin sairaanhoitajat kokevat usein epävarmuutta ja sitä voidaan helpottaa koulutuksella. (Mäkilä 2007, 37.)

2.3.4 Hoitotyön toteutus

Hoitotyön toteutusvaiheessa tehdään konkreettisia toimenpiteitä. Toimenpiteet ovat arvioinnin tulosta siitä, mitä hoitotyön ammattilainen pystyy tavoitteiden saavuttamiseksi tekemään ja mitä on pakko tehdä. (Jahren Kristoffersen ym. 2006, 218.)

Hoitotyön toteuttaminen pohjautuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan, johon kirjataan mitä hoitotyön keinoja on käytetty ja mitä keinoja on toteutettu asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitotyön toteutus tulee kirjata mahdollisimman selkeästi ja kuvaavasti. Hoitotyön kirjaus tulee tapahtua sopivan pää- tai alaluokan alle eli otsikon, jonka alle voi kirjoittaa vapaata tekstiä. Kirjauksesta tulee selvitä seuraavat perusasiat: mitä hoitotyön toimintoa on käytetty, mitä potilaan tilassa on mahdollisesti muuttunut sekä potilaan näkökulma annetusta hoidosta. Tällä tarkoitetaan sitä, miten potilas on osallistunut hoitoon ja miten hän on sen kokenut. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2010, 16–17.)

Hoitotyön toteutukseen kirjataan paljon lääkärin määräyksiä, potilaan nukkumista, henkilökohtaisen hygienian toteutumista, virtsakatetrien tai suolen toimintaa. Jokaisen potilaan kohdalla nämä eivät kuitenkaan ole oleellisia tietoja hoidon toteutumisessa eikä täytä kriteereitä potilaan tarpeista nousevaan kirjaamistapaan. Hoitotyön toteutusta helpotetaan hyvin tehdyllä hoitosuunnitelmalla. (Mäkilä 2007, 37–38.)

2.3.5 Hoitotyön arviointi

Hoitotyön arvioinnissa kirjataan ylös kaikki oleellinen liittyen potilaan tilaan, kokemuksiin sekä hoitotyön kokonaisuuteen. Tämän kautta hoitajan tulee tarpeen vaatiessa muokata hoitosuunnitelmaa potilaan tilanteen mukaiseksi. (Anttila ym. 2010, 57.)

Hoitotyön arviointia suoritetaan jatkuvasti hoitotyön jokaisessa vaiheessa. Arvioinnilla saadaan selvitettyä onko hoitotyö sujunut tavoitteiden mukaisesti, tuloksellisesti sekä tehokkaasti. Arviointi tapahtuu tilannekohtaisesti ja tarpeen mukaisesti. Se voi tapahtua tunneittain, päivittäin tai viikoittain. Päivittäin potilaasta arvioidaan, ovatko hoitotyön auttamismenetelmät olleet riittäviä, onko tavoitteeseen päästy ja onko tarpeen täsmentää hoito-

työn suunnitelmaa. Arviointia tulee tehdä myös siitä, onko potilaan vointi kohentunut tai huonontunut sekä millaiseksi potilas tuntee olonsa. (Hieta-
nen ym. 2005, 59.)

2.4 Sähköinen, rakenteinen kirjaamistapa

Hoitotyön uranuurtaja Florence Nightingale (1820–1910) pyrki osoittamaan hoidon vaikuttavuutta kirjaamalla paperille Krimin sodassa tietoja kuolleisuus- ja sairastuvuusluvuista eri sairaaloiden välillä (Pekkala 2007, 48–49). Omalla panoksellaan hän kehitti ensimmäiset hoitotyön manuaaliset kirjaamistavat. Suomessa Varkauden terveyskeskuksen hoitohenkilökunta otti ensimmäisenä käyttöön sähköisen potilaskertomuksen vuonna 1982. Sen jälkeen sähköinen potilaskertomus on vähitellen otettu käyttöön ympäri maata. Vuonna 2005 perusterveydenhuollossa oli jo lähes 96 %:lla käytössä sähköinen potilaskertomus (Ensio & Häyrynen 2007, 98) ja kaikissa loppuissa se on jo jollakin asteella koekäytössä tai suunnitelmissa (Salo 2007,14).

Siirryttäessä manuaalisesta kirjaamisesta elektroniseen kirjaamiseen muutetaan tapaa sekä tuottaa että hyödyntää tietoa. Kirjaamisen sisältö ei kuitenkaan ole sidoksissa välineeseen, jolla potilaan hoitoa kirjataan. (Ensio 2007, 59.) Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen vaatii tietoteknisiä taitoja, asenteen muutosta sekä tietokoneita. Tietoteknisten taitojen valmius ei niinkään ole este sähköiseen kirjaamiseen siirtymisessä. Suurempana ongelmana nähdään asenteet sähköistä kirjaamista kohtaan sekä tietokoneiden puuttuminen. (Kuusisto & Saloniemi 2010, 12.)

Rakenteisessa kirjaamismallissa viitataan hoitotyön prosessimalliin ja FinnCC- luokitusten muodostamaan kokonaisuuteen. Rakenteisessa kirjaamisessa käytetään hyväksi otsikkotason tietoa, tiedon muotoa sekä luokituksia ja koodistoja. Rakenteistettu tieto tekee hoitotyön prosessimallin näkyväksi, jonka kautta tietoa voidaan hyödyntää eri tarkoituksiin kuten tiedon siirtoon ja hakemiseen. (Rusi & Tanttu 2007, 113–114.)

Rakenteellisessa kirjaamistavassa potilaasta kirjataan ydintiedot eli hoidon tarve, -toiminnot, -tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo sekä FinnCC-luokituskokonaisuuksia (Tanttu 2009, 6) sähköisessä muodossa kansallisesti määritellyn mallin mukaan. Hoitokertomusteksti rakennetaan eriarvoisille luokkatasoille. Ylimmän tason muodostavat prosessivaiheen otsikot (tulotilanne, hoidon suunnittelu, -toteutus ja arviointi).

Rakenteisen, sähköisen kirjaamistavan ajatuksena pidetään moneen kertaan kirjatun tiedon poistumista sekä tiedonsiirron ohjautumista tarvittaviin järjestelmiin. Yhteisenä tavoitteena voidaan nähdä uudenmallisen kirjaamistavan kehittäminen, johon päästään sopimalla yhteisesti tavoitteen saavuttamisen keinoista. (Junttila, Kiviniemi, Leinonen & Ruonamo. 2007, 83.) Kansallisen kirjaamismallin käyttöönoton myötä, tiedonkulku organisaatioiden sisällä ja ulkopuolella on parantunut. Epäselvät käsiala-ongelmat sekä kadonneet potilaskansiot ovat taaksejäänyttä elämää. (Sajama 2010, 34–35.)

2.4.1 Rakenteinen luokittelumalli

FinnCC-luokitukset sisältävät Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL), Suomalaisen hoidon toimintoluokituksen (SHToL) sekä Suomalaisen hoidon tuloksen tilaluokituksen (SHTuL) (Tanttu 2009, 6). Suomessa kehitetyn kansallisen kirjaamismallin avulla hoitotiedot kirjataan WHO:n kirjaamissuosituksen mukaan käyttämällä hoitotyön tarve- (SHTaL 2.0.1), toiminto- (SHToL 2.0.1) ja tulosluokituksia (SHTul) (Ennio, Kaakinen & Liljamo 2008, 3–4).

Hoitotyön ydintiedot rakennetaan SHTaL:n ja SHToL:n avulla (liite 1), jotka muodostavat pääotsikot eli komponentit sekä pää- ja alaluokat, joilla on omat koodinsa. Komponentilla kuvataan kirjattua asiakokonaisuutta kuten aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nesteytys, terveyskäyttäytyminen ja niin edelleen. Komponentteja on käytössä tällä hetkellä 19. Myös komponentit jakautuvat pääluokkiin ja niiden alla oleviin alaluokkiin tarkentaen kirjattavaa asiaa. (Rusi & Tanttu 2007, 114–115.) Hoidon tavoitteita kirjataan hoidon tarveluokituksilla ja toimintoluokituksilla käytetään hoitotoimintojen suunnittelu- ja toteutusvaiheessa (Tanttu 2009, 6).

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyyseraportin mukaan, luokitusten käyttö tuki prosessimallia ja kirjaamisen selkeyttä hoidon tullessa suunnitelmallisemmaksi. Potilaslähtöisyys, hoidon laatu, kirjaamisen tarkentuminen ja hyväksikäyttö oli esimerkiksi hiljaiseen raportointiin siirtymisen kautta mahdollistunut. Hoitotyön näkyvyys, oikeusturvan toteutuminen, komponenttien kautta tapahtuvan tiedonhaun mahdollisuus, tiedon siirto ja saataavuus sekä tilastointi nähtiin positiivisena puolena rakenteisessa kirjaamis- muodossa. (Kuusisto, Nykänen & Viitanen 2010, 25.)

Suomalainen hoitotyön tarve- ja toimintoluokitus ovat laajalti käytössä sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa. Termistöjä on kehitelty myös rajatuimpiin terveydenhuollon alueisiin kuten tehohoitotyöhön (THM) sekä perioperatiiviseen hoitotyöhön (perioperatiivisen hoitotyön tietokanta PNDIS). Termistöjä käytetään rakenteisessa kirjaamisessa varsin kattavasti tekstin perustuen prosessimalliseen kirjaamistapaan. (Sonninen 2007a, 88.)

Laine (2008) tutki rakenteista kirjaamista hoitohenkilökunnan kokemana ja toi tutkimuksessaan esille luokitusten käyttöön liittyviä ongelmia. Lokeroitunut tieto ei tuonut riittävästi tietoa potilaan voinnista ja hoitajista tuntui hankalalta jaotella potilasta koskevia asioita moneen eri kohtaan. Päivittäistä tekstiä kertyi paljon johtuen samana toistuvista perushoidollisista toimenpiteistä. Kiireen vuoksi komponentteja ei ehditty päivittämään ja siksi komponentit eivät olleet ajan tasalla potilaan hoidossa. Komponentteista löydettiin paljon päällekkäisyyksiä ja tutkittavista tuntui, että niitä oli määrällisesti liikaa käytettävissä. Se hidasti muun muassa potilaan tiedon etsimistä. (Laine 2008, 28–29.)

FinnCC-luokitusten keskeneräisyys tuli esiin myös VSSH:n projektissa. Komponentit ja luokat olivat epäselviä, liiaksi yksityiskohtaisuuksiin meneviä ja epäjohdonmukaisia. Vaikeuksia näytti olevan myös hahmottaa

kokonaiskuvaa hoidosta. Kirjaamisessa ilmeni päällekkäisyyksiä ja muita potilastietojärjestelmään liittyviä heikkouksia. Prosessiajattelun hallintaa ei koettu vahvaksi. Uusi kirjaamisalusta tulee vaatimaan pitkän koulutuksen ja uusien työntekijöiden perehdytyksen. (Tanttu 2009, 12.)

2.4.2 Vapaa kuvaileva kirjaus

Rakenteisessa, sähköisessä kirjaamistavassa komponenttien alapuolelle lisätään vapaata tekstiä, jossa kuvataan potilaan hoitoa tarkemmin. Vapaasti kirjoitettu teksti antaa kirjaajalle mahdollisuuden täsmentää potilaan hoitotietoja. Suomessa käytetään vapaan tekstin kirjoittamista rakenteiseen potilaskertomukseen huomattavasti enemmän kuin muualla maailmassa, missä sen käyttö rajoittuu usein pelkästään läheteisiin ja hoitopalautteisiin. (Aaltonen ym. 2009).

Kuusiston ym. (2010, 24) tutkimuksen mukaan vapaasti kirjoitettu teksti tasasi kirjaamismallin käytön eroja. Sillä mahdollistui kuvaileva ja yksilöllinen tieto. Se koettiin totutuksi tavaksi toteuttaa ja lukea. Luokitusten käyttö oli helpottunut kirjaamalla vapaata tekstiä, tarvitsematta edetä yksityiskohtaisemmalle tasolle. Toisaalta taas tietyt komponenttien pää- tai alaluokat eivät tarvinneet vapaata tekstiä lainkaan vaan toimivat jo valmiiksi itsenäisen tiedon väylänä. Laineen (2008, 28) tutkimuksessa myös hoitajat pitivät hyvänä vapaata kirjoittamista sekä luokittelun käyttöä.

2.4.3 Hoitotyön yhteenveto

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), määrittää tehtäväksi jokaisesta potilaan laitoshoidon tai osasto jaksosta laadittavan loppulausunnan hoidon päätyttyä ja hoitovastuun siirryttyä yksityiselle sektorille tai toiselle terveydenhuollon yksikölle. Loppulausunnosta tulee ilmetä selkeästi ja yksityiskohtaisesti ohjeet potilaan terveyden seurannasta sekä jatkohoidosta. Pitkäaikaispotilaan hoidosta tulee tehdä seurannayhteenveto vähintään kolmen kuukauden välein huolimatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut muutosta.

Hoitotyön yhteenvedossa kuvataan jatkuvaa hoitajaksesta kertyvää tietoa, jota täydennetään potilaan hoidon päättyessä. Hoitotyön yhteenvedosta tulee löytyä hoidon tarpeet, tavoitteet, diagnoosit, hoidon aikana tehdyt toiminnot, toteutuneet ja toteutumattomat tulokset. Hoitotyön yhteenveto kerätään vielä toistaiseksi vapaasti kertovasta tiedosta eikä sen rakenteesta ole olemassa yhtenäistä näkemystä. (Ikonen & Sonninen 2007, 78.)

Kirjaamisen kannalta hoitotyön tilanteet koetaan monimuotoisina ja potilaiden ongelmat vaihtelevina, jonka vuoksi hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen voi tuntua hankalalta. Tiedon ollessa hajautettuna eri lähteissä vaikeutetaan samalla hoitotyön päätöksentekoa. (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 26.)

Hoitotyön yhteenvedolla on kuitenkin tärkeä rooli tiedonvälityksen ja arkistoinnin kannalta. Nykyisen hoitotyön yhteenvedon tekemisessä ja hyö-

dyntämisessä tiedetään olevan vaihtelua ja sen kehittämiseen tulee ehdottomasti panostaa. Rakenteisen kirjaamisen kehittämisen minimivaatimuksena tulee olemaan yhteenvedon tuottaminen kirjaamisten kautta automaattisesti niin, että sitä on myös helppo muokata. (Kuusisto ym. 2010, 62.)

2.4.4 Sähköisen, rakenteisen kirjaamisen valmiudet terveydenhuollossa

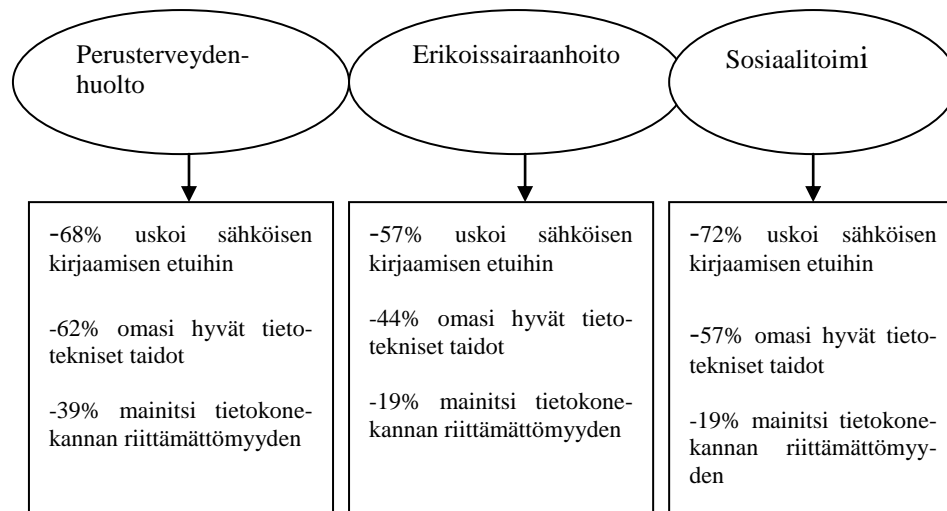
Kuusisto & Saloniemi (2010, 14–16) tutkivat eräässä sairaanhoitopiirissä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön valmiuksia siirtyä sähköiseen potilastietojärjestelmään (kuvio 2). Tutkimuksessa selvitettiin hoitohenkilökunnan tietoteknisiä perustaitoja, ohjelmistotaitoja ja hoitohenkilökunnan asenteita sähköistä kirjaamista kohtaan. Sähköistä kirjaamisalustaa vastaajista käytti 49 %. Manuaalisesti tutkimukseen osallistuvista kirjaa 35 % ja 11 % käytti sanelua. Sanelua käyttivät pääasiassa lääkärit. Perusterveydenhuollossa käytettiin enemmän sähköistä kirjaamistapaa kuin erikoissairaanhoidossa tai sosiaalitoimessa. Näin ollen myös perusterveydenhuolto arvioi omat tietotekniset taitonsa paremmiksi kuin erikoissairaanhoito tai sosiaalitoimi. Tutkimukseen osallistuvista henkilöistä hieman yli puolet arvioi tietotekniset perustaitonsa hyväksi (58 %). Ohjelmistotaitonsa vastaajista arvioi kohtalaiseksi 53 %. Ainoastaan 14 % kaikista vastaajista arvioi osaavansa käyttää ohjelmistoja hyvin.

Asennetta sekä uskoa sähköisen kirjaamisen etuihin kysyttäessä, myönteinen asenne sähköistä kirjaamista kohtaan oman työn kannalta katsottuna, oli 30 %, kielteinen 32 % sekä neutraali 38 %. Sosiaalitoimi uskoi selkeästi enemmän sähköisen kirjaamisen etuihin (72 %) kuin erikoissairaanhoito (57 %). Perusterveydenhuollossa sähköisen kirjaamisen etuihin uskoi 68 %. Lääkärit olivat selkeästi muuta hoitohenkilökuntaa epäilevämpiä sähköisen kirjaamisen eduista. (Kuusisto & Saloniemi 2010, 14–16.)

Tutkittaessa tietokonekannan riittävyttä päivittäisen kirjaamisen toteutumisessa, 32 % tutkimuksessa mukana ollutta sähköistä kirjaamisalustaa käyttävä arvioi työpaikalla olevien tietokoneiden määrän riittämättömäksi. Kritiikkiä tuli etenkin perusterveydenhuollon puolelta. Noin viidennes koki samaa ongelmaa erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen puolelta (19 %). Ammattiryhmiä tarkastellessa tyytymättömämpiä koneiden vähäisyyteen olivat kodinhoitajat (43 %) ja sairaanhoitajat (37 %). Sen sijaan lääkärit (13 %) ja sosiaalityöntekijät (7 %) olivat tyytyväisempiä tietokoneiden määrään. Tutkimukseen osallistuvista yli puolet (65 %) oli usein tai melko usein kohdannut puutetta välineistöissä joko niiden vähäisyyden taikka epäajanmukaisuuden vuoksi. Tietokoneen puuttuminen aiheutti osastolla jonottamista, kirjaamisen viivästymistä sekä ylitöitä. (Kuusisto & Saloniemi 2010, 14–16.)

