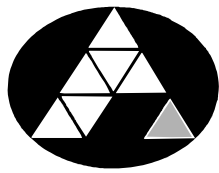


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Sannamari Arponen
Niina Niemi

HOITOTYÖN SÄHKÖISEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN
TERVEYSKESKUSSAIRAALAN VUODEOSASTOLLA

Opinnäytetyö
Helmikuu 2010



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 6600

Tekijät

Sannamari Arponen, Niina Niemi

Nimeke

Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen terveyskeskussairaalan vuodeosastolla

Toimeksiantaja

Anonyymi

Tiivistelmä

Opinnäytetyön aiheena oli sähköisen kirjaamisen kehittäminen. Opinnäytetyö oli osa eNNI-hanketta. eNNI-hanke on koko Suomea koskeva hoitotyön sähköistä kirjaamista kehittävä hanke. eNNI-hankkeen tarkoituksena on tehdä tunnetuksi sähköistä kirjaamismallia hoitotyön käytännössä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä pilottiosastolle tunnetuksi sähköistä rakenteista kirjaamista FinCC-luokitusten avulla.

Hoitotyön sähköinen kirjaaminen on potilaan hoitoon liittyvää hoitotyön prosessin mukaista suunnitelmallista kirjaamista. FinCC-luokituksilla hoitotyön kirjaamisesta saadaan rakenteista. Rakenteinen kirjaamismalli tulee yhtenäiseksi valtakunnallisesti.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä tukemalla ja motivoimalla pilottiosaston henkilökuntaa kirjaamisen muutosprosessissa. Kesän 2009 aikana pilottiosastolle tehtiin kolme ohjauksetta. Ohjauksettojen tarkoituksena oli tukea hoitohenkilökuntaa hoitotyön suunnitelmien tekemisessä FinCC-luokitusten avulla. Pilottiosaston kirjaamisen lähtötilanne kartoitettiin teemahaastattelun avulla. Muutosprosessia toteutettiin juurruttamisen menetelmällä.

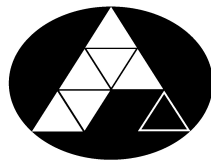
Työyhteisö arvioi hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektia arviointilomakkeella. Arviointilomake analysoitiin SWOT-analyysimenetelmällä. Suurin osa työyhteisöstä koki, että työryhmän toiminnasta oli hyötyä hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä.

Kieli
suomi

Sivuja 41
Liitteet 5
Liitesivumäärä 6

Asiasanat

hoitotyön sähköinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi, työyhteisön kehittäminen, muutosprosessi



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
February 2010
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. 358-13-260 6600

Authors

Sannamari Arponen, Niina Niemi

Title

Developing Electronic Nursing Documentation in Health Centre Hospital Ward

Commissioned by

Anonymous

Abstract

The topic of this thesis was the development of electronic nursing documentation. The thesis was a part of the eNNI project on electronic nursing documentation which concerns whole Finland. The purpose of the eNNI project is to make model of electronic nursing documentation known in practice. The purpose of this thesis was to make an electronic structured nursing documentation with the Finnish Care Classification (FinCC) known in a pilot ward.

Electronic nursing documentation is planned documentation which concerns the nursing of a patient and is done according to a nursing process. The FinCC classification makes the nursing documentation structured. The structured nursing documentation model will become consistent nationwide.

The thesis was carried out as a practice based thesis, by supporting and motivating the staff in the ward in the change process concerning electronic nursing documentation. During summer 2009, three guidance visits were made to the ward. The purpose of the guidance visits was to support nurses to make nursing plans with the FinCC classification. Information on the initial state of nursing documentation in the ward was collected through thematic interviews. Embedding was used as a working method in the change process.

The work community evaluated the development of the nursing documentation with an evaluation form. The evaluation form was analysed with SWOT analysis. The majority of the work community felt that the work group's action was useful in the development of the nursing documentation.

Language

Finnish

Pages 41

Appendices 5

Pages of Appendices 6

Keywords

electronic nursing documentation, nursing process, development of the work community, change process

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	5
2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN.....	6
2.1 Potilasasiakirja ja ydintiedot.....	6
2.2 Hoitotyön sähköinen kirjaaminen.....	8
2.3 Hoitotyön prosessi.....	10
2.4 Rakenteinen kirjaaminen ja hoitotyön luokitukset.....	12
3 KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN TYÖYHTEISÖSSÄ.....	17
3.1 Työyhteisön kehittäminen.....	17
3.2 Kirjaamisen muutosprosessi työyhteisössä.....	17
3.3 Juurruttaminen kirjaamisen kehittämisen prosessina.....	19
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ.....	21
5 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ JA LÄHTÖTILANTEEN KARTOITUS.....	21
5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	21
5.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä.....	21
5.3 Lähtötilanteen kartoitus ja aineiston analyysi.....	22
5.4 Lähtötilanteen kartoituksen tulokset.....	23
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	25
6.1 Kirjaamisen kehittäminen.....	25
6.2 Ohjauksetojen toteuttaminen.....	26
7 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI.....	28
7.1 Kehittämistyön arviointimenetelmä.....	28
7.2 Kehittämistoiminnan arviointi.....	29
8 POHDINTA.....	31
8.1 Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu.....	31
8.2 Luotettavuus.....	32
8.3 Eettisyys.....	35
8.4 Ammatillinen kasvu ja kehitys opinnäytetyöprosessissa.....	36
8.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat.....	37
LÄHTEET.....	38