Tietokonekannan riittämättömyys oli melko vakava ongelma ottaen huomioon sen miten se aiheuttaa ongelmia työpaikalla. Kuusisto & Saloniemi (2010, 17) nimesivät ongelmakohdiksi muun muassa kirjaamisen viivästymisen ja laiminlyönnin, potilaan hoidon ja sen kirjaamisen vaikeutumisen, tekniikan ja siihen liittyvät ongelmat, töiden päällekkäisyyden, työskentelytilan- ja ergonomian sekä tiedonvälitysongelmat, töiden kasaantu-

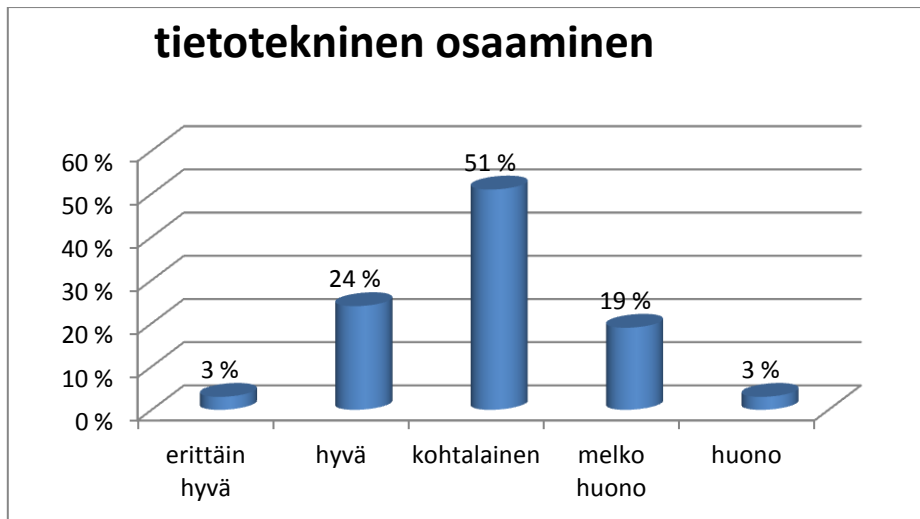
minen kotiin ja jopa niiden laiminlyönti. Useasti koneita oli vielä tiettyjen henkilöiden yksityisessä käytössä osastolla, kuten esimiehen tietokone.



Kuvio 2 Kuusisto & Saloniemi 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön valmiudet siirtyä sähköiseen potilastietojärjestelmään

Eriksson, Kärkkäinen, Rouva & Saranto (2003, 7–8) tutkivat erään sairaalan hoitohenkilökunnan tietokoneen käyttöä kotona, henkilökunnan tietoteknistä osaamista (kuvio 3) ja tietoteknisen koulutuksen tarvetta. Kyseisessä tutkimuksessa 72 %:lla oli kotonaan tietokone käytössä. Vajaa kuudesosa heistä käytti sitä päivittäin (13 %). Tuolloin henkilökunnasta lähes neljännes arvioi tietotekniset taitonsa hyväksi. Kohtalaisena osaamistaan piti hieman yli puolet.

Samaisessa tutkimuksessa ilmeni, että tietotekniseen koulutukseen työpaikalla osallistui reilusti yli puolet (68 %) hoitohenkilökunnasta. Lähes kuudesosa (15 %) ei saanut koulutusta lainkaan ja loput kertoivat oppineensa itse. Myös erilaisia tietoteknisiä kursseja oli suoritettu esimerkiksi tekstin käsittelystä ja tietotekniikan perusteista. Tutkimuksessa olevista henkilöistä suurin osa (89 %) ilmaisi halukkuutensa työnaikana annettavaan koulutustilaisuuteen. Osittain työaikana annettuun koulutustilaisuuteen olisi ottanut osaa 42 %. Itsenäiseen opiskeluun ilmeni halukkuutta yli kolmanneksella (45 %). Neljäsosalla (26 %) vastaajista oli halukkuutta myös verkkokurssimuotoiseen koulutustilaisuuteen. Omalla ajallaan suoritettavaan koulutustilaisuuteen halukkuutta löytyi 10 %:lla. (Eriksson, Kärkkäinen, Rouvala & Saranto 2003, 7–8.)



Kuvio 3 Eriksson, Kärkkäinen, Rouvala & Saranto. 2003. Hoitohenkilökunnan tietotekninen osaaminen.

Näitä edellä mainittuja tutkimuksia vertaillaessa voitiin todeta hoitohenkilökunnan tietoteknisten taitojen lisääntyneen. Suurimmalla osalla tutkimuksiin osallistuvilla oli oma kone käytössä, mikä omalta osaltaan helpotti tietokoneen käyttöä myös työssä. Tarvetta ja halukkuutta oli edelleen koulutukseen olemassa. (Eriksson ym. 2003, 7).

3 KEHITTÄMISPROJEKTI

Kehittämisprojektin käynnistämisen edellytyksiä on, että yritys sitoutuu irtottamaan henkilöstöstään työntekijöitä, valvomaan kehittämisprojektin etenemistä sekä toteuttamaan koko työyhteisön ohjeistusta. Kehittämisprojektin johtoryhmäksi nimetyt henkilöt puolestaan sitoutuvat huolehtimaan kehittämisprojektissa olevien henkilöiden työskentelystä sekä riittävästä resursseista. (Pohjanvuori 2007, 173.) Opettajilta, oppilailta ja työelämäneustajilta vaaditaan kehittämispohjaisessa oppimisessa tutkivaa ja kehittävää yhteistyötä. Parhaiten yhteistyössä onnistutaan aidosta elämästä otettujen mallien avulla. (Raij, sähköpostiviesti 23.5.2011.)

3.1 Kehittämisprojektin tavoitteet, tarkoitus ja tehtävä

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli tässä opinnäytetyössä esiintyvän pilottiosaston kirjaamisen kehittäminen. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli luoda pilottiosaston henkilökunnalle valmiudet käyttää tuloillaan olevaa rakenteista kirjaamistapaa. Kehittämisprojektin koulutustilaisuuksissa kirjaamista harjoiteltiin Effican Whoike-lehden kautta, jossa kirjaaminen tapahtui rakenteisesti. Koulutustilaisuuksista koottiin pilottiosastolle materiaalikansio rakenteisen kirjaamistavan tueksi. Tähän kehittämisprojektiin haettiin vastauksia seuraavien kysymysten kautta:

1. Mikä oli pilottiosaston nykytilanne rakenteisen kirjaamisen suhteen?

2. Mitkä olivat pilottiosaston kirjaamisen kehitystarpeet?
3. Miten rakenteisesta kirjaamisesta annettu ohjaus oli vaikuttanut pilottiosaston kirjaamisen laatuun?

Terveydenhuollon kehittämishankkeissa tavoitteena on usein organisaation sekä henkilökunnan oppimisen ja osaamisen kehittäminen. Koulutustilaisuuksien tarpeet ilmenevät usein yrityksen toiminnassa tapahtuvista muutoksista. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 41–42.)

Uusien toimintatapojen kehittämisellä pystytään luomaan uutta tietoa sekä kehittämään henkilökohtaisia ongelmaratkaisutaitoja. Tunnistamalla ja rajaamalla kehittämisprojektin pystytään konkreettisesti suunnittelemaan ja kuvaamaan siihen liittyvät prosessit. Prosessien kautta kehittämisprojektin toteuttaja pystyy luomaan omalle työlleen henkilökohtaisen oppimissuunnitelman. Oppimissuunnitelman kautta haetaan oman osaamisen rajoja sekä asetetaan tavoitteet kehittämisprojektille. Arvioinnilla seurataan kehittämisprojektin edistymistä ja vaikuttamista. Arviointiin tulee ottaa mukaan oma oppiminen, yhdessä oppiminen, kehittämisprojektin eteneminen sekä sen vaikuttavuus. Kehittämisprojektin prosessin päättää tulosten jakaminen tutkimusraportin muodossa. Kehittämisprojektissa yhdessä oppiminen, yhdessä tekeminen sekä osaamisen jakaminen tarkoittaa käytännössä asioista sopimista sekä roolien jakamista. Opettaja voidaan nähdä tutkijana ja oman osaamisensa ja tietojensa siirtäjänä, hankkeen eteenpäin viejänä. Opiskelijan roolin katsotaan kasvavan itseohjautuvana kehittäjänä. Työelämänedustajat katsotaan taasen olevan osallistuvia kehittäjiä ja tutkijoita. (Raij, sähköpostiviesti 23.5.2011.)

3.2 Kirjaamisen kehittämisen estävät ja edistävät tekijät kehittämisprojektissa tutkimusten valossa

Kajaanin ammattikorkeakouluopiskelijoiden kehittämistehtävän mukaan, sairaanhoitajien ja kansanterveyshoitajien vahvuuksina rakenteisessa kirjaamistavassa nähtiin henkilökunnan omat taidot sekä motivaatio uuden oppimiseen. Henkilökohtaisiin taitoihin vaikutti tietotekniikan osaaminen, ammattitaito, työkokemus alalta sekä oppimiskyky. Työyhteisön tuella ja oman toiminnan kehittämisen halulla oli ollut myös merkitystä. (Kettukangas, Kuronen & Ylisirniö 2009, 16.)

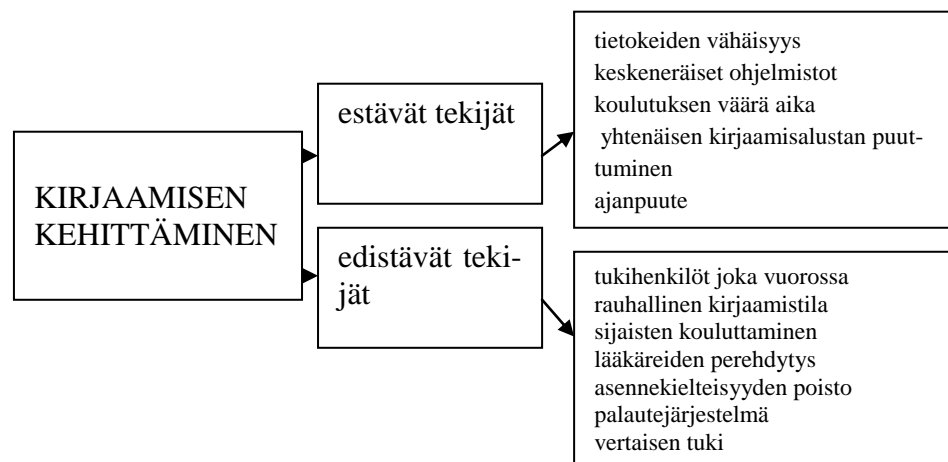
Laine (2008) ja Ikonen & Saranto (2007) tutkivat kirjaamisen kehittämisen näkökulmasta sen edistäviä ja estäviä tekijöitä (kuvio 4). Ikonen ja Saranto päätyivät tutkimuksissaan siihen, että tietokoneen joustavaan ja häiriöttömään käyttöön päästiin hyvällä työtehtäväsuunnitelmalla. Työympäristön ergonomian huomioiminen sekä potilashuoneissa että toimistossa nähtiin tärkeänä. Työterveydenkannalta laitteiden sijoittelu ja niiden fyysinen ulottuvuus, ääni- ja valaistustekijät olivat merkittäviä. Työympäristön suunnitteluun tuli käyttää ergonomian ja työterveyden asiantuntijoita. (Ikonen & Saranto 2007, 188.)

Laineen (2008, 44) mukaan tukihenkilöitä tuli olla riittävästi ja pidemmän aikaa kaikissa työvuoroissa myös yövuoroissa. Kirjaamisen ympäristö tuli

rauhottaa potilaan tietoja dokumentoitaessa. Sijaisten kouluttaminen oli tärkeää, sillä heidän osaamattomuutensa kirjata rasitti hoitajia ja heikensi hoitajien omaa jaksamista. Lääkäreiden perehdyttäminen ja kielteisten asenteiden poistaminen rakenteisesti kirjatusta tiedosta vähensi hoitajien työtaakkaa. Moniammatilliseen yhteistyöhön tuli jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Myös oman kirjaamistavan miettiminen oli aiheellista ja tärkeää. Huomiota herättävää oli, että monet hoitajat kokivat omassa kirjaamistavassaan puutteita ja kehittämisen varaa. Palautetta tuli pyytää ja saada. Vertaisen tuki ja yhteistyö paransivat kirjaamista.

Laineen tutkimuksessa (2008, 55) tuli ilmi, että tietokonekannan puutteellisuus oli häiritsevää ja se koettiin kielteisenä kokemuksena. Ohjelmiston keskeneräisyys vaati vielä kehittämistä. Koulutustilaisuuksien ajoittaminen oikeaan ajankohtaan tuli huomioida, jottei kertaalleen opittu tieto päässyt unohtumaan liian pitkän käyttövälin vuoksi. Työvuorolistoja tehtäessä tuli ottaa huomioon hoitohenkilökunnan koulutustilaisuustarpeet. Hoidon jatkuvuus heikkeni jos muilla osastoilla ei osattu tai ei ollut edes käytössä samanlaista kirjaamisalustaa. Vertaistuen käyttö muiden osastojen kanssa mahdollistui silloin, kun kirjaamiskäytäntöä laajennettiin myös muita osastoja koskeviksi.

Yhteenvetona Laineen (2008) tutkimuksesta voitiin nähdä kirjaamisen kehittämisen estävinä tekijöinä yhteisen ajan vähyyden, työn tekemiseen liittyvät ongelmat, palautteen antamiseen ja saamiseen liittyvät ongelmat, tiedon puute sekä ympäristön aiheuttamat ongelmat.



Kuvio 4 Laine 2008: Saranto & Ikonen 2005. Kirjaamisen kehittämiseen vaikuttavat tekijät.

3.3 Muutosvastarinta ja sen esiintyminen kehittämisprojektissa

Muutosvastarinnalla tarkoitetaan yksilöiden, ryhmien muutoksen tai sen suunnittelun vastustusta tai kritisointia. Kehittämisprojekti voi saada organisaatiossa aikaiseksi muutosvastarintaa, joka on hyvä huomioida jo etukäteen. (Varma 2005.) Tätä opinnäytetyötä koskevalla pilottiosastolla muutosvastarinnan ilmentyminen oli vähäistä, johtuen organisaatiossa tahtaavista suuremmista muutoksista.

Muutosvastarinta saattaa ilmentyä välinpitämättömyytenä, tiedon vastaanoton torjumisena tai korostuneena itsesuojeluna. Ihmismielen taipumuksena on puolustaa vanhoja tottumuksia, jonka voidaan katsoa olevan luonnollinen osa muutosprosessia. Muutosvastarintaa on helpompi hallita hyvällä suunnittelulla ja perustelluilla päätöksillä sekä varmistamalla, ettei muutoksia tule liian usein. (Varma, 2005.)

Ylikosken tutkimuksessa muutosta katseltiin myös kehittymisen kannalta ja siitä voitiin löytää sellaisia vaiheita kuin kieltäminen, vastustus, tutkimus ja sitoutuminen. Muutosta ei aina ensin nähty mahdollisuutena vaan uhkana. Avoimuudella ja todellisten tietojen avulla voitiin uhka kääntää aktiivisuudeksi. Normaalina pidettiin myös kiukun ja kaipuun heräämistä muutoksen edessä. Uudelleen rakentamiseen sitoutuminen syntyi silloin, kun henkilökunta oli yhteisessä päämäärässä mukana. (Ylikoski 2005, 14.)

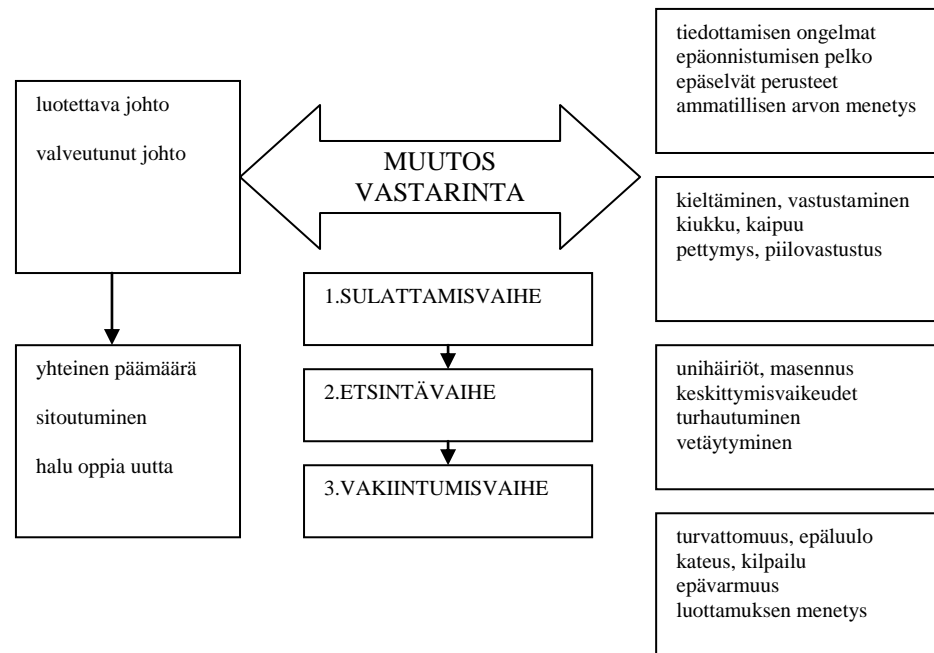
Muutos voitiin myös kieltää, siinä saattoi esiintyä piilovastustusta ja osa työntekijöistä jatkoi työtään kuin ei mitään olisi tapahtunut. Pahimmillaan henkilökunta saattoi viettää unettomia öitä, kokea masennusta, keskittymisvaikeutta ja turhautumista sekä halua vetäytyä omasta ryhmästä. Tulevaisuuteen tutkimus saattoi olla täynnä kaaosta, turhautumista ja sekavuutta. Sitoutuminen ja mukaan lähteminen sekä halu oppia uutta edistivät nopeasti muutosta eteenpäin. (Ylikoski 2005, 17.)