LIITTEET

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Lähtötilanteen kartoituksen kysymykset
Liite 3	SWOT-analyysi lähtötilanteen kartoituksesta
Liite 4	Hoidon suunnittelulomake
Liite 5	Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen arviointilomake

1 JOHDANTO

Sähköinen sairaskertomus on otettu käyttöön valtakunnallisesti vuoden 2007 lopulla. Sähköisen potilaskertomuksen tavoitteena on hoidon laadun parantaminen, potilasturvallisuuden lisääminen sekä uusien potilastietojärjestelmien käyttöönoton ja yhtenäisyyden mahdollistaminen. Sähköistä kirjaamista on kehitetty erilaisten hankkeiden avulla. (Hallila 2005, 51–53.)

eNNI-hanke on koko Suomea koskeva hoitotyön sähköistä kirjaamista kehittävä hanke. Hankkeen tarkoituksena on tehdä tunnetuksi rakenteista sähköistä kirjaamismallia hoitotyön käytännössä. (Ikonen 2008.) Rakenteinen sähköinen kirjaamismalli sisältää hoitotyön tarve-, toiminto- ja tulosluokitukset eli FinCC-luokitukset. FinCC-luokitukset (Finnish Care Classification) ovat suomalaisia hoitotyön luokituksia, joita käytetään hoitotyön sähköisessä kirjaamisessa. Niihin kuuluvat hoidon toimintoluokitus (SHToL2.0.1), hoidon tarveluokitus (SHTaL2.0.1) ja hoidon tulosluokitus (SHTuL1.0). (Sonninen 2007, 88–89; Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3.)

eNNI-hankkeen toteutukseen osallistuvat sairaanhoitajat, hoitotyön opettajat ja ammattikorkeakoulujen sairaanhoitajaopiskelijat. eNNI-hankkeessa olevat sairaanhoitajaopiskelijat tekevät opinnäytteinä eri työyhteisöihin FinCC-luokitusten käyttöönotto-ohjausta ja koulutusta. (Ikonen 2009.) Tarkoitus on uudistaa kirjaamista koskevat toimintatavat kehittämistoiminnan avulla. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytetään juurruttamista. (Ikonen 2008.)

Teimme opinnäytetyömme toimeksiantona erään terveyskeskussairaalan vuodeosastolle, joka on lähtenyt pilottiosastona kehittämään rakenteista kirjaamista eNNI-hankkeessa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä pilottiosastolle tunnetuksi sähköistä rakenteista kirjaamista FinCC-luokitusten avulla. Tehtävänä oli tukea pilottiosaston henkilökuntaa kirjaamisen muutosprosessissa ja FinCC-luokitusten käyttöönotossa.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

2.1 Potilasasiakirja ja ydintiedot

Potilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaan hoidon aikana käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai sähköisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen henkilökohtaisia tai terveyden tilaansa koskevia tietoja (L785/1992, 2§). Potilasasiakirja määritellään sosiaali- ja terveysministeriön antamassa potilasasiakirjaa koskevassa asetuksessa. Potilasasiakirjoihin sisältyvät lähetteet, tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, konsultaatiovastaukset, hoitoon liittyvät todistukset ja lausunnot ja kuolemansyyhyn liittyvät asiakirjat sekä hoitosuunnitelma. (A298/2009a, 2§, 6§, 14–15§.)

Potilasasiakirjojen ydintiedoilla tarkoitetaan kaikkia tietoja, jotka koskevat potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa (Häyrinen & Ensio 2007, 104). Ydintiedoista selviää potilaan terveys- ja sairaushistoria sekä siihen liittyvä hoito ja ohjaus (L785/1992, 9§). Ydintietoja ovat julkinen tai yksityinen potilaan hoitopaikka, syntymäaika, henkilö- ja yhteystiedot, kirjaajan nimi, asema, kirjaamisaika sekä muualta tulevien asiakirjojen lähettäjä ja päivämäärä (A298/2009a, 10§). Ydintiedot koostuvat siis potilaan ja hoitoa antavan organisaation taustatiedoista, hoitoprosessissa tarvittavista tiedoista ja muista tiedoista, kuten esimerkiksi lausunnoista ja hoitotahdosta (Häyrinen & Ensio 2007, 105–109). Potilasasiakirjan ydintiedot kuvaavat potilaan saamaa tai tarvitsemaa hoitoa (L785/1992, 9§). Potilaslain mukaan potilasasiakirja sisältää potilaan hoitoon tulosityn, diagnoosin, hoidon, arvioinnin, mahdollisen jatkohoidon sekä eri ammattiryhmät, jotka ovat osallistuneet potilaan hoitoon (A298/2009a, 11§). Ydintietojen käyttötarkoitus on korostaa hoidon kirjaamista päätöksentekomallin mukaan, ja ydintiedot tukevat hoidon laadun arviointia ja tilastointia (Ensio 2009).

Potilasasiakirjoihin tehdyt merkinnät ovat tärkeitä potilaan oikeuksien kannalta (Saranto & Sonninen 2007, 15). Halutessaan potilaalla on oikeus lukea häntä koskevat potilasasiakirjat (L785/1992, 5§). Kirjatusta tiedosta käy ilmi, miten potilasta on hoidettu ja mikä on potilaan oma osuus hoidossa. Merkinnöistä

ilmenee myös, onko ammattihenkilö toiminut laillisesti ja eettisesti oikein sekä onko hoito ollut laadukasta. (Saranto & Sonninen 2007, 15.) Kattavasti kirjatut tiedot suojaavat myös ammattihenkilöä (Voutilainen, Isola & Muurinen 2004, 72). Potilastietoja voidaan luovuttaa vain potilaan omalla luvalla. Erityistilanteissa esimerkiksi, jos potilas on tajuton, potilaan omaiselle tai laillistetulle edunvalvojalle voidaan antaa tietoja potilaan terveydentilasta, jollei voida olettaa, että potilas kieltäisi näin menettelemästä. (L785/1992, 13§.)

Terveydenhuollon toimintayksikkö on vastuussa potilasasiakirjojen säilytyksestä. Kaikki potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä. Potilasasiakirjoja on säilytettävä 12 vuotta potilaan kuolemasta tai 120 vuotta potilaan syntymästä. 18. ja 28. päivinä syntyneiden henkilöiden julkisessa sairaanhoidossa laadittuja potilasasiakirjoja säilytetään kuitenkin ikuisesti. Erilaisissa tutkimuksissa ja hoidoissa syntyvää biologista materiaalia sisältäviä näytteitä ja elinmalleja säilytetään vähintään 20 vuotta. (A298/2009b, 3212.) Potilasasiakirjat hävitetään paperisilppurissa tai ne poltetaan (Ensio & Saranto 2004, 29).

Tulevaisuudessa kaikkien julkisten terveydenhuoltopalvelujen antajien on liityttävä potilasasiakirjojen valtakunnalliseen tietojärjestelmäpalveluun, jota hoitaa Kansaneläkelaitos. Palveluihin sisältyvät potilasasiakirjan luovutus, hakemistopalvelu ja suostumushallintapalvelu sekä potilasasiakirjojen säilytyspalvelu. Potilasasiakirjojen käsittelyssä tarvittavista koodeista vastaa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Kansaneläkelaitokselle kuuluu potilasasiakirjojen koodiston tietoteknisen toteutuksen osuus. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus hoitaa terveydenhuollon palveluyksiköiden ja henkilöstön sekä tietoteknisten laitteiden varmennepalvelua. Siihen kuuluvat tunnistamisessa ja todentamisessa sekä sähköisessä allekirjoittamisessa tarvittavat varmenteet ja näihin liittyvät palvelut. (L159/2007, 14–15§.) Sähköisen potilasasiakirjan rakenteiden ja merkintöjen on oltava valtakunnallisen koodistopalvelun mukaisia (A298/2009a, 7§). Täysi-ikäinen potilas voi saada katseluoikeuden omiin sähköisiin potilastietoihin. Potilasasiakirjojen katseluoikeus tulee toteuttaa huomioiden potilaan yksityisyyden suoja. (L159/2007, 19§.) Kansaneläkelaitos huolehtii

potilasasiakirjojen teknisestä hävittämisestä säilytysajan päätyttyä. Ennen potilasasiakirjojen hävittämistä Kansaneläkelaitoksen tulee ilmoittaa asiasta terveydenhuoltoyksiköille. (A298/2009a, 23§.)

2.2 Hoitotyön sähköinen kirjaaminen

Hoitotyön kirjaaminen on kehittynyt manuaalisesta sähköiseksi kirjaamiseksi (Häyrinen & Ensio 2007, 98). Manuaalinen hoitotyön kirjaaminen tarkoittaa kirjaamista käsin valmiille lomakkeelle (Ensio & Saranto 2004, 32–33). Sähköistä kirjaamista on kehitetty rakenteiseksi erilaisten kirjaamista kehittävien hankkeiden avulla (Sonninen 2007, 88). Sähköisen kirjaamisen myötä muuttuu tapa tuottaa ja hyödyntää tietoa. Muutokseen sisältyy tiedon yhtenäistyminen, monipuolistuminen ja tietojen luokittelu. Hoitotyön päätöksenteko ja hoitotyönprosessimalli eivät muutu. (Ensio 2007, 59.)