Muutos asetti haasteita myös organisaation henkilökunnan hyvinvoinnille. Henkilökunta saattoi katkeroitua ja sen itsetunto ehkä joutui koetukselle. Muutos saattoi eristää, sillä epäluulo mahdollisesti kasvoi yksinäisyydessä ja vei etäälle, aiheuttaen kateutta ja kilpailua. Joissakin muutos saattoi aiheuttaa turvattomuutta ja asioiden ennustamisen vaikeutta. Johtoon liittyvä luottamus mahdollisesti horjui ja henkilökunnan kokemat pettymykset alkoivat syömään ajatuksilta pohjaa. Valveutuneen ja lupauksiensa takana seisovan organisaation oli helpompi saada henkilökunta mukaan muutokseen. (Ylikoski 2005, 18–25.)

Antikainen (2006) tutki muutosvastarintaa useista näkökulmista (kuvio 5) ja näki, kuten monet muut tutkijat ennen häntä vastustamisen normaalina ilmiönä. Jokaiseen muutosprosessiin liittyi myös uuden oppimista ja vanhasta pois oppimista. Muutosvastarinnan taustalla nähtiin huonoa asioista tiedottamista, muutosperusteiden epäselvyyksiä, velvollisuuksien lisääntymisen vastustamista, pelkoa epäonnistumisesta ja tunteen oman ammatillisen osaamisen arvottomaksi käymistä. Hänen tutkimuksensa mukaan heikot signaalit täytyi tunnistaa, jotta muutoksia pystyisi ennakoimaan, eivätkä ne tulisi täytenä yllätyksenä henkilökunnalle. (Antikainen 2006, 4.)

Muutosten edessä organisaatiouudistukset näyttivät noudattavan tiettyä kaavaa. Sulattamisvaiheessa esiintyi vastustusta, puolustautumista, torjumista ja taistelua muutosta vastaan. Etsintävaiheessa uusia ideoita hyväksyttiin, ongelma muotoutui käsiteltävään muotoon ja niistä keskusteltiin eri puolilla organisaatiota. Vakiintumisvaiheessa kokeiltiin uusia ratkaisuja, arvioitiin, kritisoitiin ja muokattiin, kunnes päästiin molempia osapuolia tyydyttävään ratkaisumalliin. Muutosvastarintaa voitiin pitää joskus pe-

rusteltuna, sillä muutokset organisaation puolelta toteutettuna eivät aina olleet hyviä ja ajaneet tarkoitustaan. (Antikainen 2006, 53–61.)



Kuvio 5 Antikainen 2008: Ylikoski 2005. Muutosvastarinnan ilmentymä

3.4 SWOT-analyysin käyttö kehittämisprojektissa

Sana SWOT muodostuu englanninkielen sanoista Strength (vahvuus), Weakness (heikkous), Opportunity (mahdollisuus) ja Threat (uhka) (Nurmi 1992, 65). SWOT-analyysistä käytetään myös nimitystä nelikenttäanalyysi ja sen tarkoituksena on pyrkiä selvittämään yrityksen nykytilanne sekä muutostekijöiden yhteisvaikutukset. SWOT-analyysin käyttö ryhmittää päätöksentekoon tarvittavat ja vaikuttavat tekijät helposti havainnoitavaan ja käsiteltävään muotoon. SWOT-analyysi muodostuu neljästä erikentästä sisältäen käsitteet vahvuus, heikkous, mahdollisuus ja uhka. Yrityksen nykytilanne selviää vahvuuksien ja heikkouksien kautta, tulevaisuus mahdollisuuksien ja uhkien kautta. (Rope & Vahvaselkä 1994, 94.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin SWOT-analyysiä mukana olevan pilottiosaston senhetkisen kirjaamistavan selvittelyyn. SWOT-analyysin kautta pystyttiin kartoittamaan mitä asioita kehittämisprojektissa tuli käydä lävitse, jotta pilottiosasto hyötyi mahdollisimman paljon kehittämisprojektista. Kehittämisprojektin toteuttajien oli tärkeää tietää mihin asioihin tuli keskittyä, kun suunniteltiin kehittämisprojektin toteuttamisaikataulua.

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (FSTKY). Kirjaamisen kehittämisen kohteena oli pilottiosasto, jolla oli jo aiemminkin käsitelty rakenteista kirjaamista eNNi-hankkeen myötä. ENNi-hanke on valtakunnallinen tutkimus- ja kehittämishanke, jota toteutetaan vuosina 2008–2012. ENNi-hankkeen yksi tavoitteista oli muun muassa siihen osallistuvien henkilöiden kehittyminen rakenteisessa kirjaamistavassa. (Ahonen, Ikonen & Rajalahti 2009.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämisprojektina. Kehittämisprojekti erosi perinteisestä opinnäytetyöstä siten, että varsinaisen tutkimuksen tekeminen korvattiin toiminnallisella osuudella. Toiminnallinen osuus muodostui koulutustilaisuuksista, joissa käytiin lävitse teorian ja käytännön pohjalta rakenteista kirjaamista hoitotyön prosessin kautta, käyttämällä esimerkkeinä pilottiosastolle tyypillisiä potilastapauksia. Koulutustilaisuuksia järjestettiin neljä kertaa ja niiden sisältö muodostettiin pilottiosaston tarpeita vastaavaksi.

Kehittämisprojektin alkuun sysäys tapahtui kokouksessa, joka pidettiin FSTKY:n tiloissa elokuussa 2010. Samassa kokouksessa päätettiin koulutustilaisuuksien järjestämisestä sekä kehittämisprojektiin toteuttajille että pilottiosaston henkilökunnalle. Koulutustilaisuuksissa tultaisiin käsittelemään rakenteista kirjaamista. Koulutuskertoja pidettäisiin kaksi ja koulutustilaisuudet kestäisivät kaksi tuntia kerrallaan. Uusi kokous samaisesta aiheesta sovittiin pidettäväksi myöhemmin syksyllä.

Rakenteisien kirjaamisien koulutustilaisuudet tultaisiin järjestämään Hämeen ammattikorkeakoulun tiloissa lokakuun loppupuolella 2010. Koulutustilaisuuksien tavoitteina oli antaa muun muassa projektin toteuttajille oivallus sähköisen kirjaamisen rakenteisuudesta sekä eväät itsenäisen projektin eteenpäin viemiseen.

Ennen varsinaisten pilottiosaston koulutustilaisuuksien aloittamista tehtiin tutustumiskäynti kyseiselle pilottiosastolle lokakuussa 2010. Pilottiosasto eli murrosvaiheessa, koska sen käyttötarkoitus oli muuttumassa. Suurimmalla osalla henkilökunnasta oli pelko oman työpisteen siirtymisestä muualle, sillä oma vanha osasto koettiin mielekkääksi paikaksi tehdä työtä. Hoitajista löytyi myös niitä, jotka halusivat laajentaa omaa kokemusmaailmaansa hoitotyön piirissä. Näin ollen ei puuttunut myöskään vapaaehtoisia osastolta siirtyjiä. Vähäistä vastarintaa uuden kirjaamistavan koulutuksen kohdalla ilmeni lähinnä sanallisesti muun muassa lausahduksilla ”me ollaan oltu jo monta vuotta Effican sähköisessä kirjaamisessa. Eikö ole muiden vuoro jo välillä?”, ”mitä ihmettä me nyt vielä opetellaan, kun se ei ole vielä edes tulossa meille?” tai ”ei meillä oo aikaa. Eikä ainakaan osastopalavereista haluta olla pois, jos koulutukset ovat aina silloin”. Huumorikin tästä joukosta löytyi. Eräs heistä ilmoitti, että ”ihan hienoo jos jo viiden vuoden päästä saadaan meillekin käyttöön. Ehdin mäkin käyttämään sitä ennen kuin eläkkeelle jään!” Asialleen omistautuneen silloisen osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan tuella, unohtamatta myöskään projektin toteuttajien omaa panostusta, vapaaehtoisten kirjaamisenkoulu-

tuslistaan ilmestyi lähes jokaisen vuorossa olevan hoitajan nimi. Tässä vaiheessa muistutettiin sanallisesti kirjaamisenkoulutuksen vapaaehtoisuudesta ja keskeyttämismahdollisuudesta missä vaiheessa tahansa kehittämisprojektiä.

Marraskuun alussa 2010 allekirjoitettiin opinnäytetyön sopimus. Tapaamisessa sovittiin pienimuotoisen kyselyn tekemisestä. Kysely ei kuitenkaan tulisi olemaan virallinen, vaan lähinnä koulutustilaisuuksiin osallistuvan pilottiosaston henkilökunnan mielipidettä kysyvä sekä hyötyä kartoittava.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN SUUNNITTELU

Kehittämisprojektin suunnittelu sisälsi koulutustilaisuudet ja siinä käytetävän tukimateriaalin. Tukimateriaalia haettiin muun muassa rakenteisesta kirjaamisesta sekä hoitotyön prosessimallista. Kaikki koulutustilaisuuksista kertyvä tukimateriaali oli tarkoitus kerätä kansioon. Kansio jätettiin pilottiosastolle muille hoitajille tutustuttavaksi sekä myöhempää käyttöä varten.

Aluksi koulutustilaisuuksia suunniteltiin järjestettäväksi kahdelle erilliselle ryhmälle, joiden ryhmäkoko oli noin 5-6 henkilöä/ ryhmä. Pilottiosaston työvuorolistassa oli otettu huomioon henkilökunnan koulutustilaisuuspäivät ja siellä oli järjestetty sijaisia paikkaamaan koulutustilaisuuksissa olevaa henkilökuntaa. Työvuorolistojen järjestämisen hankaluuden takia päätettiin kuitenkin intensiiviseen noin 5-6 henkilön ryhmään, joka kävi koulutustilaisuuksissa. Samalla he toimivat jatkossa oman osastonsa tukihenkilöinä rakenteisen kirjaamisen tullessa siellä käyttöön. Jokaisesta koulutustilaisuudesta raportoitiin osastonhoitajalle. Raporttiin liitettiin myös nimilista, sillä koulutustilaisuuteen osallistuvat hoitajat tulivat saamaan koulutusmerkinnän papereihinsa kehittämisprojektin päätyttyä. Kehittämisprojektin kautta oli tarkoitus tuottaa myös pieni opaskirja pilottiosaston omaan käyttöön.

5.1 Pilottiosaston kirjaamiskäytännön selvittäminen

Tällä hetkellä sähköistä, rakenteista kirjaamista Forssan Seudun Terveystieteiden Kuntayhtymässä käytti hyvin pienimuotoisesti ainoastaan kehittämisprojektissa mukana oleva pilottiosasto. Sähköinen kirjaamisalusta oli sisäänajo vaiheessa somaattisilla osastoilla.

Hakala (2010) käsitteli opinnäytetyössään tässä opinnäytetyössä mukanaolevan pilottiosaston kirjaamiskäytäntöä. Hänen tavoitteenaan oli tuottaa tietoa hoitoprosessin esiintymisestä kirjaamisessa, kirjaamisen sisällöstä yleensä, hoitotyössä tarvittavan tiedon lähteiden saatavuudesta, Effica-lomakekannan käytettävyydestä sekä kirjatun tiedon hyödynnettävyydestä. Hakalan opinnäytetyön avulla pilottiosaston hoitohenkilökunta kykeni arvioimaan omaa kirjaamistapaansa sekä kehittämään sitä ennen pilottiosaston siirtymistä rakenteiseen kirjaamiseen. Kirjaamisen arviointi selkeytti myös mahdolliset muutokset kirjaamistapaan sekä pilottiosaston kirjaamisen koulutustarpeen. (Hakala 2010, 36–39.) Projektin toteuttajia

kiinnosti hoitohenkilökunnan ymmärrys ja hallinta hoitotyön prosessista kirjaamistilanteissa.

Hakalan (2010) opinnäytetyön mukaan tässä opinnäytetyössä esiintyvän pilottiosaston prosessinmukainen kirjaaminen toteutui hyvin potilaan tulo-tilanteen ja hoidon toteutuksen osalta. Puutteita sen sijaan ilmeni hoitotyön suunnitelman ja arvioinnin kohdalla. Prosessinomaista kirjaamistapaa oli ollut vaikea toteuttaa Effican lomakekannan puutteellisuuden vuoksi. Hoitosuunnitelma- ja elämän toiminnat -lomake, yhdessä Dia-, Mittaus- ja Nestetuloslomakkeiden kanssa toimivat yksinomaan kirjaamistilanteina ja niihin kirjattu tieto oli lomakkeen tilan pienuuden vuoksi vähäistä. (Hakala 2010, 39.)

Nykytilan kartoituksella pyrittiin selvittämään pilottiosaston sen hetkinen kirjaamisen käytäntö. Kirjaamisen edellytyksiä olivat muun muassa riittävä määrä työasemia ja tietotekninen taito. Kartoituksella pyrittiin selvittämään yksikön tapaa kirjata potilaan hoitotietoja sekä prosessivaiheiden kautta tapahtuvaa hoitosuunnitelmaa. Nykytilan kartoituksen vaihe voitiin kokea työläämmäksi vaiheeksi kehittämisprojektissa, mutta siihen oli olemassa myös painavat syyt, miksi se tuli selvittää. Kehittämisprojektissa mukana olevat tulivat ymmärtämään, että perimmäinen syy koulutustilaisuuksien tarpeeseen oli potilaan hoidon hyvä dokumentointi, joka armoitomasti paljasti myös kirjaamisen sen hetkisen tason osastolla. Kartoituksen avulla pystyttiin tekemään näkyväksi se, mitkä ammattiryhmät hoitoa kirjasi, kuinka paljon kirjaamisessa ilmeni päällekkäisyyttä ja puutteita. (Pohjanvuori 2007, 173–175.)

5.2 Koulutustarpeen selvittäminen SWOT-analyysillä

Ennen virallista koulutustilaisuuksien alkua laadittiin SWOT-analyysi. Kysely tehtiin pilottiosaston henkilökunnalle, jossa kysyttiin heidän näkemyksiään sen hetkisen kirjaamistilanteen vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista sekä uhista (liite 2). Kyselyn tarkoituksena oli selvittää millaista lisäkoulutukseen heillä oli tarvetta.

Kysely toimitettiin pilottiosastolle kirjallisena versiona. Henkilökunnalle painotettiin kyselyyn vastaamisen olleen vapaaehtoista. Osaston henkilökunta ei halunnut lisäselvitystä SWOT-analyysistä, sen ollessa heille ennestään tuttu käsite. SWOT-analyysi ei myöskään vaatinut erillistä lupaa toimeksiantajalta. Koulutustilaisuuksiin osallistuva pilottiosasto sai vastausaikaa yhden kuukauden.

Projektin toteuttajien ja pilottiosaston kiireiden vuoksi yhteistä tapaamis-aikaa ei löytynyt jonka vuoksi kyselyn vastaukset lähetettiin sähköisesti. Kyselyn vastaukset olivat lyhyitä ja ytimekkäitä, ja niistä kuvastui hyvin pilottiosaston senhetkinen rakenteisen kirjaamisen tila.

5.2.1 SWOT-analyysissä esiintyneet pilottiosaston vahvuudet

Vahvuutenaan pilottiosaston henkilökunta näki tietokoneen käytön osaamisen. Heillä oli ollut sähköinen kirjaamisalusta käytössä vuodesta 2003 alkaen. Jokainen hoitaja kirjasi työvuoron aikana tietokoneelle asiakkaan hoitotilanteita. Rakenteinen kirjaaminen ei ollut heille käsitteenä vieras, sillä Hakalan (2010, 13) opinnäytetyön seurauksena pilottiosastolla oli harjoiteltu kirjaamista rakenteisesti kolmen potilaan kohdalla. Koulutusprojektin käynnistyessä rakenteinen kirjaamistapa oli kuitenkin ”jäänyt paikoilleen”, eikä sitä enää käytetty. Hoitotyön prosessia oli käsitelty Hakalan (2010) opinnäytetyössä, ja sen ymmärrys ja käyttö oletettiin olevan hallinnassa.

Rakenteisen kirjaamisen vahvuudet tutkimusten näkökulmasta

HoiData-hanke (2007–2009) selvitti hoitotyön systemaattisen kirjaamisen vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriin (VSSH) järjestämässä systemaattisen kirjaamistavan käyttöönottoprojektissa vuosina 2007–2009. Vahvuudeksi projektissa ilmeni potilaan hoitotyön tulleen potilaslähtöisemmäksi, loogisemmaksi sekä suunnitelmallisemmaksi. Tiedon löytyminen helpottui ja hakumahdollisuuksia oli runsaasti. Kirjaaminen selkeytyi ja kirjaamiskäytännöt yhtenäistyivät. Koulutustilaisuudet ja tuki koettiin hyvänä. Moniammatillisuus lisääntyi ja helpottui yhteisen hoitokertomuksen kautta. (Tanttu 2009, 12.)

5.2.2 SWOT-analyysissä esiintyneet pilottiosaston heikkoudet

Heikkoudekseen pilottiosaston henkilökunta koki koulutustilaisuuksia käsittelevän ohjelman puuttumisen. Kiire oli merkittävä tekijä, jonka vuoksi ei aina ollut aikaa paneutua kirjaamiseen kunnolla. Tietokoneiden vähäisyys tiedostettiin ja siksi kirjaamista ei päästy heti toteuttamaan. Asioita saattoi jäädä kirjaamatta muistamattomuuden vuoksi. Konekanta oli heidän mielestään sillä hetkellä kuitenkin riittävä ja pilottiosastolta löytyi myös hiljainen paikka missä, pääsi rauhassa kirjaamaan.

Rakenteisen kirjaamisen heikkoudet tutkimusten näkökulmasta

Ikosen ja Sarannon (2007, 188) tutkimuksesta käy ilmi, että etenkin vuodeosastolla työskentelevät hoitajat kritisoivat tietokoneiden vähäisyyttä. Sen kuitenkin ei ole todettu olevan este kirjaamisen kehittämisessä. Jopa 40-paikkaisella vuodeosastolla pystyttiin kirjaamaan yhdellä pöytätietokoneella päivittäiset potilastiedot. Ajanpuute nähtiin suurempana haittana. Monia lähteitä läpi käyneet tutkijat olivat havainneet, että hoitajat käyttivät työajastaan jopa 30–70 % hoitotietojen kirjaamiseen.

Kettukankaan ym. (2009, 16) tutkimuksessa heikkoutena rakenteisessa kirjaamisessa nähtiin henkilökohtaiset asenteet, huono motivaatio sekä muutosvastarinnan ilmentymä. Sen koettiin vaikuttavan negatiivisella tavalla potilaan hoitoon ja hoitajan työhön, näyttäytymällä kiireenä ja jonotusaikojen pidentymisenä. Lääkärien ja hoitajien yhteistyö mietitytti, joh-

tuen hoitajien epäilystä lääkärin osaamattomuudesta käyttää rakenteista kirjaamista. Ohjelman sisäistäminen oli koettu työlääksi ja vaikeaksi. Komponenttien sopimattomuus varsinkin vastaanottotyössä häiritsi.

Kuusisto ym. (2010, 33) tutkimuksessa heikkoutena rakenteisessa kirjaamismallissa nähtiin hoitotyön pilkkoutumisen pieniin osiin, aikaa vievyyden, luokitusten erilaisella käyttämisen, soveltamattomuuden kaikkiin toiminnallisiin ympäristöihin, pakottamisen tiettyyn malliin kirjaamisessa sekä kirjauksen kirjaamisen vuoksi. Järjestelmien käyttö vaati ulkoa opetelmista ja muistamista.

Hoitotyön kirjaamisen pilkkoutuessa pieniin osiin etenkin lääkärit kokivat kirjaamisen menneen liian yksityiskohtaiseksi, heikentäen kokonaisuuden näkemistä sekä moniammatillisuuden toteutumista. Sirpaloitunut tieto tuntui olevan hankalasti haettavissa. Kirjaamismallin orjallinen noudattaminen kaavoitti hoitotyötä, joka puolestaan heikensi yksilöllisyyden toteutumista. Selkeän turvallisuusriskin aiheutti hoitokertomuksesta puuttuva hälyte esimerkiksi lääkärin määräyksistä. (Kuusisto ym. 2010, 31–36; Laine 2008, 30.)

5.2.3 SWOT-analyysissä esiintyneet pilottiosaston mahdollisuudet

Mahdollisuutenaan kyseinen pilottiosasto näki ohjelmiston helppouden. Se oli myös kaikkien käytettävissä ja laaja-alaisesti Effican käyttäjäryhmille näkyvillä. Tiedon välitön saanti helpotti hoitotyötä.

Rakenteisen kirjaamisen mahdollisuudet tutkimusten näkökulmasta

VSSHP:n projektissa rakenteisen kirjaamisen mahdollisuuksina nähtiin hoitotyön toteutumisen katseleminen ja kehittäminen muun muassa erilaisien tilastojen kautta. Hoitotyön laatua kyettiin arvioimaan. Kirjaamisen rutinoiduttua potilaiden kanssa vietetty aika lisääntyi. Yhtenäinen kirjaamistapa toi laadukkuutta ja vertailtavuutta. Moniammatillinen yhteistyö ja hoitotyö tehtiin näkyväksi ja tiedonhaku helpottui. (Tanttu 2009, 12.)

Kettukankaan ym. (2009, 16) rakenteisen kirjaamisen kehittämisprojektissa mahdollisuutena nähtiin omien työolojen ja käytäntöjen kehittäminen. Hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus oppia uutta ja saada yhtenäinen kirjaamistapa, jolla tehdä heidän vastaanottotyönsä näkyväksi.

Kirjaamisen kannalta valmiiden mallipohjien kehittäminen tyypillisille potilastapauksille hoitotyöhön helpottaisi hoitajien kirjaamista. Potilaan hoitokertomuksesta tulostettava raporttikooste, voisi toimia työlistana tai muistin apuvälineenä päivittäisessä hoitotyössä. Lääkäreiden ja hoitajien omat kirjaamiskäymät ja lukunäkymät järjestelmästä napin painalluksella ulos saamisella, hyödyttäisivät käyttäjiä työvuoron vaihdoissa osasto- ja erikoisalasiirroissa. (Kuusisto ym. 2010, 35.)

5.2.4 SWOT-analyysissä esiintyneet pilottiosaston uhat

Uhkana pilottiosaston henkilökunta koki osastoa koskevat sähkökatkokset, ohjelman toimimattomuuden sekä tietokoneen tilan loppumisen lähinnä lomakkeiden osalta. Pilottiosaston potilaat olivat moniongelmaisia ja kirjattavaa asiaa tuli päivän mittaan runsaasti. Tässä vaiheessa koulutustilaisuuksiin osallistuvilla henkilöillä ei ollut yhtä lukuun ottamatta käsitystä siitä, millaiset tilat rakenteinen lehti antoi kirjaamiselle, saati miltä rakenteisesti kirjattu tieto näytti valmiina Whoike-lehdellä. Myös Laine (2008, 32) kohtasi samoja ongelmia tutkimuksessaan.

Rakenteisen kirjaamisen uhat tutkimuksen näkökulmasta

Tanttu (2009, 13) tunnisti uhkana rakenteisessa kirjaamisessa järjestelmätoimittajien hitaan kehittämistyön hoitokertomusosion moniammatillisen käytettävyyden osalta. Pelkona nähtiin, että kirjaaminen ei toteutuisi ajanpuutteen vuoksi siinä laajuudessa kuin se olisi välttämätöntä. Koulutustilaisuuksien ja perehdytyksen osalta resurssi pulaa pidettiin mahdollisena ja muutosvastarinta tuli ottaa huomioon uutta toimintatapaa mietittäessä.

Uhkana voitiin ajatella myös ajanpuutetta, henkilökunnan taitoja ja -asenteita, potilaskontaktien vähenemistä kirjaamisen käytetyn ajan vuoksi, töiden kasaantumista ja ylitöitä. Unohtaa ei myöskään sopinut tietoteknisiä ongelmia (Laine 2008, 32), keskeneräisiä ohjelmia, eri kirjaamiskäytäntöjä sekä henkilökunnan uupumista (Kettukangas ym. 2009, 17).

Sitra näki rakenteisen kirjaamisen uhkana tiedon huonon laadun, tavoitteiden epäselvyyden, henkilökunnan tietojen ja taitojen puutteellisuuden, prosessien käytön epäjohton mukaisuuden, ongelmat johtamisessa sekä kehittämistyöhön asetetut resurssit. Kirjaamismallin kehittäminen oli ollut kallista, aikaa vievää ja yhteisiä päätöksiä edellyttävää. Kirjaamisen kehittäminen hankaloitui muun muassa eri toimijoiden ja organisaatioiden erilaisten tarpeiden ja näkemysten johdosta. (Aaltonen ym. 2009, 39–68.)

5.3 Kehittämisprojektin tarkastelua SWOT-analyysillä

Projektin toteuttajat katsoivat tarpeelliseksi kehittämisprojektissa huomioida myös omat kirjaamisen vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Tällä keinoin saatiin yhdistettyä omat voimavarat ja tiedot pilottiosaston tarpeita vastaaviksi, jolloin kehittämisprojektista saatiin mahdollisimman kattava.

5.3.1 Projektin toteuttajien näkemys kehittämisprojektin vahvuuksista

Projektin toteuttajien mielestä pilottiosaston vahvuutena voitiin nähdä motivoiva esimies toiminta, motivoituneet alaiset ja molemminpuolinen kehitysyhteistyö. Projektin toteuttajien oma motivaatio ja halu kehittää yhteistyötä ja oppimistaan oli vahva. Koulutustilaisuuksien ajankohta ei pidetty liian varhaisena, sillä pilottiosastolle oli suunnitelmien mukaan tulossa loppu syksystä rakenteinen kirjaamisalusta käyttöön. Asiallista oli myös

tarkastella vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia koulutustilaisuuksien osalta. Vahvuudeksi koettiin tuolloin hyvä motivaatio, kehittämisprojektin ohjaajan ja pilottiosaston edustajan antaman tuki, runsaat tietolähteet, Effican tuttuus, rakenteiseen kirjaamistapaan tutustuminen ja Whoike-lehden käyttömahdollisuus. Vahvuutena nähtiin myös koulutustilaisuuksien käyttöön tuleva suuri tietokonekanta. Koulutustilaisuudet pidettiin Hämeen ammattikorkeakoulun tietokonealuokassa eikä tietokoneet loppuisi kesken. Tarvittava ohjelma oli asennettu usealle koneelle ja jokainen koulutustilaisuuteen osallistuva sai oman tietokoneen käyttöönsä.

5.3.2 Projektin toteuttajien näkemys kehittämisprojektin heikkouksista

Projektin toteuttajat näkivät pilottiosaston heikkoutena senhetkisen toimintatavan muuttumisen. Koulutustilaisuuksien ajankohta ei ollut paras mahdollinen ja epätietoisuus vallitsi hoitajien mielessä siitä, miten asiat oikeasti lähtivät sujumaan. Heikkoutena pystyttiin näkemään myös se, että kehittämisprojektiin ei oltu nimetty suoraan tiettyjä hoitajia, mikä olisi ehkä enemmän sitouttanut heitä koulutustilaisuuksiin. Hoitajat saivat keskuudessaan päättää, kuka koulutuksiin osallistui. Koko kehittämisprojektin ajan painotettiin osallistumisen olevan jokaiselle vapaaehtoista ja sen pystyi koska tahansa keskeyttämään.

Keskeyttämismahdollisuuden projektin toteuttajat kokivat omaksi heikkoudekseen, lähinnä koulutustilaisuuksien kokoonpanon kannalta. Omana heikkoutenaan projektin toteuttajat määrittivät myös ajanpuutteen, tietokoneohjelman vähäisen käytön whoike-lehden osalta sekä omat tietonsa ja taitonsa. Ajanpuute oli suuri ja se tuntui olevan kokoajan tarkastelun ja suunnitelman alla. Hyvällä ajankäytön suunnittelulla kaikki kuitenkin mahdollistui (liite 3). Whoike-lehti itsessään oli vieraampi käsite. Projektin toteuttajat olivat tutustuneet aiemmin rakenteisen kirjaamiseen omassa harjoittelupaikassaan ja joutuneet, sitä jonkin verran myös käyttämään. Effican käyttö sinällään oli jo tuttua.

5.3.3 Projektin toteuttajien näkemys kehittämisprojektin mahdollisuuksista

Projektin toteuttajat näkivät pilottiosaston mahdollisuutena olla edelläkävijänä rakenteisen kirjaamisen käyttäjänä. Pilottiosaston henkilökuntaa voitiin tulevaisuudessa käyttää sähköisen kirjaamisen eteenpäin viejänä ja tukiosastona. Rakenteisen kirjaamisen tullessa koko taloa koskevaksi, osaston osaamista voidaan käyttää hyödyksi. Ei myöskään voida mitätöidä sitä asiaa, että uuden kirjaamistavan tullessa laajempaan käyttöön myös tiedon kulku ja samalla potilasturvallisuus parantuisi. Tähän asti tiedon kulku oli hidastanut omalta osaltaan kyseisen pilottiosaston hoitotyötä, sillä talon muut osastot käyttivät osittain vielä paperiversioisia potilaskertomuksia.

Omana mahdollisuutenaan projektin toteuttajat näkivät rakenteisessa kirjaamisessa kehittymisen. Ohjelman käytön myötä kirjaaminen tuli helpotumaan ja selkeytymään. Tuotokset oli myös mahdollista tulostaa tietokoneelta ja verrata omaa ja muiden koulutustilaisuuksiin osallistuvien kehi-

tystä rakenteisen kirjaamistavan oppimisen suhteen. Tulostetusta versiosta oli myös selkeämmin nähtävissä ja hahmotettavissa, miten rakenteinen kirjaaminen oikeasti rakentui. Tulostettuja versioita pystyttiin näyttämään myös työtovereille, jotka eivät olleet osallistuneet koulutustilaisuuksiin. Näin heillekin hiukan avautui se, mistä rakenteisessa kirjaamistavassa oli oikeastaan kyse. Rakenteisen kirjaamisen oppimisen myötä omat työhönsijoittumismahdollisuudet parantuivat. Työnantajalle oli eduksi, että osastolla joku hallitsi jo valmiiksi sellaisia asioita, joihin tulevaisuudessa tultaisiin menemään kirjaamisen suhteen.

5.3.4 Projektin toteuttajien näkemys kehittämisprojektin uhista

Projektin toteuttajien näkökulmasta uhkana voitiin nähdä koulutustilaisuuksien loppuminen ennen aikaisesti. Pilottiosaston osastomallisesta hoitotyöstä poisoppiminen vei oman aikansa ja pelko koulutustilaisuuksiin osallistuvien hoitajien motivaatiosta mietitytti projektin toteuttajia. Pelkona oli myös, ettei pilottiosaston työlistoihin löytyisikään tarvittavaa määrää sijaisia. Hämmennystä aiheutti pilottiosaston osastonhoitajan vaihtuminen kesken kehittämisprojektin. Epäselvää oli myös aikataulu, missä vaiheessa Whoike-lehti tulisi lopullisesti pilottiosastolle käyttöön.

Omana uhkanaan projektin toteuttajat näkivät ajanpuutteen ja aikataulujen pettämisen. Sairastumisia ei kyetty tietämään etukäteen ja koulutusprojektin aikataulun pitäminen ei ollut varmaa. Vaikka koulutustilaisuuksiin osallistuville oli varmistettu sijaiset, saattoi heidänkin tulonsa estyä. Yhtenä uhkana nähtiin myös tietokoneohjelmien toimimattomuus. Ohjelman toimimattomuus tulisi todennäköisesti jollakin tavalla vaikuttamaan kehittämisprojektiin osallistuvien motivaatioon käydä koulutustilaisuuksissa. Ennen koulutustilaisuuksia oli kokeiltu Whoike-lehden demoversiota ja sen toimivuus oli ollut vaihtelevaa. Asian tiimoilta oltiin yhteydessä sekä kehittämisprojektin ohjaajaan, että Hämeenlinnassa toimivaan Efficakouluttajaan. Myös tunnuksissa oli epäselvyyksiä. Projektin toteuttajat uskoivat asian korjaantumiseen ennen koulutustilaisuuksien alkamista.

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

Pilottiosaston silloisen osastonhoitajan luona käydyssä palaverissa sovittiin ensimmäiseksi koulutuspäiväksi 16.12.2010. Koulutustilaisuuteen osallistujien tilalle oli hankittu sijaiset työvuoroihin. Koulutustilaisuuspaikkana oli Hämeen ammattikorkeakoulun (HAMK) tietokoneluokka. Koulutussuunnitelma (liite 4) oli suunniteltu valmiiksi ja lähetettiin sovittuun etukäteen sähköpostilla pilottiosaston osastonhoitajalle.

6.1 Ensimmäinen koulutustilaisuus

Ensimmäisessä koulutustilaisuudessa joulukuussa, paikalla oli viisi henkilöä pilottiosastolta. Ensimmäisen koulutustilaisuuden tavoitteena oli käydä lävitse hoitotyön prosessia teoriassa sekä päästä luomaan omat potilaat Whoike-lehdelle. Hoitotyönprosessia käsiteltiin aluksi yhdessä luokan tau-

lulla ja yllättäen tuli ilmi, ettei hoitotyön prosessin ymmärtäminen ollutkaan niin selkeää kuin aluksi oli oletettu. Hoitotyön tavoitteet ja keinot tuntuivat välillä menevän sekaisin. Tämäkin osoitti sen, että kun jotakin asiaa ei käytetty, se unohtui helposti. Tästä johtuen päädyttiin yhdessä miettimään miten Hilma Heikkisen 95-vuotiaan, vaikeasti dementoituneen henkilön hoito pystyttiin järjestämään (liite 5). Tietoteknisten ongelmien vuoksi koulutusta annettiin lähinnä teoriamuodossa. Ryhmä oli hyvin sitoutunut toimintaansa vaikka kaikilla oli aluksi hiukan hakeminen omasta roolistaan ryhmässä. Alkujännitys hälveni nopeasti ja ryhmä pääsi helposti sisään varsinaiseen päivän ohjelmaan. Osa koulutustilaisuuden tavoitteista saavutettiin, mutta osa jäi vielä odottamaan toteutumistaan. Kokonaisuudessaan koulutustilaisuus meni hyvin ja siihen oltiin tyytyväisiä, huolimatta Effican Whoike-lehden demoversion toimimattomuudesta.

Joulukuuhun suunniteltu toinen koulutustilaisuus peruuntui Whoike-lehden demoversion tuottaessa yhä päänvaivaa ja toimiessa satunnaisesti. Peruutus osui myös pilottiosaston kannalta hyvään paikkaan, sillä osaston henkilökuntaa oli sairauslomalla ja sijaisten saaminen koulutustilaisuuteen osallistuvien paikoille alkoi olla hankalaa. Seuraava kerta sovittiin järjestettäväksi tammikuun puolella. Ajasta sovittiin projektin toteuttajien ja osastonhoitajan välisellä sähköpostiviestityksellä.

6.2 Toinen koulutustilaisuus

Tammikuun alussa 2011 koulutustilaisuuteen osallistui seitsemän henkilöä. Uusia tavoitteita ei toiselle kerralle lähdetty miettimään, vaan toisen koulutustilaisuuden tavoitteeksi laitettiin samat kuin ensimmäisellä kerralla. Silläkään kertaa demoversio ei suostunut toimimaan ja projektin toteuttajat katsoivat aiheelliseksi käydä kalenteria lävitse hiukan pitemmältä aikaväliltä. Helmikuussa oli tarkoitus pitää, vähintään yksi ellei kaksi koulutustilaisuutta, mutta niiden toteutuminen oli epävarmaa pilottiosaston puolelta. Pilottiosastolla tehtiin suuria muutoksia osaston toiminnan suhteen. Epätietoisuutta oli myös työvuorolistojen toteutumisessa. Päädyttiin siihen, että seuraavat koulutustilaisuudet järjestettiin vasta sitten, kun ohjelmat toimisivat kunnolla ja koulutustilaisuuksiin osallistuva pilottiosasto oli saanut uuden toimintatapansa alkuun.

Pettymys demoversion toimimattomuudesta oli toisella kertaa suurempi kuin ensimmäisellä kerralla ja se aiheutti runsaasti arvostelua sekä keskustelua. Päädyttiin kuitenkin käymään lävitse ensimmäisen kerran potilasesimerkkiä perinteisellä liitutaulu-muodolla muistin virkistämiseksi. Apulaisosastonhoitajan kanssa sovittiin, että hän katsoi oman osastonsa potilaista kolme tyypillistä potilastapausta. Potilastapauksista tultiin tekemään rakenteisen kirjaamistavan esimerkit niin, ettei niistä kyetty tunnistamaan ketään, mutta niitä pystyttiin hyödyntämään jatkossa pilottiosaston kirjaamistilanteissa. Hoitotyön prosessin käyttö sujui ongelmitta ja Hilma Heikkisen tapaus saatiin koottua järkevään muotoon. Jotkut koulutustilaisuuteen osallistuvista innostuivat viemään tapausta vielä eteenpäin kehittämällä Hilma Heikkisen ongelmia monimuotoisemmaksi. Kaiken kaikkiaan koulutustilaisuuteen oltiin kuitenkin tyytyväisiä.