Sähköisiä potilaskertomusjärjestelmiä on alettu kehittää Suomessa 1980-luvulta lähtien. Tällä hetkellä on käytössä useita erilaisia sähköisiä potilaskertomusjärjestelmiä. (Ensio 2007, 56; Saranto 2007, 25.) Hoitotyön sähköinen kirjaaminen on potilaan hoitoon liittyvää hoitotyön prosessin mukaista suunnitelmallista kirjaamista ja arviointia potilastietojärjestelmään (Ekström 2006, 11). Kirjaamisen avulla potilaan hoito etenee suunnitelmallisesti ja johdonmukaisesti, ja se takaa hoitoa koskevan tiedon saannin, hoidon seurannan ja jatkuvuuden (Ensio & Saranto 2004, 44; Voutilainen ym. 2004, 72). Hoitotyön kirjaamisen sisältöön kuuluu potilaan hoitoon tulosityy, hoidon aikaiset tapahtumat, kuinka hoito on vaikuttanut ja miten potilas on voinut, sekä tarvitseeko potilas jatkohoitoa. Tavoite on, että kirjaaminen on tiivistä ja asiallista. (Ensio 2009.) Kirjattavan tekstin tulisi olla virheetöntä, luotettavaa, asianmukaista, selkeää, arvioivaa ja perusteltua (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen. 2004, 55). Yleisesti tiedossa olevia lyhenteitä ja ammattisanastoa voi käyttää (Ensio & Saranto 2004, 24, 27). Merkinnät potilasasiakirjoihin tulee tehdä viivytyksettä, viimeistään viiden vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä (A298/2009a, 8§).

Hoitotyön kirjaamisen suorittaa se henkilö, joka on tehnyt havainnon, vastaanottanut ohjeen tai määräyksen tai suorittanut jonkin hoitotyötoiminnon (Ensio 2009). Henkilöillä, jotka kirjaavat potilasasiakirjoihin, tulee olla hoitosuhde potilaaseen tai heidän toimenkuvaansa kuuluu tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Potilaan tietoihin kirjaudutaan henkilökohtaisilla käyttäjätunnuksilla. (Ensio & Saranto 2004, 14, 25–26.) Käyttäjätunnukset ja salasanat tulee säilyttää omana tietonaan ja potilastietojärjestelmästä on kirjauduttava ulos, kun kirjaamista suorittava henkilö poistuu tietokoneelta (Synnöve 2007, 38). Potilastietojärjestelmän käyttöoikeudet rajataan toimenkuvan mukaan (Ensio & Saranto 2004, 14). Opiskelijat saavat kirjata esimiehen, ohjaajan tai nimetyn henkilön tunnuksilla tai toimiessaan laillistetun ammattihenkilön tehtävissä (A298/2009a, 6§). Kaikilla terveydenhuollon työntekijöillä on vaitiolovelvollisuus (L559/1994, 16–17§).

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammatin edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtyä ammattia koskeviin säädöksiin ja määräyksiin (L559/1994, 18§). Työnantaja on vastuussa siitä, että henkilökunnalla on riittävät tiedot ja taidot käyttää potilastietojärjestelmiä. Riittävällä tiedolla ja kouluttamisella estetään muun muassa väärin asenteiden ja ennakkoluulojen syntymistä. (Ensio & Saranto 2004, 15.)

Tiedot kirjataan hoitotyön prosessimallin mukaisesti potilastietojärjestelmään (Ensio & Saranto 2004, 36). Potilaan hoitotyö pohjautuu tietoon, ja hoitoon liittyvät tiedot ovat aina hoitohenkilökunnan käytettävissä ja ajan tasalla (Ekström 2006, 22; Ensio 2007, 56; Saranto 2007, 25). Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa tiedon lukemisen ja käsittelyn samanaikaisesti sekä tehostaa moniammatillista yhteistyötä ja hoidon jatkuvuutta. Potilastietojärjestelmään voidaan tallentaa huomattavia tietomääriä. Kirjaamisen päällekkäisyys vähenee ja potilaan hoitotyötä voidaan priorisoida. (Ekström 2006, 22; Ensio & Saranto 2004, 32–33; Sonninen & Ikonen 2007, 77.) Sähköisen potilastietojärjestelmän avulla on helpompi seurata hoitotyön toimintaprosesseja, laatua, vaikuttavuutta sekä kustannuksia (Tanttu 2007, 180; Wilskman, Koivukoski, Knuutila & Isotalo 2007, 12).

Sähköinen kirjaaminen helpottaa myös tallennettujen tietojen jatkohyödyntämistä (Ensio 2009), esimerkiksi tilastointi ja raportointi helpottuvat (Wilskman 2006, 21). Kiuruveden terveyskeskuksen vuodeosastolla olleen kehittämishankkeen mukaan sähköinen kirjaaminen kehittää suullista raportointia. Tieto on tiiviimmässä muodossa ja raportointi sujuu nopeammin. Myös hiljaista raportointia on pidetty hyvänä. Edellä mainittu hanke on parantanut myös tiedottamista, ja hankkeessa todettiin, että sähköinen kirjaaminen on tuonut säästöjä työaikaan. (Autio, Keinänen, Kostianen & Vartiainen 2006, 30.) Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa tietojen käsittelyn esimerkiksi potilashuoneissa (Ensio & Saranto 2004, 14).