Koulutustilaisuuden jälkeen keskityttiin Effican ongelmien selvittämiseen. Effican toimimattomuuden suhteen oltiin yhteydessä useaan henkilöön. Useiden yhteydenottojen jälkeen, Whoike-lehden demoversio toimi silti vain satunnaisesti. Projektin toteuttajista se ei kuitenkaan tuntunut reilulta kehittämisprojektiin osallistuvaa pilottiosastoa kohtaan, sillä koulutustilaisuuksissa oli haaskattu myös heidän kalliita osastotuntejaan. Tiedostettiin kuitenkin se, että ellei Efficaa saataisi nopealla aikataululla toimimaan, opinnäytetyön luonne tulisi jollakin tavalla muuttumaan. Ilmennyttä ongelmaa lähdettiin tutkimaan tarkemmin, sillä Hämeenlinnan päässä vastaavaan ongelmaan ei oltu yhteydenottojen perusteella törmätty.

6.3 Kolmas koulutustilaisuus

Huhtikuun alkuun mennessä Effican Whoike-lehden demoversiota oli testailtu useaan kertaan koulun koneilla ja sen toimintaan oltiin tyytyväisiä. Myös kolmannelle koulutustilaisuudelle oli valmisteltu koulutussuunnitelma (liite 6). Kolmannen koulutustilaisuuden tavoitteeksi oli asetettu hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista Effican Whoike-lehdelle. Tavoitteena oli myös muistikuvien luominen siitä, miten kirjaaminen tapahtui Whoike-lehdellä. Koulutustilaisuuteen osallistui sillä kertaa kolme henkilöä pilottiosaston puolelta, muutamien ollessa sairauslomalla. Ryhmä oli tiivistynyt entisestään, mutta toisaalta sitä oli helpompi ohjata. Ensimmäistä kertaa pystyttiin näyttämään, miltä rakenteisesti tuotettu tieto näytti Whoike-lehdellä. Sillä kertaa potilastapauksina oli tarkoitus käyttää pilottiosaston apulaisosastonhoitajan tekemiä potilasesimerkkejä. Koulutustilaisuuden keston ollessa rajallinen, ryhmä päätyi siihen, että turhaa aikaa haaskautui uuden potilaan tarpeiden, tavoitteiden, keinojen, toteutuksen ja arvioinnin miettimiseen. Koulutustilaisuudessa päädyttiin tekemään tutun Hilma Heikkisen tapaus, koska siitä oli tehty jo valmiiksi rakenteinen hoitosuunnitelma paperiversiona. Alkuun käytettiin projektoria apuna heijastamalla kankaalle tietokoneen näytön kautta reitit Whoike-lehdelle. Ryhmäläisten oli helpompi jatkaa harjoittelua hoitotyön prosessin ollessa jo valmiiksi mietittynä. Kirjaaminen tapahtui parityönä ja sen tarkoituksena oli tukea oppimista eri näkökulmia huomioon ottaen. Whoike-lehden demoversio toimi lähes moitteettomasti, lukuun ottamatta pieniä häiriöitä.

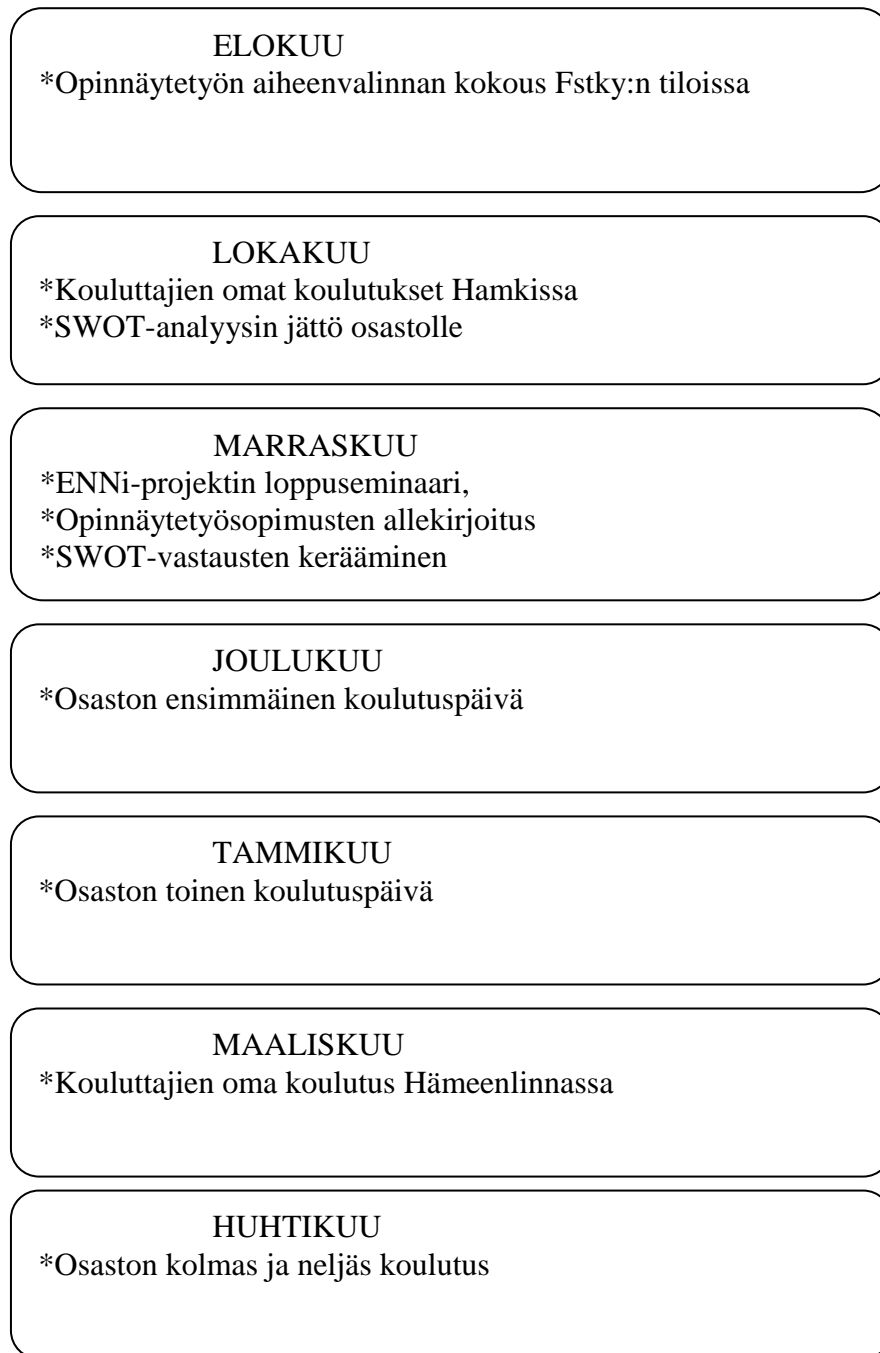
Koulutustilaisuuteen osallistuvat pääsivät heti alusta asti hyvin sisään ohjelman sisältöön ja he osasivat käyttää, sitä melko sujuvasti rakenteisen kirjaamisen osalta. Käyttöön oli saatu myös opas Whoike-lehden käytöstä ja se oli tulostettu koulutustilaisuuteen osallistuville oppimisen tueksi. Ensimmäisessä koulutustilaisuudessa heille oli jaettu, Suomalaisen hoidon tarve- ja toiminto luokitus oppaat ja niiden tarkoitus oli kulkea mukana aina koulutustilaisuuksien loppuun asti. Osanottajilla oli mahdollisuus myös katsella tulostettua versiota omasta aikaansaannoksestaan. Koulutusmotivaatio kehittämisprojektiin osallistuvilla nousi selkeästi demoversion toimivuuden myötä. Koulutustilaisuudelle asetetut tavoitteet saavutettiin ja kolmannen koulutustilaisuuden antiin oltiin tyytyväisiä.

6.4 Neljäs eli viimeinen koulutustilaisuus

Huhtikuun loppupuolella 2011 järjestettiin viimeinen koulutustilaisuus. Demoversio toimi edelleen hyvin ja oli hyvä jatkaa, siitä mihin edellisellä kerralla oli jääty. Koulutustilaisuussuunnitelma (liite 7) oli mietitty valmiiksi ja se lähetettiin osastonhoitajalle tiedoksi ennen koulutustilaisuuden alkua. Viimeisen koulutustilaisuuden tavoitteeksi oli suunniteltu syventävää whoike-lehden käytön osaamista. Tähän heille oli varattu erillinen Tieto.com:n tuottama oppimateriaali, jossa kerrottiin tarkemmin rakenteisen kirjaamisen muodostumisesta Whoike-lehdellä.

Neljänten eli viimeiseen koulutustilaisuuteen osallistui kolme henkilöä. Koulutustilaisuuteen osallistujat saivat oman taitonsa mukaan käyttää Whoike-lehteä ja tarvittaessa mietittiin yhdessä, miten tietty asia saatiin Whoike-lehdelle laitettua. Mukana oli henkilö, jolla ei ollut aikaisempaa kokemusta Whoike-lehden käytöstä. Hänelle näytettiin hyvin yksityiskohteisesti, mistä Whoike-lehdessä oli kysymys. Hänen kanssaan lähdettiin alkuun ihan perusteista ja siitä, mitä oltiin koulutuksen alkuaikoina myös muun ryhmän kanssa läpikäyty. Hän sai luoda alusta lähtien oman potilaansa Hilma Heikkisen tietojärjestelmään projektin toteuttajien opastuksella. Rakenteinen kirjaaminen hahmottui hänelle paremmin, kun viereiseltä koneelta näytettiin miltä rakenteisesti tuotettu tieto näytti valmiina. Ryhmäläinen suoriutui hyvin rakenteisesta kirjaamisesta ja oppi Whoike-lehden peruskäyttämisen nopeasti. Toinen kahdenhengen ryhmä sai kirjattavakseen itsenäisesti hieman haasteellisemmän potilastapauksen kuin edellisellä kerralla. Sillä kertaa he käyttivät yhtä pilottiosaston omaa potilasesimerkkiä. Ryhmä hallitsi hoitotyön prosessimallin sekä rakenteisen kirjaamisen Whoike-lehdellä. Ryhmän motivaatio oli korkealla Whoike-lehden demo-version toimivuuden myötä. Innostus näkyi muun muassa siitä, että aika tuntui koulutustilaisuudessa loppuvan kesken. Neljännen koulutustilaisuuden tavoitteet saavutettiin ja koulutustilaisuuteen oltiin tyytyväisiä.

Kokonaisuudessaan koko kirjaamisen kehittämisprojektiin meni aikataullisesti aikaa noin yhdeksän kuukautta (kuvio 6). Projektin hahmottuminen ja totuttamisaikataulu selkeytyy seuraavan sivun kuvion kautta.



Kuvio 6 Kehittämisprojektin aikataulu 2010–2011.

6.5 Kehittämisprojektin tukimateriaali

Koulustilaisuuksissa käytettiin kirjallista tukimateriaalia. Jokainen koulustilaisuuteen osallistunut henkilö sai kussakin koulustilaisuuksissa käytettävän materiaalin omakseen ja niitä, kuljetettiin mukana koko kehittämisprojektin ajan. Tukimateriaalina käytettiin tietoa hoitotyön prosessista sekä rakenteisesta kirjaamistavasta. Tukimateriaalissa oli mukana myös Effican Whoike-lehden käyttöön kehitetty koulutusopas. Tukimateriaalista kerättiin kansio, johon liitettiin kolme potilasesimerkkiä, joiden tarkoitus oli avata rakenteista kirjaamistapaa SHTaL:n ja SHToL:in avulla. Potilas-

tapaukset (liitteet 8, 9, 10) muodostettiin pilottiosaston apulaisosastonhoitajan kehittämistä pilottiosastolle tyypillisistä potilastapauksista. Kehittämisprojektiin osallistuneella pilottiosastolla kansio tuli olemaan kaikkien saatavilla ja luettavissa. Pilottiosastolle jätettävästä kansiosta löytyi sekä koulutustilaisuuksissa käytetty tukimateriaali, että koulutustilaisuuksiin osallistuvien lista.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Koulutustilaisuuksien päätyttyä tehtiin kehittämisprojektiin osallistuvalla pilottiosaston henkilöstölle pienimuotoisen kysely, jossa kysyttiin heidän mielipidettään siitä, mitä koulutustilaisuudet olivat heille antaneet, millaisia ajatuksia se oli heissä herättänyt ja mistä he jatkossa toivoisivat saavansa koulutusta rakenteiseen kirjaamistapaan viitaten (liite 11). Kysely jätettiin pilottiosaston osastonhoitajalle viimeisen koulutustilaisuuden jälkeen. Koulutustilaisuuksissa oli enimmillään seitsemän ja vähimmillään kolme osanottajaa. Vastausaika jäi koulutustilaisuuksiin osallistujille runsaasti. Kyselyyn sai vastata, joko omalla nimellä tai nimettömästi. Siihen sai myös olla vastaamatta. Vastauksia kyselyyn saatiin neljä ja sitä pidettiin kohtuullisena määränä. Vastausmäärästä tuli huomioda se, että hoitajista vain kolme oli säännöllisesti koulutustilaisuuksissa mukana. Muut koulutustilaisuuksiin osallistuvat pilottiosaston hoitajat olivat ottaneet osaa joko kerran taikka kahdesti. Kyselyt palautettiin suljetussa kuoressa pilottiosaston kanslian ilmoitustaululle, josta projektin toteuttajat hakivat ne sovitusti.

7.1 Pilottiosaston arviointi saamastaan koulutuksesta

Koulutustilaisuuksiin osallistuva pilottiosaston henkilökunta arvioi kokonaisuudessaan koulutustilaisuuksien annin olevan hyvä. Vastauksissaan he kuitenkin kritisoivat tietokoneiden toimimattomuutta. Ohjelman joustavuus ja käyttäjänsä jouhevampi palveleminen sai vain lisävahvistusta kehittämistarpeille. Kahden viimeisen kerran aikana, kun ohjelmistot toimivat moitteettomasti, ohjelman käyttö avautui konkreettisesti. Parhaiten asiat ymmärrettiin, kun niitä pääsi kokeilemaan itse.

Myös kehittämisprojektin ajankohtaan otettiin kantaa. Jonkun mielestä ajankohta ei ollut kovin hyvä, ajatellen pilottiosaston sen hetkistä tilannetta. Pilottiosaston toiminnan muuttuminen erilaiseksi maaliskuussa, mietitty omalta osaltaan pilottiosaston henkilökuntaa ja saattoi vaikeuttaa heidän koulutustilaisuuksiin sitoutumista sekä keskittymistä. Projektin toteuttajien aikataulut olivat kuitenkin rajatut. Koulutustilaisuuksien siirtyminen myöhemmälle ajankohdalle olisi hankaloittanut kehittämisprojektin toteutumista. Vaikka Whoike-lehden tulemistä pilottiosastolle syksyllä 2011 pidettiin mahdollisena, missään vaiheessa projektin toteuttajat eivät pitäneet koulutustilaisuuksia liian aikaisena toteutettavaksi. Pienryhmän ansiosta kiitollisia oltiin yksilöllisestä ohjauksesta kirjaamisen suhteen. Se, että pilottiosastolle ei tulisikaan Whoike-lehteä vaan Whoikesta edelleen kehitetty Hoke-lehti, kummastutti ja harmitti jossakin määrin kehittämisprojektiin osallistuneita. Toisaalta Hoke-lehden käyttö tulisi tulevaisuu-

dessa helpottamaan heidän kirjaamistaan. Rakenteisen kirjaamisen opettaminen ja hoitotyön prosessien kertaus, ei koulutustilaisuuksiin osallistuvien mielestä mennyt senkään vuoksi hukkaan. Asioita oli kuitenkin jo päässyt unohtumaan ja niiden kertaaminen oli ollut ihan aiheellista.

Kyselystä kävi myös ilmi se, että yhteistyön toivottiin jatkuvan tulevaisuudessa koulun ja kehittämisprojektiin osallistuneen pilottiosaston välillä. Koulun puolelta toivottiin myös teoriakoulutuksen järjestämistä kertausluontoisena, sillä asiat helposti unohtuvat, kun niitä ei jatkuvasti käytä. Tärkeintä kuitenkin oli se, että kehittämisprojektiin osallistujat itse huomaavat jälleen kerran hoitotyön kirjaamisen tärkeyden.

7.2 Projektin toteuttajien arviointi kehittämisprojektista

Kehittämisprojektin osuus koettiin alkuun haastavaksi, koska kummallakaan projektin toteuttajista ei ollut aikaisempia kokemuksia tai tietoja, siitä mitä heiltä odotettiin. Koulutustilaisuuksien järjestäminen alkuun pelotti ja nosti esille paljon kysymyksiä kehittämisprojektista. Kysymykset tuntuivat olevan loputtomia ja niitä esitettiin opettajistolle. Jännityksestä huolimatta koulutustilaisuuksiin valmistauduttiin huolella, välillä kireälläkin aikataululla. Jokaisesta koulutustilaisuudesta tehtiin etukäteissuunnitelma, mikä oli koulutusajatuksen perusedellytys.

Tämän opinnäytetyön kehittämisprojektia häiritsi alkuun tietotekniset ongelmat, joiden vuoksi kehittämisprojektiin osallistujat joutuivat työstämään potilastapauksia paperiversioina. Tämä ei suinkaan ollut varsinaisen koulutusajatuksen tarkoitus. Koulutustilaisuuksiin osallistuvat henkilöt kokivat paperiversioiset potilastapaukset turhauttaviksi. Paperiversiot eivät palvelleet käyttäjänsä siinä määrin kuin tietokoneen avulla tehdyt versiot. Ymmärrys rakenteisesta kirjaamistavasta aukeasi vasta silloin, kun sitä päästiin kokeilemaan käytännössä. Sama ymmärrys koski myös kehittämisprojektiin osallistuvia. Koska ryhmä oli pieni, kirjaamisen tuen saanti oli helpommin saatavissa kuin esimerkiksi suuremmassa ryhmäkoossa olisi ollut mahdollista. Tehtäviä työstettiin ajoittain pareittain ja ryhmänä, mutta myös yksilösuorituksia tapahtui. Yhdessä mietittiin, mitä mahdollisesti voitiin käyttää esimerkiksi hoitotyön keinoina. Tämä osaltaan auttoi myös palauttamaan mieleen hoitotyön prosessin. Ryhmän toiminta ja ymmärrys kasvoi selkeästi ensimmäisestä koulutustilaisuudesta viimeiseen koulutustilaisuuteen.

Projektin toteuttajat toivovat, että koulutustilaisuuksiin osallistuneet henkilöt voivat jatkossa toimia oman osastonsa tukihenkilöinä rakenteisessa kirjaamistavassa. Heitä voisi käyttää muilla osastoilla, rakenteista kirjaamista eteenpäin vietäessä. Kehitetyllä kirjaamiskoulutusmateriaalilla sekä pilottiosastolle jätettävällä kansiolla pyrittiin tukemaan heidän siirtymistään uuteen kirjaamismalliin silloin, kun se pilottiosastolla tulisi ajankohitaiseksi. Toiveena oli, että myös koulun ja työelämän yhteistyö tämänkaltaisissa aiheissa toimisi jatkossakin.

Koulun ja työelämän välisessä kehittämisprojektissa molemmat osapuolet toimivat sekä antajana, että saajana. Työhön paneutuminen oli antanut

projektin toteuttajille valtavasti uutta ja monipuolista tietoa kirjaamisesta. Projektin toteuttajat kokivat opinnäytetyön kasvattaneen heitä myös ammatillisesti. Kirjaamisen tärkeys oli vahvistanut sekä avannut heille rakenteisen kirjaamisen todellisen merkityksen. Rakenteiseen kirjaamiseen perehtymisestä tulisi tulevaisuudessa olemaan kaikille koulutustilaisuuksiin osallistuville hyötyä. Koulutustilaisuuksien kautta ymmärrys yhteistyön ja kehittämisprojektin merkityksestä kasvoi entisestään. Projektin toteuttajat kokivat, projektissa mukana olevan pilottiosaston saaneen koulutustilaisuuksissa tuntuman siitä, mitä tulevaisuus toisi mukanaan hoitotyön kirjaamisen suhteen. Vaikkei pilottiosastolle näiden tietojen valossa tule kyseistä Effican Whoike lehteä, uskottiin heillä olevan silloin peruskäsitys sähköisestä, rakenteisesta kirjaamistavasta. Siihen perehtyminen tulee helpottamaan heidän siirtymävaihettaan kohti uudenlaista kirjaamistapaa. Hyvät perustiedot hoitotyön prosessista tulevat auttamaan heitä eteenpäin rakenteista kirjaamistapaa toteutettaessa. Koulutustilaisuudet koettiin sekä projektin toteuttajien että koulutustilaisuuksiin osallistuneen pilottiosaston henkilökunnan kannalta ajoittain haastavaksi mutta antoisaksi. Koulutustilaisuuksiin oltiin tyytyväisiä ja lisäkoulutukseen kertaaluontoisena löytyi halukkuutta.

Alun perin tarkoituksena oli luoda osastolle koulutustilaisuuksien tueksi rakenteisen kirjaamisen kehittämisskansio, jossa esimerkein kerrottaisiin miten rakenteisuutta lähdettäisiin tekemään potilasesimerkkien kautta. Rakenteisuutta opetellaan Whoike-lehteä hyväksikäyttäen. Kansion tarkoitus oli ohjeistaa hyvin yksinkertaisella tavalla, miten potilas tuodaan Whoike-lehdelle, miten potilaalle aletaan suunnitella hoitoa ja miten hoito lähtee etenemään. Samoin sieltä oli tarkoitus löytyä ohjeet, miten toteutunutta hoitajaksoa voidaan hakea esimerkiksi tietyn komponentin, osaston tai aikavälin kautta. Koulutuskansion sisältö muuttui, kun tuli tieto, että pilottiosastolle ei tulisikaan Whoike-lehteä vaan Hoke-lehti. Viimeisessä koulutustilaisuudessa asia otettiin puheeksi ja tultiin yhdessä ryhmän kanssa siihen tulokseen, ettei kansion toteuttaminen alkuun suunnitellussa muodossa palvelisi kumpaakaan osapuolta.

8 EETTISYYS

Terveystieteiden henkilöstön toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet. Eettisiin periaatteisiin kuuluvat ihmisarvon kunnioittamisen, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen, oikeudenmukaisuuden ja perusteltavuuden periaate. Varsinkin perusteltavuuden periaate, ottaa kantaa hoitotyöntekijän velvollisuuteen pitää ammatitaitoaan ajan tasalla. Ihmisarvon kunnioittamisen periaate merkitsee totuuden, rehellisyyden ja aitouden kunnioittamista. Se vetoaa myös ihmisen oikeuksien, autonomian ja koskemattomuuden kunnioittamiseen. (Leino-kilpi 2006, 25.) Tässä kehittämisprojektissa projektin toteuttajien tulee miettiä omia eettisiä periaatteitaan.

Tähän kehittämisprojektiin osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja koulutustilaisuuksista sai tahtoessaan jättäytyä pois. Työntekijän velvollisuus omassa organisaatiossaan on kuitenkin aika-ajoin ottaa osaa työnantajan järjestämiin koulutustilaisuuksiin. Tietyt koulutustilaisuudet ovat pakollisia kaikille työntekijöille. Tässä kehittämisprojektissa, koulutustilaisuudet

järjestettiin täysin kehittämisprojektissa mukana olevan pilottiosaston ehdoilla ja heidän työaikakalenteriinsa soviteltuna. Organisaation omat koulutustilaisuudet kuuluvat useasti osaksi työntekijän työvuoroa, josta työntekijä saa palkan sekä koulutusmerkinnän omaan koulutuspaperiinsa. Tässä kehittämisprojektissa tiedon kerääminen opinnäytetyötä varten toteutettiin ryhmässä, jotta yksilön anonymiteetti säilyi. Näin työstä ei erotu yksittäisen ihmisen selkeä mielipide. Kyselyistä kerätyt vastausmateriaalit hävitettiin asianmukaisesti polttamalla, heti vastausten läpikäynnin jälkeen, jotta mitään arkaluonteista ei päätyisi väärin käsiin. Työssä esiintyvät potilasesimerkit eivät olleet Effican tietojärjestelmästä otettuja vaan sinne mielikuvituksesta luotuja. Potilastapauksia ei kyetty suoraan yhdistämään tiettyyn osaston potilaaseen, jolla huolehdimme potilaiden oikeuksien, autonomian ja koskemattomuuden säilymisestä. Tätä työtä oli pyritty toteuttamaan totuudella, rehellisyydellä sekä aitoudella, jotta koulutustilaisuuksiin osallistuva pilottiosasto saisi mahdollisimman suuren hyödyn kehittämisprojektista, unohtamatta kuitenkaan projektin toteuttajien omaa panostusta.

9 POHDINTA

Kehittämisprojekti toteutettiin syksyn 2010 ja kevään 2011 aikana. Yhdeksään kuukauteen sisältyi paljon tunteita ja mielipiteitä. Näin jälkikäteen mietittynä monta asiaa olisi voinut tehdä toisinkin, mutta toisaalta lopputulokseen oli jokainen kehittämisprojektiin osallistunut tyytyväinen. Aikapulan vuoksi ja alkuperäiseen suunnitelmaan vedoten, mitään laajempaa kyselyä kehittämisprojektin kokonaisuudesta pilottiosastolle ei tehty. Sen vuoksi pilottiosaston kantaa kehittämisprojektin kokonaisuudesta ei tulla tässä pohdintaosuudessa käsittelemään erikseen. Kehittämisprojektiä ja sen toteutumista oli hyvä kuitenkin pohtia sekä kehittämisprojektin itsensä kannalta että projektin toteuttajien kannalta.

9.1 Kehittämisprojektin näkökulmasta

Laineen (2008) tutkimuksessa tietokoneohjelman puuttuminen koettiin koulutustilaisuuksien alkuaikana suurimpana vaikeutena. Manuaalisesti kirjoitetut paperiversiot tuntuivat hyödyttömiltä kirjoittajaa ja niitä pidettiin epäselvinä sekä ajanhukkaan heittämisinä. Ohjelman käyttöön saamisen jälkeen rakenteisen kirjaamisen ymmärrys lisääntyi selkeästi. Näihin johtopäätöksiin tultiin myös tässä kehittämisprojektissa. Hoitajilla oli käytössään kirjaamisen tukihenkilöitä, mutta heitä ei koettu olevan tarpeeksi työvuoroissa ja yleensäkin osastolla läsnä. Alkuun tukihenkilöitä oli kuitenkin kahdessa työvuorossa sekä aamu- että iltavuorossa muutaman päivän ajan. Tukihenkilöiden tuki kirjaamistilanteissa oli tarpeellista ja myös uudet työntekijät oli otettava riittävästi huomioon. Vakitukselta henkilökunnalta ei aina kyetty kysymään neuvoja tai ohjeita kirjaamisen suhteen, johon juuri työvuorojen vaihtelevuudesta. Kollegoilta saatu vertaistuki koettiin tärkeäksi. Sijaiset tunsivat saamansa koulutuksen ja vertaistuen riittämättömäksi. Muutaman tunnin kestäväällä koulutuksella ei pystytty tekemään ihmeitä. (Laine 2008, 39–42.)

Kirjallisten ohjeiden löytyminen osastolta, edesauttoivat hoitajia yhteneväiseen kirjaamistapaan. Kirjalliset ohjeet tukivat hoitajien muistia. Kirjaamisessa esiintyvien ongelmien ylöskirjaaminen ja jälkiselvittely avasivat ymmärrystä sekä ohjelmaa, että kirjaamiskäytäntöä kohtaan. Alkuvaiheessa oli tärkeää panostaa hoitohenkilökunnan määrään työvuoroissa, jottei hoitotyö kärsisi. (Laine 2008, 41.) Tämän kehittämisprojektin aikana kehittämisprojektissa mukana oleva pilottiosasto oli työvuorosuunnittelussaan ottanut tämän asian huomioon ja oli järjestänyt koulutustilaisuuksiin osallistuville pilottiosaston hoitajille sijaisia osastolle.

Rakenteisen kirjaamistavan koulutustilaisuuksissa on järkevää käydä lävitse ongelmia, joita muut osastot ovat kohdanneet omissa kirjaamiskoulutuksissaan. Oman työyhteisön tuella ja hyvällä esimiestaidoilla henkilökunta saadaan mukaan uudistukseen, kunhan muutoksiin varataan aikaa riittävästi. Hyvä on myös huomioida henkilökunnan tietotekniset valmiudet sekä eritasoinen osaaminen. Kiire ei tulevaisuudessakaan tule häviämään hoitoalalta, mutta se ei saa olla este laadukkaaseen kirjaamisen toteutumiselle. Jokaisen terveydenhuollon henkilökunnan ammattieettiin velvollisuuksiin kuuluu oman ammattitaidon kehittäminen ja ylläpitäminen. Kirjaaminen on osa hoitohenkilökunnan työtä ja siihen tulee panostaa yhtä paljon kuin päivittäisten toimenpiteiden tekemiseen. Laadukkaalla ja täsmällisellä tiedolla parannetaan potilasturvallisuutta ja autetaan moniammatillista tiimiä jatkohoitotoimenpiteiden suunnittelussa.

Kehittämisprojektia voidaan katsoa myös laajemmassa näkökulmassa. Tässä opinnäytetyössä kirjaamista kehitettiin yhden osaston lähtötarpeista. Kehittämisprojektia voidaan tehdä myös koko organisaation sisällä, sen kaikkia osastoja koskevaksi ja jopa yli organisaation rajojen. Oman organisaation järjestämät koulutustilaisuudet ovat nykyään hyvinkin moninaisia ja ajanhaasteisiin vastaavia. Forssa, joka kuuluu Kanta-Hämeen alueeseen, pystyy käyttämään hyväkseen myös Hämeenlinnassa toteutettuja koulutustilaisuuksia. Unohtaa ei myöskään sovi alan ammattiliittojen järjestämiä tilaisuuksia, joissa jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella on mahdollisuus ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan. Paljon puhutaan myös niin sanotuista verkkokoulutustilaisuuksista, joissa tietokoneyhteyksien avulla pyritään virtuaaliopetuksessa opettamaan hoitotyön aiheita etäopiskeluna. Ammatillista kirjallisuutta alan eri aiheista löytyy runsaasti ja sitä on helposti tilattavissa muun muassa ammattiliittojen verkkomyynnin kautta. Kokonaisuudessa tietoa löytyy paljon ja oman työn kehittämisen esteenä voidaan nähdä ainoastaan hoitotyön ammattilaisen oma motivaatio.

Tästä opinnäytetyöstäkin tuli hyvin selkeästi esille, että uusi kirjaamismalli tulee olemaan haaste hoitohenkilökunnalle tulevaisuudessa. Sen opettamisen tiedetään alkuun vievän aikaa peläten potilastyön jäävän vähemmälle huomiolle. Käyttökokemukset kuitenkin lisäävät osaamista ja tuovat sen kautta enemmän aikaa potilasläheiseen hoitotyöhön. Hoitajien erilainen tapa kirjata, sijaisten kirjaamisoikeudettomuus tai osaamattomuus tuo oman paineensa laadukkaaseen kirjaamisen tuottamiselle ja siihen tulee varautua. Raportointitavat tulevat muuttumaan, samoin koulutustarpeet. Positiivisena asiana voidaan nähdä kuitenkin se, että tiedon kirjaaminen tulee

olemaan tulevaisuudessa tarkempaa, helpommin löydettävää ja vastuuta lisäävää. (Laine 2008, 25–26.)

9.2 Projektin toteuttajien näkökulmasta

Forssa kuuluu Kanta-Hämeen Sairaanhoidopiiriin ja näin ollen projektin vetäjiä kiinnosti tietää, miten naapurikaupungissa Hämeenlinnassa rakenteisen kirjaamisen pilotointi oli lähtenyt käyntiin. Hämeenlinnassa rakenteisen kirjaamisen pilotointi oli aloitettu psykiatrian puolelta ja sillä hetkellä se oli ollut käytössä noin vuoden. Hämeenlinnan psykiatrisilla osastoilla oli odotettu uuden asian käyttöönottoa lähinnä jännittyneenä, mutta myös muutosvastarintaa oli ollut nähtävissä. Koulutustilaisuuksia ja tukea kirjaamisen osalta oli järjestetty hoitohenkilökunnan mielestä riittävästi. Ohjeet ohjelmiston käytöstä tuntuivat hyviltä ja kattavilta. Hoitotyön yhteenvedo puhutti osastoilla paljon ja se kaipasi selkeyttämistä. Ongelmia ilmeni lääkityksen osalta ja kuumekurvassa, sillä ohjelma ei tunnistanut kaikkia lääkkeitä ja lääkekorttien tulostamisessakin oli ongelmia. Kuumekurva koettiin käteväksi mutta hitaaksi työvälineeksi. Suunnitelmien päivittäminen unohtui helposti ja määräysten tekeminen todettiin mahdottomaksi, jos toisella oli tietokone auki saman potilaan tiedoissa. Kiireisinä päivinä törmättiin kirjaamisen kapeutumiseen. Ohjelmiston käytön myötä kirjaaminen ja raporttien pitäminen tuli sujuvammaksi. Ongelmat, jotka olivat tulleet esille ohjelman käytöstä, olivat kuitenkin hyötyyn nähden pieniä. Kokonaisuutta ajatellen uusi kirjaamiskäytäntö nähtiin hyvänä ja toimivana ratkaisuna. (Rajala, 2010, 1–3.)

Organisaatiokohtainen toimintatapa määrittää sen, milloin kyseinen organisaatio katsoo olevansa valmis aloittamaan siirtymisen kohti rakenteista kirjaamismallia. Sähköiseen, rakenteiseen kirjaamismalliin suora siirtyminen manuaalisesta kirjaamistavasta ei tule olemaan ongelmatonta, mutta se ei myöskään ole sille este. Huolimatta siitä, että koko maata koskevaan rakenteiseen kirjaamistapaan siirtymiseen on vielä aikaa, tämän kehittämisprojektin koettiin olevan ajankohtainen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muutoksen (1227/2010) mukaan, viimeistään vuonna 2014 sähköinen, rakenteinen kirjaaminen tulee koko valtakuntaa koskevaksi. Kehittämisprojektissa mukana olevalla pilottiosastolla se voi olla ajankohtaista jo tämän vuoden marraskuussa.

Koulujen ja työyhteisöjen yhteistyö näyttää tulevaisuudessa lisääntyvän. Opinnäytetöiden sähköinen arkisto Theseus osoittaa sen, että vuonna 2010 tehtiin ennätysmäärä opinnäytetöitä kirjaamiseen liittyen. Oppilaitokset ovat hyvä yhteistyökumppani siinäkin mielessä, että sieltä löytyy henkilöstöresursseja, ajankohtaista tietoa sekä innokkuutta asioiden kehittämiseen. Työyhteisö antaa panoksenaan ammattitaidon, hiljaisen tiedon ja kokemuksen. Se, että opiskelija saa jo opiskeluaikanaan luotua hyviä suhteita työelämän edustajiin, antaa myös vastavalmistuvalla sairaanhoitajalle toivoa pärjätä omassa työssään henkilökunnan ja osaston toimintatavan ollessa jo tuttua.

Opinnäytetyöstä tuleva hyöty koulun näkökulmasta voidaan nähdä uusien yhteistyömahdollisuuksien ja työelämälähtöisen yhteistyökumppanuuden muodossa. Yhteistyötä voidaan kehittää erinäisten koulutustilaisuuksien myötä tai jopa uusien toiminnallisten opinnäytetöiden osalta. Toivon mukaan vuosien saatossa yhä useammat opiskelijat valitsevat toiminnallisen opinnäytetyön. Sen avulla luodaan uusia sidoksia työelämän, koulun ja opinnäytetyöntekijän välille sekä kehitetään uusia toimintatapoja.

Jatkotutkimusehdotuksina voidaan nähdä kehittämisprojektin vaikutus kirjaamisen laatuun pilottiosastolla. Tarvetta olisi myös tarkastella miten kehittämisprojekti on auttanut pilottiosastoa sähköiseen, rakenteiseen kirjaamistapaan siirtymisessä ja mihin asioihin tulisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota siihen siirryttäessä. Eri osastojen välisellä kirjaamistavan vertailulla voitaisiin edelleen kehittää yhtenäistä kirjaamistapaa.

10 LÄHTEET

Aaltonen, J., Ailio, A., Kilpikivi, P., Nykänen, P., Nyberg, P., Kunnamo, I., Kuosmanen, P., Reijonsaari, K. & Wiesenthal, A. 2009. Kansallisen tason sähköisten potilastietojärjestelmien toteuttamisvaihtoehtojen vertailu. KATTAVA-projekti. Sitran selvityksiä 12. Loppuraportti. Viitattu 9.6.2011. 39–68.

https://www.sitra.fi/NR/rdonlyres/FAAC9CCC-70CD-47C2-A5B8-FD752D46EEA6/0/Selvityksia12_KATTAVA.pdf

Ahonen, O., Ikonen, H. & Rajalahti, E. 2009. Potilasturvallisuus. Osaamisen kehittäminen Enni-hankkeessa. Viitattu 15.8.2011.

<http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/viewArticle/446/513>

Amberla, S. 2007. Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L. & Tantt, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 33–47.