Sähköinen kirjaaminen vaatii tietokoneita ja toimivia ohjelmistoja. Tietoa syntyy ja sitä käytetään niin paljon, että tiedon laatu ja tiedon hallitseminen on haasteellista. Sähköisen kirjaamisen haittana on tietokoneiden vähyys, häiriöttömän ja rauhallisen tilan sekä ajan puute. (Virolainen 2006, 29–30, 36.) Haasteena on potilastietojärjestelmien yhteensopivuus eri yksiköiden välillä, mikä varmistaa tiedonkulun potilaan jatkohoidon kannalta (Wilskman 2006, 21).

2.3 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessin ensimmäisiä määritelmiä on esitetty jo 1950–1970-luvuilla (Ensio 2007, 56–60). Hoitotyön prosessi tarkoittaa ajattelu- ja toimintamallia, joka ohjaa hoitotyötä ja jäsentää hoitotyön suunnittelua käytännön hoitotyössä. Hoitotyön prosessiin sisältyy tarpeen määrittely, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteuttaminen ja hoitotyön arviointi. (Hallila 1998, 41.) Hoitotyön prosessi kuvaa hoitotyötä systemaattisesti ja se perustuu päätöksentekoon. Hoitotyön prosessi sisältää tietoja potilaasta ja hänen tilanteestaan. Hoitotyön prosessi kuvaa potilaan hoitoa ja ohjaa hoitotyötä. (Kratz 1991, 15.)

Hoitotyön tarve syntyy, jos potilaan selviytymisvaatimusten ja voimavarojen välillä on epätasapaino. Hoitotyön tarve voi olla myös ennaltaehkäisevää toimintaa. (Skaug & Dahl-Andersen 2006, 211.) Potilaan tullessa hoitoon hoitotyön tarpeet määritellään keräämällä tietoa potilaasta ja analysoimalla näitä tietoja. Samalla arvioidaan potilaan voimavaroja ja toimintakykyä.

(Kassara ym. 2004, 58.) Hoitotyön tarve määritellään ammattiryhmälähtöisesti. (Ensio 2009.) Ammattiryhmällä tarkoitetaan esimerkiksi lääkäreitä, fysioterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, jotka keräävät ja kirjaavat oman alan tiedot (Sonninen & Ikonen 2007, 77). Kirjaamisen tulee aina olla potilaslähtöistä. Tarpeita voidaan kuvata hoitotyön diagnoosilla, luokituksella, kuvailemalla tarvetta vapaalla tekstillä tai toimenpiteellä. Tarpeiden kirjaamisessa tulisi miettiä, onko potilaalla jokin terveydellinen ongelma vai voidaanko kuvata jotakin potilaan vahvuutta. Tarpeet ilmaistaan usein muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikkoutena, ongelmana, jonkin vähäisyytenä tai vajeena. (Ensio 2009.)

Hoitotyön tavoitteet kuvaavat hoidon päämääriä, ja ne pohjautuvat hoitotyön päätöksentekoon (Skaug & Dahl-Andersen 2006, 214; Kassara ym. 2004, 58). Kirjaamalla tavoitteet selvennetään potilaan hoitoa ja luodaan perusta hoitotyön suunnittelulle, toteuttamiselle ja arvioinnille. Hoitotyön tavoitteet tulee ilmaista selkeästi, ja niiden täytyy olla kaikkien hoitoon osallistujien tiedossa. Hoitotyön tavoitteet kuvataan potilaslähtöisesti potilaan käyttäytymisenä, tilana tai tilan muutoksena. (Kassara ym. 2004, 58.) Hoitotyön suunnitteluun sisältyvät tarpeiden määrittely, tavoitteiden nimeäminen ja suunnitellut toiminnot. Hoitotyön suunnitteluvaiheessa suunnitellaan hoitotyön tavoitteille sellainen hoitotyön toiminto, joka johtaa odotettuun tulokseen. (Ensio 2009.) Suunniteltujen toimintojen valintaan vaikuttavat hoitajien kokemus ja ammattitaito (Mäkilä 2007,37).

Hoitotyön toteutuksella tarkoitetaan potilaan hoidon toteuttamista suunnitelluilla hoitotyön toimintojen avulla (Ensio 2009). Hoidon toteutukseen sisältyy kuvaus siitä, kuinka suunnitellut toiminnot on toteutettu (Mäkilä 2007, 37). Hoitotyön arvioinnilla tarkoitetaan jatkuvaa hoidon arviointia ja hoitotyön yhteenvedon tekemistä nimettyihin tavoitteisiin verrattuna. Jokainen tavoite arvioidaan erikseen kuvaamalla, miten hoidon tuloksiin on päästy ja määritellään potilaassa tapahtunut muutos. (Ensio 2009.) Ihanteellista olisi, jos hoitotyön prosessiin osallistuisivat potilas ja hänen omaisensa (Autera, Paavola, Selander & Kilkku 2009, 24).