Antikainen, E. 2006. Kontrollointi ja vastarinta. Vastavoimaista vallankäyttöä. Teoreettinen tutkimus organisaatioiden arkitoimijoiden kontrollinnista ja vastarinnasta. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu tutkielma.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. Hoitamalla hyvää oloa. 2010. Helsinki: WSOYpro Oy.

Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L. & Tantt, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 56–64.

Ensio, A. & Häyrinen, K. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L. & Tantt, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 97–111.

Ensio, A., Kaakinen, P. & Liljamo, P. 2008. Opas FinCC- luokituskoonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 2007 – 2008. Finncc – luokituksen käyttöopas. Kuopion yliopisto.

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

Graeffe, R. & Hallila, L. 2005a. Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Ahlstedt, S., Graeffe, R., Hallila, L. (toim.), Halonen, T., Hiltula, T., Hämäläinen, L., Jaatinen, A., Lestinen, P., Nissilä, A., Salo, R., Suhonen, R., Tolonen, A. & Turtiainen, T. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy & Kustannusosakeyhtiö Tammi, 16–22.

Graeffe, R. & Hallila, L. 2005b. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Ahlstedt, S., Graeffe, R., Hallila, L. (toim.), Halonen, T., Hiltula, T., Hämäläinen, L., Jaatinen, A., Lestinen, P., Nissilä, A., Salo, R., Suhonen, R., Tolonen, A. & Turtiainen, T. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy & Kustannusosakeyhtiö Tammi, 70–96.

Hakala, P. 2010. Kohti rakenteista kirjaamista. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Hallila, L. 1999a. Hoitotyön prosessi ja päätöksentekoprosessi hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa. Teoksessa Ahopelto, P., Ensio, A., Hallila, L.(toim.), Hannikainen, T., Ilveskivi, P., Rönkkö, I., Saranto, K., Walle, P., Virtanen, S-L., Väisänen, S. & Toivanen, I. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy, 40–45.

Hallila, L. 1999b. Potilaan toimintakyvyn määrittäminen ja voimavarojen kartoittaminen hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa. Teoksessa Ahopelto, P., Ensio, A., Hallila, L.(toim.), Hannikainen, T., Ilveskivi, P., Rönkkö, I., Saranto, K., Walle, P., Virtanen, S-L., Väisänen, S. & Toivanen, I. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy, 69–72.

Hallintolaki 434/2003. Viitattu 11.8.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434>

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

Hietanen, H., Holmia, S., Kassara, H., Ketola, M-L., Lipponen, V., Murtonen, I. & Paloposki, S. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hovilainen-Kilpinen, T & Oksanen, H. 2010. Lähihoitajan käsikirja. Helsinki: Tammi Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ikonen, H. & Saranto, K. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 187–195.

Ikonen, H. & Sonninen, A-L. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L. & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 75–79.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F & Skaug, E-A.(toim.) 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press, Edita Publishing Oy.

Junttila, K., Kiviniemi, K., Leinonen, T. & Ruonamo, M. 2007. Rakenteinen kirjaaminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L.(toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 71–88.

Kettukangas, K., Kuronen, J. & Ylisirniö, M. 2009. Kirjaamisen nykytila sairaanhoitajien ja kansanterveyshoitajien vastaanotoilla sekä heidän valmiutensa rakenteiseen kirjaamiseen. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 10.7.2010
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21175/HeidiKJohannaKMinnaY.pdf?sequence=1>

Kuusisto, A., Nykänen, P. & Viitanen, J. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Yhteenvetoraportti. Viitattu 18.7.2010.
http://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-2064.pdf

Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkiva hoitotyö vol.8(4), 12–20.

Kärkkäinen, O. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. 2007. Teoksessa: Hopia, H. & Koponen, L.(toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 89–96.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Yhteis-kuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro gradu -tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 11.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveyden asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta 1227/2010. Viitattu 11.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 11.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999. Viitattu 11.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>

Leino-Kilpi, H. 2006. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 1.-3. painos. Porvoo: Werner Söderström osakeyhtiö. 19–29.

Lundgren-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko. Muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näky-

väksi? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L.(toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 25–34.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi- ja päätöksen teko. Näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L.(toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 35–40.

Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. 2007. Viitattu: 25.7.2011.
<http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>.

Pekkala, E. 2007. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 48–55.

Pohjanvuori, M. 2007. Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus - Esimerkki käyttöönottoprojektista yliopistollisessa sairaalassa. 2007. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L.(toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 167–182.

Potilasvahinkolaki 585/1986. Viitattu 11.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Raij, K. 23.5.2011. Kehittämispohjainen oppiminen ammattikorkeakouluosaamisen mahdollistajana learning by developing ammattikorkeakoulukontekstissa. Vastaanottaja Eeva-Liisa Breilin. (Sähköpostiviesti). Viitattu 2.6.2011.

Rajala, T. 2010. Lasten psykiatrisen osaston rakenteisen kirjaamisen koulutuskansio. KHSHP:n muistio psykiatrian tulosalueen mentoreiden taapaamisesta 12.3.2010. Hämeenlinna. 1-3. Viitattu 22.5.2011.

Rope, T. & Vahvaselkä, I. 1994. Suunnitelmallinen markkinointi. Porvoo: WSOY.

Rusi, R. & Tanttu, K. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L.(toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 113–122.

Sajama, S. 2010. Kirjattu tieto ei jää leijumaan. Tehy 15/2010, 34–35.

Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L.(toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 13–24.

Saranto, K. 2007. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 18–32.

Sonninen, A-L. 2007a. Termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa Ensio, A., Tantt, K., Saranto, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 88–94.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:3. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen, Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki: Edita Oyj.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 14.7.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=hoitojakson%20yhteenveto#highlight3>

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

Tantt, K. 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke. 9/2007–10/2009. Loppuraportti 30.11.2009. Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin Kuntayhtymä. Hallintokeskus. Turku. 6. Viitattu 16.6.2010.
www.vssp.fi/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf

Varma Oy. 2005. Henkilöstökehittäjän käsikirja. Käytännönläheiset työkalut kehittämiseen. Viitattu 8.5.2010.
http://www.actional.fi/Artikkelit/Henkilostonkehittajan_kasikirja.pdf

Ylikoski, M. 2005. Muutoksen hallinta. Ihmisyys muutoksessa. Työterveyslaitos. Diasarja. Kanta-Hämeen Keskussairaala lastenosaston koulutus-kansio. Viitattu 18.5.2011.

SHTAL:N JA STHOL:N RAKENNE

HOIDON SUUNNITTELU	HOIDON TAVOITTEET	Suunnitellut toiminnot (Luokitus: SHToL)	HOIDON TOTEUTUS	HOIDON ARVIOINTI
Hoidon tarve (Luokitus: SHTaL)	Hoidon tavoitteet			Potilaan tila: Parantunut Ennallaan Huonontunut
5188 HENGITYS 5201Aspiraatoriski Vetää herkästi ruokaa henkeen. Hengitys raskasta, rohisevaa.	HENGITYS Aspiraatio riski vähenee. Arviointi ruokailun yhteydessä.	1324 HENGITYS 1348 Hengityksen ja keuhkojen toiminnan ylläpito 1347 Yskösten seuranta Erityisesti ruokailujen yhteydessä.	1324 HENGITYS 1348 Hengityksen ja keuhkojen toiminnan ylläpito 1347 Yskösten seuranta Yöllä oli kertynyt limaa ja potilasta yskitti aamulla. Päivällä vähemmän yskää. 1349 Hapen antaminen Viiksilä tarvittaessa. 1340 Hengityksen seuranta 1341 Hengityksen laadun ja määrän seuranta Tarvittaessa, kun hengitys raskaampaa. 1242 RAVITSEMUS 1248 Ravinnon saannin turvaaminen 1255 Hyvän ruokailuasennon huomioiminen Hyvä ruokailuasento	HENGITYS Ennallaan Ei ole mennyt ruokaa henkeen, hengitys fr hieman nopea.

SWOT ANALYYSI KIRJAAMISEN NYKYTILASTA PILOTTIOSASTOLLA

<p><u>vahvuudet</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Osataan käyttää konetta, koska pilotoitu sähköistä kirjaamista paljon- Rakenteista kirjaamista tehty jonkun aikaa	<p><u>Heikkoudet</u></p> <ul style="list-style-type: none">- ohjelma puuttuu- kiire, joka aiheuttaa ettei aikaa kirjata ja paneutua asiaan kunnolla- koneita vähän- ei voi kirjata heti ja myöhemmin ei muista
<p><u>Mahdollisuudet</u></p> <ul style="list-style-type: none">- helppo- Kaikkien käytettävissä- Laaja-alainen Effican käyttäjäryhmille näkyvillä- Tieto välittömästi kaikkien käyttäjien nähtävillä	<p><u>Uhat</u></p> <ul style="list-style-type: none">- sähkökatkos-ohjelman toimimattomuus-koneelta tilan loppuminen (lomakkeiden osalta)

OPINNÄYTETYÖN AIKA-TAULU

Päivämäärä:	Mitä:	Missä:	Milloin:	Ketä/Ketkä:
27.8.2010	Opinnäytetyön ideariihipalaveri	FSTKY:n tiloissa		
26.10.2010	Kirjaamiskoulutus Effican käytöstä	HAMK:n tiloissa	klo:13-14	Eeva-Liisa Breilin
28.10.2010	Osastopalaveri yhteistyö osaston kanssa: opinnäytetyön aiheen ja toiminnan esittely.	FSTKY:n tiloissa	klo:13-14	Osaston henkilökunta, Elina Koskela ja Teija Toivola
2.11.2010	eNNI-projektin palaveri	HAMK:n tiloissa	klo:12-14	Projektissa mukana olleet, Elina Koskela ja Teija Toivola
5.11.2010	Opinnäytetyön suunnitelman palaveri	HAMK:n tiloissa	klo:8.30-9	Eeva-Liisa Breilin, Elina Koskela ja Teija Toivola
9.11.2010	Opinnäytetyön sopimuspalaveri	FSTKY:n tiloissa	klo:13-14	Raija Vähätalo, Elina Koskela ja Teija Toivola
23.11.2010	Opinnäytetyön suunnitelma seminaarit	HAMK:n tiloissa	klo:14.30-15.15	
24.11.2010	SWOT-analyysin tulosten noutaminen	FSTKY:n tiloissa	klo:14	
7.12.2010	Osastopalaveri yhteistyökumppanin kanssa opinnäytetyö toteuttamisesta	FSTKY:n tiloissa	klo:13.30-15	Osaston henkilökunta, Elina Koskela ja Teija Toivola
16.12.2010	Kirjaamisen ohjelmiston ohjaus	HAMK:n tiloissa	klo:8-9	Eeva-Liisa Breilin, Elina Koskela ja Teija Toivola
16.12.2010	1. Kirjaamisen koulutus	HAMK:n tiloissa	klo:13-15	Osaston henkilöstöä, Elina Koskela ja Teija Toivola
11.1.2011	2. Kirjaamisen koulutus	HAMK:n tiloissa	klo:13-15	Osaston henkilöstöä, Elina Koskela ja Teija Toivola
1.2.2011	Peruutettu koulutuskerta			

15.3.2011	Opinnäytetyön ohjausta	HAMK:n tiloissa	klo:8-8-30	Eeva-Liisa Breilin, Elina Koskela ja Teija Toivola
23.3.2011	Sähköinen rakenteinen kirjaaminen –uhka vai mahdollisuus? kurssi	Hämeenlinnan sairaalan luentosalissa	klo:13–16	Kurssille osallistuneet, Elina Koskela ja Teija Toivola
25.3.2011	Opinnäytetyön etenemispalaveri	FSTKY:n tiloissa	klo:10–11	Raija Vähätalo, Elina Koskela ja Teija Toivola
8.4.2011	3. Kirjaamisen koulutus	HAMK:n tiloissa	klo:13–15	Osaston henkilöstöä, Elina Koskela ja Teija Toivola
20.4.2011	4. Kirjaamisen koulutus	HAMK:n tiloissa	klo:13–15	Osaston henkilöstöä, Elina Koskela ja Teija Toivola
18.8.2011	Opinnäytetyön ohjaus	HAMK:n tiloissa	klo:9-10	Eeva-Liisa Breilin ja Elina Koskela
1.9.2011	Opinnäytetyön ohjaus	HAMK:n tiloissa	8.30-9.30	Eeva-Liisa Breilin, Elina Koskela ja Teija Toivola

KOULUTUSSUUNNITELMA 16.12.2010

Hoitotyön prosessi:

- Tarpeen määrittäminen
 - Potilaan esitiedot ja haastattelu -> tietojen kerääminen
 - Hoidon syy ja tarve
- Hoitotyön suunnittelu
 - Asetetaan hoitotyölle tavoitteet -> Mihin hoidossa pyritään
- Hoitotyön toteutus
 - Millä keinoin potilaan hoitoa koskeviin tavoitteisiin päästään eli auttamismenetelmät -> Millä keinoin potilas autetaan
- Hoitotyön arviointi
 - Arviointi tapahtuu koko prosessin ajan -> Potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset?

-Effican käyttöongelmien vuoksi emme päässeet tutustumaan rakenteelliseen whoikelehteen, mutta kävimme yhden tapauksen kautta potilaan hoitosuunnitelman hoitotyön prosessin kautta.

-Effican käyttöongelmista on otettu yhteyttä helpdeskiin sekä järjestelmän valvojaan ja odotamme sen toimivan seuraavassa koulutuspäivässämme 1.11.2011 klo:13.00-15.00.

-Mukana paikalla olivat:

Projektin toteuttajat: Elina Virtanen sekä Teija Toivola
Pilottiosaston henkilöstöä

Case 1:

Kyseessä 95-vuotias nainen, Hilma Heikkinen. Vaikeasti dementoitunut. Perussairaute-
na Alzheimerin tauti ja krooninen virtsatieinfektio. Potilaalle tehty DNR-päätös
10/1008. Potilas on ollut hoidettavana terveyskeskuksen vuodeosastolla helmikuussa
2008 lähtien. Tätä ennen vanhin tytär on hoitanut kotona vuodesta 2005. Puoliso on
kuollut vuonna 2001. Omaisten on vaikea hyväksyä, äidin voinnin huonontumista.

-Täysin vuoteeseen hoidettava potilas, johon ei saa puhekontaktia. Hoitojen yhteydessä
säpsähtelyä. Iho ohut, hauras, painuu herkästi asentohoidosta huolimatta.

-Syö syötettynä: syöminen hidasta, toistuvasti vetää ruokaa henkeen ja saa yskänkohta-
uksia. Limaa erittyy runsaasti, etenkin syömisestä yhteydessä. Imua tarvitaan päivittäin
useita kertoja ruokailujen yhteydessä. Hengitys raskasta, rohisevaa. Oikealla kyljellä
ollessaan hengitys selvästi vaikeampaa, huulet ja kasvot sinertyvät. Keuhkoista auskol-
toiden diffuusioa rohinaa molemmin puolin, sydäimestä ei erityistä. Tarvittaessapotilas
saa lisähappea happiviiksillä.

-Virtsanpidätyskyvyttömyydestä on kärsinyt jo vuodesta 2003. Virtsaa vaippaa, ollut
useita virtsatie-infektioita. Vatsa ei toimi spontaanisti, toimitettava peräruiskein.

-Lääkitys: Trimopan 100mg x 1, Durogesic 25µg/h-kipulaastari, Laxoberon 10ggt x 1.
Tarvittaessa: Oxynorm 1mg/ml x 5-10ml, Morphin 20mg/ml 4mg i.m.

Suuri kiitos vielä tyttöjen kärsivällisyydestä. Hyvää ja rauhallista joulua koko osaston
henkilökunnalle, toivottaen: Teija Toivola ja Elina Virtanen.

POTILASESIMERKKI 1

Potilas esimerkki.

Kyseessä 95-vuotias nainen, Hilma Heikkinen. Vaikeasti dementoitunut. Vaikeasti dementoitunut. Perussairautena Alzheimerin tauti ja krooninen virtsatieinfektio. Potilaalle tehty DNR-päätös 10/2008. Potilas on ollut hoidettavana terveyskeskuksen vuodeosastolla helmikuusta 2008 lähtien. Tätä ennen vanhin tytär on hoitanut kotona vuodesta 2005. Puoliso on kuollut vuonna 2001. Omaisten on vaikea hyväksyä, äidin voinnin huonontumista.

Täysin vuoteeseen hoidettava potilas, johon ei saa puhekontaktia. Hoitojen yhteydessä säpsähtelyä. Iho ohut, hauras, painuu herkästi asentohoidoista huolimatta.

Syö syötettynä; syöminen hidasta, toistuvasti vetää ruokaa henkeen ja saa yskänkohtauksia. Limaa erittyy runsaasti, etenkin syömisen yhteydessä. Imua tarvitaan päivittäin useita kertoja ruokailujen yhteydessä. Hengitys raskasta, rohisevaa. Oikealla kyljellä ollessaan hengitys selvästi vaikeampaa, huulet ja kasvat sinertyvät. Keuhkoista auskultoiden diffuusia rohinää molemmin puolin, sydäimestä ei erityistä. Tarvittaessa potilas saa lisähapetta happiviiksillä.

Virtsanpidätyskyvyttömyydestä on kärsinyt jo vuodesta 2003. Virtsaa vaippaan, ollut useita virtsatie-infektioita. Vatsa ei toimi spontaanisti, toimitettava peräruiskein.

Lääkitys: Trimopan 100 mg x 1, Durogesic 25 µg/h-kipulaastari, Laxoberon 10 gtt x 1. Tarvittaessa: Oxynorm 1 mg/ml x 5-10 ml, Morphin 20 mg/ml 4 mg i.m.

Tässä esimerkissä on kirjoitettu näkyviin luokitusten valintapolku, komponentista pääluokkaan ja mahdolliseen alaluokkaan, jos alaluokka on valittu sekä koodit. Tämä esimerkki on tarkoitettu opetuskäyttöön. Esimerkin tarkoituksena on oppia hahmottamaan luokituksen eri tasoja ja sisältöjä. Komponentit on kirjoitettu suurilla kirjaimilla, pääluokat vinoilla kirjaimilla ja alaluokat tavallisesti. Vapaateksti on sinisellä kirjattu. Todelisuudessa kirjaamistilanteessa luokituksesta valitaan tarpeissa ja toiminnoissa vain pää- tai alaluokka.

KOULUTUSSUUNNITELMA 8.4.2011

Tavoitteet:

- Hoitotyön prosessimallin hahmottaminen Whoike-lehdellä.
- Muistikuvien luominen, miten kirjaaminen tapahtuu Whoike-lehdelle.

Toteutus:

- CASE:n (annettu tehtäväksi 11.1.2011) läpikäyminen ryhmässä.
 - Tarkoituksena kerrata hoitotyönprosessimallia, johon rakenteinen, sähköinen kirjaaminen perustuu
- Whoikelle tapahtuva rakenteinen kirjaaminen pareittain.
 - Tarkoituksena tukea oppimista, jolloin tarvittaessa parilta saa tukea sekä eri näkökulmia asioiden ratkaisemiseen.
- Whoike-lehdelle kirjaaminen CASE:n kautta.
 - Tarkoituksena on helpottaa rakenteisuuden hahmottamista Whoike-lehdellä
- Whoiken hahmottamisen tukena käytetään, Effica hoitokertomuksen koulutusmateriaalia (Tieto.com).
 - Tarkoituksena toimia oppimisen apuvälineenä ja tukena. Materiaalin jokainen saa ottaa mukaansa, jotta pystyy tarpeen mukaan kertaamaan läpi käytyjä asioita.

Arviointi:

– Toteutus:

- ENNEN KOULUTUSTILAISUUTTA: Efficaan luotiin harjoituspotilaat (pohjat), joiden tietojen täydennykseen koulutuksemme tähtäsi. Harjoituspohjia luotiin yhteensä kolme, yksi jokaiselle koneelle, joissa työskenneltäisiin pareittain. Kaikki luomamme harjoituspotilaat, eivät kuitenkaan olleet tallentuneet ohjelmaan, tällöin loimme uudet.
- KOULUTILAISUUDEN KULKU: Aluksi käytimme projektoria hyväksemme heijastaen kankaalle tietokoneen näytön, jolla näytimme reitit, joilla Whoikeen mennään sekä esimerkki kirjaukset ja talletukset. Tämä helpotti osaltaan Whoiken hahmottamista ja sen käyttämistä. Tämän jälkeen annoimme parien itsenäisesti harjoittaa CASE-potilaan tietojen kirjaamista Whoike-lehdelle. Kinkkisten tilanteiden tullen avustimme ohjelman käytössä.

– Koulutuksen arviointi:

- Koulutus sujui hyvin vaikka petraamisen varaa meille ohjaajille jäikin kouluttamisen osalta. Ohjaamisemme oli välillä hieman sekavaa, sillä emme olleet jakaneet mitenkään mitä kumpikin kertoisi. Effica-ohjelman demoversio toimi hyvin, vaikka muutamissa pienissä toiminnoissa esiintyi häiriöitä. Häiriöitä syntyi päivien tietojen lukittautuessa, jolloin niitä ei saanut enää muokattua sekä pika

- valikoita käytettäessä, sillä ne eivät toimineet. Nämä pienet tekniset viat eivät kuitenkaan häirinneet Whoiken käyttöä.
- Koulutukseen osallistuneet pääsivät hyvin sisälle Whoiken käytöstä vaikka hienoisia teknisiä ja ohjaajista riippuvia häiriöitä alussa ilmenikin. Osallistujat osasivat koulutuksen jälkeen käyttää Whoiken-lehteä rakenteisen kirjaamisen osalta.

Osallistujat:

- Pilottiosaston henkilökuntaa
- Projektin toteuttajat: Elina Koskela ja Teija Toivola

KOULUTUSSUUNNITELMA 20.4.2011

Toisella koulutuskerralla tavoitteemme ja toteutuksemme pysyvät lähes samoina, sillä toiseen koulutuskertaamme mukaan tulee osallistujia, jotka eivät osallistuneet ensimmäiseen järjestämäämme koulutukseen.

Tavoitteet:

- Hoitotyön prosessimallin hahmottaminen Whoike-lehdellä.
- Muistikuvien luominen, miten kirjaaminen tapahtuu Whoike-lehdelle.
- Syventää Whoike-lehden käytön osaamista (niiden osalta, jotka osallistuivat viimekertaiseen koulutukseen).

Toteutus:

- CASE:n (annettu tehtäväksi 11.1.2011) läpikäyminen ryhmässä.
 - Tarkoituksena kerrata hoitotyönprosessimallia, johon rakenteinen, sähköinen kirjaaminen perustuu
- Whoikelle tapahtuvaa rakenteista kirjaamista harjoitellaan pareittain.
 - Tarkoituksena on tukea oppimista, jolloin tarvittaessa parilta saa tukea sekä eri näkökulmia asioiden ratkaisemiseen.
- Whoike-lehdelle kirjaaminen CASE:n kautta.
 - Tarkoituksena helpottaa rakenteisuuden hahmottamista Whoike-lehdellä.
- Whoiken hahmottamisen tukena käytetään, Effica hoitokertomuksen koulutusmateriaalia (Tieto.com).
 - Tarkoituksena toimia oppimisen apuvälineenä ja tukena. Materiaalin jokainen saa ottaa mukaansa, jotta pystyy tarpeen mukaan kertaamaan läpi käytyjä asioita.

Arviointi:

Toteutus:

KOULUTUSTILAISUUDEN KULKU: Osallistujat jakautuivat ryhmiin, toisessa ryhmässä oli kaksi henkilöä ja toisessa yksi henkilö. Ryhmät muodostuivat aikaisempien käytyjen koulutustilaisuuksien perusteella. Kahden hengen ryhmä muodostui koulutustilaisuuksiin aikaisemmin osallistuneista henkilöistä ja yhden hengen ryhmän jäsenellä ei ollut aikaisempia osallistumisia koulutustilaisuuksiin. Näin jakautuessaan pystyimme järjestämään ohjausta kunkin ryhmän tarpeiden mukaisesti.

KAHDEN HENGEN RYHMÄ: Ryhmän jäsenet olivat osallistuneet viime kerralla järjestettävään koulutukseen ja olivat tuolloin saaneet valmiiksi kirjattua silloisen CASE:n. Ryhmälle annettiin täksi kerraksi kirjattavakseen haasteellisempi CASE purettavaksi, jonka kirjaamista he saivat harjoittaa itsenäisesti.

YHDEN HENGEN RYHMÄ: Ei aikaisempia kokemuksia meidän järjestämisestä koulutuksista, joten hänen kanssaan lähdimme alkuun perusteista. Uutta harjoitus pohjaa emme olleet luoneet ennakkoon vaan loimme sen yhdessä. Kouluttamisessa käytimme hyödyksi viime kerralla luotuja potilasesimerkkejä, joita näytimme viereiseltä tietokone näytöltä. Tämä havainnointi helpotti hahmottamaan WHOIKE:n rakenteisuutta ja reittejä, miten ja minne kirjataan.

Koulutuksen arviointi:

KAHDEN HENGEN RYHMÄ: Suoriutuivat kirjaamisesta itsenäisesti. Ohjausta tarvittiin muutamia kertoja ja nämäkin johtuivat ohjelmankäyttöhäiriöistä, kuten ohjelman päivien lukittautuessa, jolloin tietojen tallentaminen ei onnistunut. Ryhmä hallitsi rakenteisen kirjaamisen WHOIKE:lla ja tämän myötä hoitotyön prosessimallin.

YHDEN HENGEN RYHMÄ: Ryhmäläinen suoriutui hyvin rakenteisesta kirjaamisesta ja oppi WHOIKE-lehden peruskäyttämisen. Hoitotyön prosessimallin teoria oli ryhmäläiselle entuudestaan tuttua, mutta tietojen soveltaminen rakenteiseen kirjaamiseen WHOIKE-lehdellä koettiin välillä haastavaksi. Ryhmäläiseltä meni välillä sekaisin tavoitteet, ongelmat ja keinot. Avatessamme enemmän hoitotyön prosessimallia WHOIKE-lehden avulla, hoitotyön prosessimalli avautui eli tietojen siirtäminen käytäntöön ja kirjaamiseen parani.

Osallistujat:

- Pilottiosaston henkilökuntaa
- Projektin toteuttajat: Elina Koskela ja Teija Toivola

POTILASESIMERKKI 2

Esimerkki 1:

75-vuotias henkilö , jolla koronaaritauti, verenpainetauti, krooninen flimmeri ja prostatahyperplasia. Mervein-hoito. 5/2010 TIA-kohtaus, jolloin otetussa pään TT-kuvauksessa ei akuuttia. Valkean aineen iskeemisdegeneratiiviseksi sopivaa harventumaa, ei laaja-alaisia iskeemisiä muutoksia. Kohtalaista yleistä kortikaalista ja lievää sentraalista atrofiaa, ei likvorkierron häiriön kuvaa. 26.4.10 prostatahöyläys ja osittainen kivien poisto, 7.6.10 loput rakkokivet poistettu. 20.11.10 illalla ystävän mukaan potilas käyttäytynyt "oudosti". Potilas mennyt nukkumaan ja herätessä puhe ollut puuromaista, sanojen hakemisen vaikeutta, sekä nimennyt tuttuja esineitä väärillä termeillä. Ei päänsärkyä, huimausta tai pahoinvointia. Kertonut oik. silmässä näön alentuneen. Toimitettu päiv pkl:n kautta keskussairaalaan, jossa pään TT:ssä ei akuuttia. 20.11. illasta potilas kaatunut neu osastolla huoneen lattialle. Kaatumisen jälkeen uusi pään TT, jossa kaatumiseen liittyvä subduraalihakematooma vasemmalla, noin 5 - 7 mm:n kokoisena. Ei keskiviivasiirtymää. Neurokirurgin ohjeilla olennaista anticoagulaation kumoaminen ja potilas sai jääplasmaa ja Konakionia. Uusi pään TT vielä ja siinä subduraalivuoto lisääntynyt vasemmalla 13 mm - 16 mm kokoiseksi ja keskiviivasiirtymää oli tapahtunut myöskin 11 - 12 mm oikealle päin. Vuotoa oli myöskin subduraalisesti oikeallekin kehittynyt. Joutunut lyhyesti intuboituna teho-osastolla olemaan hengitystyöläyden vuoksi. Potilas siirtyi intuboituna, respiraattorissa muutaman tunnin teho-osastojakson jälkeen yliopistosairaalaan neurokirurgialle jatkohoitoon subduraalihakematooman operatiiviseen hoitoon. Toisena postoperatiivisena päivänä saanut oikean raajaparin nykyin, loudattu Pro-Epanutinilla ja annettu Vimpat iv. Potilalla kehittynyt aspiraatiopneumonia johon aloitettu ab-hoito. Pään TT-kontrollissa leikkauksen jälkeinen, ei tuoretta vuotoa.

Lääkityksenä on Omeprazol 40 mg 1x1, Duphalac 20 ml x1, Klexane 0,4 ml 1x2, Emconcor 5 mg 1x2, Atacand 16 mg/ 12,5 mg 2x1 ja Keppra 500 mg 1x2.

Potilas on intensiivi kuntoutuspotilas. Siirtyy yhden hoitajan turvin pyörätuoliin rollaattoriin tai nousutuolien tukien. Wc:ssä käy, mutta vaipat vielä varoiksi. Pesut ja pukemiset ohjattava tai autettava. Pääosin asiallinen ja orientoitunut. Ruokailut onnistuvat tuolissa istuen kohtalaisesti. Lisäksi potilaalla on uniapnea, joka aiheuttaa päivisin ongelmia väsymyksen muodossa.

POTILASESIMERKKI 3

Esimerkki 2:

77-vuotias henkilö, jolla sepelvaltimotauti, tyypin II diabetes, verenpainetauti, hyperkolesterolemia ja hypotyreoosi. Vuonna 1991 tehty neljän suonen ohitusleikkaus. Asunut omatoimisena puolisonsa kanssa. 10.12.10 puoliso huomannut kotiin tullessaan potilaan oikean suupielen roikkuneen, puhe ollut puuro-maista. Toimitettu keskussairaalaan, jossa tulovaiheessa ollut oireeton, mutta myöhemmin samana päivänä siellä ollessaan pudonnut sängyltä, vasen puoli mennyt veltoksi. Pään TT:ssä vasemmalla subkutaanista hematoomaa, ei intracariaaliseen verenvuotoon viittaavaa, lievää iskeemis-degeneratiivista muutosta molemmiin puolin periventrikulaarisesti frontaalisesti. Herännyt epäily alkavasta a. cerebri media infarktista, ja annettu liuotushoito. Vasemman puolen velttous liuotuksen aikana hieman helpottunut, mutta oireisto jälleen palannut seuraavaan aamuun mennessä. Pään kontrolli-TT:ssä 20.12. todettiin oikealla temporaali- ja frontaalialueella kohtalaisen laajat infarktimuutokset. Lisäksi infarktiin sopivat löydökset myös oikean lateraaliventrikkelin etusarven vieressä ja nucleus lentiformiksen alueella. Siirtyi 20.12. jatkohoitoon sisätaudeille, keskussairaalaan ei sovittu jatkoja. Aloitettiin fysioterapia. Oirekuvana vasemman puolen neglect, katse ei liiku yli keskiviivan vasemmalle, vasemmassa raajaparissa ei aktiivista liikettä.

Lääkityksenä Thyroxin 0.1mg 1x1 (torstaisin ½x1), Simvastatin 40mg 1x1, Primaspan 100mg 1x1, Ormox 10mg 1x2, Omeprazol 40mg 1x1, Emconcor 5mg 1x1, Diformin retard 500mg, 2+1, Citalopram 20mg 1x1, Cardace 2.5mg 1x1, Amlodipin 5mg 1x1, Klexane 20mg x1 sc. tromboosiprofylaksiana, Paracetamol 500mg 1-2x3 tarvittaessa. Klexane voidaan lopettaa, kun potilas on aktiivisemmin liikkeessä.

Potilas on intensiivikuntoutuspotilas. Huomioitava vasemman puolen hemin vuoksi vuoteen, yöpöydän yms. sijainti. Istuu ruokailut ja muutenkin pyörätuolissa. Siirrot yhden tai kahden hoitajan toimesta. Pe-seytymiset ja pukemiset ohjattuna sekä autettuna. Syö itse, mutta hitaasti. Ohjattava ruokailussa huomiomaan koko tarjottimen sisällön.

POTILASESIMERKKI 4

Esimerkki 3:

76-vuotias henkilö, jolla verenpainetauti, dyslipidemia, v.- 2008 spontaani ICH, konservatiivinen hoitolinja jo silloin pään TT-kuvauksessa runsaasti iskeemis-degeneratiivisia subkortikaalisia muutoksia ilmeisesti potilaalla on pienten suonien tauti. Lisäksi fibromyalgia ja reflux-esophagitis aiemmin. Ei tupakointia, ei alkoholia, ei flimmerianamneesia. 8.11.10 keskussairaalaan puheen puoroutumisen takia. Myös vasen suupieli roikkunut, vasen käden voiman alenema huomattu, tulovaiheessa RR 160/80, kuumeeton, asiallinen, puhe on dysarthrinen, vasemmassa yläraajassa lievää motorista kömpelyyttä, päivystys-CT-kuvauksessa vanhat vaskulaariset muutokset ei mitään tuoretta ajan kohtaista, thx-rtg:ssä sydän kompensaatiossa, verekkyyks hieman korostunut, otetuissa verikokeissa Hb 131, tulehdusarvot matalat, lievä hypokalemia, joka nopeasti korjaantunut K 3.2- 3.3, Krea normaali, infarktientsyymit negatiiviset, dyslipidemia: kokonais-Kolesteroli 5.5, LDL 3.7, paastoverensokeri 6.3 eli hivenen koholla sen sijaan glukosoitunut hemoglobiini 5.4 eli normaali. EKG:ssa sinusrytmi, T-aallon muutoksia anterolateraalaisesti, joka on vanha löydös. Osastolle, jossa neurologinen oireisto syventynyt: vasemmassa kädessä distaalaisesti voimattomuutta, suupieli roikkumassa, puhe mennyt hyvin puuromaiseksi/dysarthriseksi. Kontrolloitu pään CT 9.11.10, jossa todettavissa laaja-alainen oikeanpuoleinen MCA:n alueen aivoinfarkti, jossa ei hemorragiaa. Todennäköisesti verenpainetaudin ja dyslipidemian pohjalta kehittynyt oikean aivopuoliskon infarkti, aloitettu kuntoutus: vuodepotilas vielä, harjoiteltu istumatasapainoa, nieleminen sujunut istumatasennossa, paksumpia sosemaisuuksia ruokia, suunniteltu kaulasuonien ultraäänitutkimus (tällä hetkellä varattu aika 17.11.10 klo 12.00), tarvittaessa konsultoidaan sairaalan neurologia.

Siirtovaiheessa aloitettu Trimopan 160 mg x 2 viitenä päivänä kestävästä kuurina, muu lääkitys: Primaspan 100 mg kerran päivässä, Simvastatin 20 mg kerran päivässä, Nexium 40 mg kerran päivässä, Cozaar Comp 50/12.5 mg kerran päivässä, Temesta 1 mg puolikas tabletti kerran päivässä, Klexane 40 mg kerran päivässä ihon alle niin kauan kuin liikuntakyky alentunut, jatkossa esim. 3-4 viikon kuluttua Primaspanin rinnalle Asasantin Retard 1 kapseli x 2 ja viikon kuluttua nosto siitä kahteen kapseliin silloin Primaspan-lääke purettava pois, tässä vaiheessa kun aivoinfarkti niin laaja, jatketaan ainakin kuukauden ajan pelkällä Primaspanilla.

Intensiivi kuntoutuspotilas. Istumista pyörätuolissa ainakin ruoka-ajat. Ruokailussa avustettava osin. Pesut ja pukemiset ohjattuna tai autettuna. Wc:ssä kahden hoitajan avustamana, valvottava rinnalla koko ajan. Vaipat koko ajan ja karkaillee wc -reissuista huolimatta. Kovasti kallistaa vasemmalle ja muutenkin istuma-asento on huono. Vasen käsi unohtuu alituisen ja vasen jalka koukistuu. Itkuinen tai muuten allapäin.

KOULUTUKSEN ARVIOINTI LOMAKE 20.04.2011

Hei! Olemme kokoontuneet yhdessä viisi kertaa rakenteisen kirjaamisen kehittämisen merkeissä. Kaksi ensimmäistä kertaa harjoittelimme paperisessa muodossa rakenteista kirjaamista, mutta kaksi viimeistä kertaa pääsimme kokeilemaan tietokoneella myös rakenteellisen muodon käyttämistä Whoike-lehdellä Effican demo-versiolla. Haasteita on tullut vastaan mm. ohjelmien toimivuudessa sekä välillä motivaatiossakin, mutta haluamme yhdessä kiittää teitä asioihin paneutumisesta ja kiinnostuksen ylläpitämisestä.

Tähän lomakkeeseen voit omin sanoin kertoa meille, mitä koulutus on sinulle antanut, mitä ajatuksia se on sinussa herättänyt, mistä jatkossa toivoisit saavasi koulutusta, rakenteisen kirjaamisen osalta?

T:Elina Koskela ja Teija Toivola