2.4 Rakenteinen kirjaaminen ja hoitotyön luokitukset

Hoitotyön systemaattisella rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan sähköiseen potilastietojärjestelmään kirjattua potilaan hoidon kuvaamista. Hoitotyön systemaattinen rakenteinen kirjaaminen koostuu ydintiedoista, luokituksista ja kertovasta vapaasta tekstistä. (Saranto & Sonninen 2007, 12–16.) Rakenteisuus jäsentää hoitotyön systemaattista kirjaamista ja hoitotyön tietosisältöä (Ensio 2009). Hoitotyön systemaattisessa rakenteisessa kirjaamisessa hoitotyön prosessi tulee näkyviin, ja tiedon hyödynnettävyys eri osa-alueilla mahdollistuu. Esimerkiksi sähköisten potilasasiakirjojen siirtäminen yksiköstä toiseen, tiedon haku sekä tiedon hyödyntäminen edellyttävät rakenteista kirjaamista. (Tanttu & Rusi 2007, 113–114.) Hoitotyön systemaattinen rakenteinen kirjaaminen vaatii opettelua ja yhteisiä toimintatapoja (Sonninen, Ensio & Ikonen 2007, 80–83).

Hoitotyön luokitukset on kehitetty alun perin Yhdysvalloissa kodinhoidon (home healthcare) tarpeisiin (Hallila 2005, 54). Suomessa hoitotyön toimintoluokitusten kehittäminen on aloitettu 1990-luvulla (Sonninen 2007, 88–89). Hoitotyön luokitukset tarkoittavat hoitotyön kirjaamisessa käytettäviä luokituksia, joita käytetään hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa (Ensio 2007, 59). Suomalaisia hoitotyön luokituksia kutsutaan FinCC-luokituksiksi (Finnish Care Classification). FinCC-luokitusten tavoitteena on yhtenäinen kirjaamiskäytäntö ja ammatillinen kieli. Ammatillisessa kielessä käsitteet on määritelty, ja kirjaaminen on selkeää. Kirjaaminen tapahtuu hoitotyön prosessimallin mukaisesti luokituksia apuna käyttäen. (Sonninen 2007, 88–89.)

Pääsääntöisesti käytössä on hoidon toimintaluokitus (SHToL2.0.1) ja hoidon tarveluokitus (SHTaL2.0.1) (Sonninen 2007, 88–89). Lisäksi Suomessa käytetään hoidon tulosluokitusta (SHTuL1.0) (Liljamo ym. 2008). FinCC-luokitukset perustuvat hoitotyön ydintietoihin. Ne on luotu kirjaamisen apuvälineeksi, joita käytetään sähköisessä kirjaamisessa (Liljamo ym. 2008; Tanttu 2008a, 16; Ensio 2009). FinCC-luokitusten avulla keskitytään olennaisiin hoitotyön asioihin (Mäkilä, Jarmas & Väättäinen 2008, 24). FinCC-luokitusten

avulla koottua tietoa voidaan käyttää hyväksi johtamisessa, tutkimisessa ja päätöksenteossa. Hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksissa komponentit, jotka kuvaavat hoidon tarvetta, luokitellaan kolmeen eri tasoon. Ensimmäinen taso koostuu hoitokomponenteista, toinen taso pääluokista ja kolmas taso hoitotyön tarpeiden ja toimintojen komponenteista. Sekä tarve- että toimintoluokituksissa hoitokomponentit ovat samoja. (Sonninen 2007, 88–89.)

Taulukossa 1 kuvataan, kuinka hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksia käytetään rakenteistamaan hoitotyön ydintietoja. Näiden luokitusten avulla voidaan kirjata hoitotyönprosessin kaikki vaiheet (tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi) ja potilaskertomuksen ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus). Kerätessä ja analysoitaessa potilaan tietoja luokitusten komponentteja voidaan käyttää hyväksi. (Sonninen 2007, 91–92; Liljamo ym. 2008, 6.) Komponentilla tarkoitetaan pääotsikkoa, joka kuvaa kirjattavaa asiakokonaisuutta (Tanttu & Rusi 2007, 114). Tarpeiden määrittelyssä ja tavoitteiden asettelussa käytetään hoitotyön tarveluokituksia. Hoitotyön toimintoluokituksia käytetään hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoitotyön arviointi ilmaistaan hoitotyön tarveluokituksen luokan ja arviointiasteikon arvioinnin avulla. Arviointiasteikossa on kolme luokkaa: parantunut, ennallaan ja huonontunut. Luokitusten käytön lisäksi on suositeltavaa käyttää vapaamuotoista kertovaa tekstiä. (Sonninen 2007, 91–92; Liljamo ym. 2008, 6.)

Taulukko 1. Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin vaiheiden mukainen kirjaaminen SHTaL- ja SHToL-luokituksen avulla (mukaillen Liljamo ym. 2008, 7).

PÄÄTÖKSENTEON VAIHEET	YDINTIEDOT	KÄYTTÖ
<i>Hoidon tarpeen määrittäminen</i> Potilasta koskevien tietojen kerääminen ja analysointi.	Hoidon tarve	SHTaL Käytetään pää- tai alaluokkia
<i>Hoidon suunnittelu</i> Hoidon tarpeen määrittäminen ja priorisointi. Tavoitteiden nimeäminen ja hoitotyöntoimintojen valinta.		SHTaL ja hoidon tarpeen varmuusaste määritellään asteikolla VAR: varma, TOD: todennäköinen, EP: epäily Suunnitellut toiminnot nimetään SHToL pää- ja alaluokkien avulla.
<i>Hoidon toteutus</i> Hoitosuunnitelman toteutus.	Hoitotyön toiminnot	SHToL pää- tai alaluokkien avulla
<i>Hoidon arviointi</i> Arviointi tehdään suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon. Arviointi tehdään päivittäin ja hoidon päättyessä.	Hoidon tulos	SHTaL, SHToL ja SHTuL käyttö Hoidon tuloksen tila: parantunut PA / huonontunut HU / ennallaan EN
	Hoitotyön yhteenveto	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista, joita tarvittaessa täydennetään hoitotyönluokitusten pää- tai alaluokkien avulla. Hoitoisuusluokkatieto numeerisena ja sanallisena.
	Hoitoisuus	OPC –hoitoisuus-luokituksen osa-alueiden sisällöt: Potilaan hoidon tarpeet ja toteutuneet hoitotyöntoiminnot määrittyvät hoitokertomuksessa käytetyistä SHTaL ja SHToL -luokitusten pää- ja alaluokista. Jonka jälkeen valitaan OPC –osa-alueilla kuvaavin toteutuneen hoidon vaatavuustasoista (A–D).

FinCC-luokitukset jaetaan kolmeen kategoriaan: komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tarve- ja toimintoluokitukset koostuvat 19 komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta. Komponentit sisältävät vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Taulukossa 2 esitellään komponentit ja niiden sisällön yleiskuvaus. Komponenttien tehtävä on kuvata potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia

osa-alueita ja käyttäytymistä sekä terveyspalvelujen käyttöä (Liljamo ym. 2008, 4). Taulukossa 3 kuvataan esimerkki hoitotyön kirjaamisesta luokitusten avulla.

Taulukko 2. FinCC-luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset (mukaillen Liljamo ym. 2008, 5).

KOMPONENTTI	KOMPONENTTI SISÄLLÖN KUVAUS
Aktiviteetti	Aktiviteetin, uni- ja valvetilan muutokset
Erittäminen	Osatekijät, jotka liittyvät ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaa, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen
Selviytyminen	Yksilön ja perheen ongelmien käsittely- tai sopeutumiskyky sekä velvollisuuksien ja tehtävien hoitaminen
Nestetasapaino	Osatekijät, jotka liittyvät elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon
Terveyskäyttäytyminen	Osatekijät, jotka liittyvät terveydenedistämiseen
Terveyspalvelujen käyttö	Osatekijät, jotka liittyvät palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteidenottoon
Lääkehoito	Osatekijät, jotka liittyvät lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen
Ravitsemus	Osatekijät, jotka liittyvät ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen
Hengitys	Osatekijät, jotka liittyvät keuhkojen toimintaan
Kanssakäyminen	Osatekijät, jotka liittyvät yksityisyyteen ja yhdessäoloon
Turvallisuus	Turvallisuusriskit, jotka aiheutuvat sairaudesta tai hoitoympäristöstä
Päivittäiset toiminnot	Osatekijät, jotka liittyvät omatoimisuuteen
Psyykinen tasapaino	Osatekijät, jotka vaikuttavat psyykkisen tasapainon saavuttamiseen
Aistitoiminta	Osatekijät, jotka liittyvät aistien toimintaan
Kudoseheys	Osatekijät, jotka liittyvät lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon
Jatkohoito	Osatekijät, jotka liittyvät hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen
Elämänkaari	Osatekijät, jotka liittyvät elämän vaiheisiin
Verenkierto	Osatekijät, jotka liittyvät eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin
Aineenvaihdunta	Osatekijät, jotka liittyvät endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään

Taulukko 3. Esimerkki hoitotyön kirjaamisesta luokitusten avulla (mukailen Tantt 2008b, 36).

Esimerkki 1. Vastaanottokäynti ihotautipoliklinikalla: Potilaalla vaikea atooppinen ihottuma ja ajoittain hoitoon sitoutumattomuutta sekä väsymistä itsehoitoon. Tulee sairaanhoitajan vastaanotolle valohoitoon.

HOIDON SUUNNITTELU		HOIDON TOTEUTUS		HOIDON ARVIOINTI			
Hoidon (SHTaL)	tarve	Hoidon tavoitteet	Suunnitellut toiminnot (SHToL)	Hoitotyön (SHToL)	toiminto	Hoidon tuloksen (SHTuL)	tila
Kudoseheys Ihottuma	Ihottuman pahememinen	Kudoseheys Oireiden helpottuminen ja sopivan paikallishoidon löytyminen	Kudoseheys Valohoito Ihottuma-alueen rasvaus Ihottuman hoitoon liittyvä ohjaus	Kudoseheys Valohoito UVB-hoito, kaava, 0,20 EY Ihottuma-alueen rasvaus Iho rasvataan valohoidon jälkeen Aqualan L:llä. Ihottuman hoitoon liittyvä ohjaus Keskusteltu ihon hoidosta valohoitojen yhteydessä ja auringonvalon lisähaitoista hoitopäivinä.	hidas	Kudoseheys Aikaisemmin useita valohoitojaksoja. Auringonvalon lisähaitat valohoidon yhteydessä ovat tiedossa. Kortisonivoiteiden käytön perusperiaatteet tiedossa. Terveyskäyttäytyminen Halukas jatkamaan hoitoa ja yrittämään uudelleen omahoitoa. Sovittaa aikataulunsa niin, että voi käydä valohoidossa.	
		Terveyden edistäminen Sitoutuminen hoitoon	Terveyden edistäminen Terveyttä edistävä ohjaus	Terveyden edistäminen Terveyttä edistävä ohjaus	edistävä Keskusteltu säännöllisten elämäntapojen ihonhoidon merkityksestä ihottuman rauhoittamisessa		
		Jatkohoito Jatkohoidon merkityksen sisäistäminen	Jatkohoito Jatkohoidon tai konrollikäyntien järjestyminen	Jatkohoito Erikoissairaanhoidon yksikkö Seuraava hoito 1.4.08 klo 9.30 ensiviikosta alkaen hoidot x 3/vko ma-ke-pe. Sovitaan ajat seuraavalla kerralla.		Jatkohoito Sisäistänyt jatkohoidon tärkeyden ihon hoidossa.	

FinCC-luokituksista kerätään palautetta vuosittain pilottihankkeissa mukana olleilta käyttäjiltä. Asiantuntijaryhmä pohtii ja päivittää luokituksia saadun palautteen perusteella. (Ensio 2009.) SHTuL1.0 eli tulosluokituksen käyttö on vielä vähäistä. Sitä käytetään arvioitaessa hoidon tuloksia. Tällä hetkellä käytössä on kolmiportainen asteikko: parantunut, huonontunut vai pysynyt ennallaan. (Liljamo ym. 2008, 11.)

3 KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN TYÖYHTEISÖSSÄ

3.1 Työyhteisön kehittäminen

Työyhteisö tarkoittaa sellaista ryhmää, joka työskentelee yhdessä ja jolla on yhteinen tavoite sekä yhteiset voimavarat ja taidot (Vähäniemi 1998, 4). Työyhteisön kehittämisellä tarkoitetaan menetelmiä ja toimintaa, joiden tavoite on työyhteisön tehokkuuden parantaminen ja henkilökunnan hyvinvoinnin lisääminen (Puttonen 1993, 24).

Työyhteisön kehittämiseen kuuluu tietojen hankinta ongelman määrittämiseksi, kehittämistapojen ja niiden toteuttamisen arvioiminen, tavoitteiden tekeminen ja kehittämistapojen suunnittelu, kehittämisen toteuttaminen sekä tulosten seuranta ja arviointi. Nämä vaiheet toteutetaan osaksi myös yhtä aikaa, ja työyhteisön jokaisen työntekijän tulisi osallistua kaikkiin näihin vaiheisiin. (Puttonen 1993, 24–25.)

3.2 Kirjaamisen muutosprosessi työyhteisössä

Työyhteisössä tapahtuva muutosprosessi on väistämätön, kun entisiä toimintatapoja ei voida enää käyttää. Muutosprosessi voidaan tehdä sovittamalla uudet toimintatavat työympäristöön tai se voi olla pakollista esimerkiksi kriisitilanteessa. Yleensä muutosprosessit alkavat ympäristöstä tulevien muutosten pakottamina. (Vähäniemi 1998, 7–8.)

Muutosprosessi työyhteisössä voidaan kokea positiivisena tai negatiivisena asiana. Muutosprosessissa käsitellään työyhteisön toimintaa ja henkilöstön arvoja, asenteita ja tapaa ajatella. Muutosprosessi työyhteisössä ei ole yleensä helppoa. Työyhteisön lisäksi muutosprosessin sujuvuuteen ja läpikäymiseen voidaan vaikuttaa johtajuudella. (Vähäniemi 1998, 10.) Jos muutosprosessi koetaan tärkeänä ja arvokkaana, tiedon merkitys lisääntyy ja työyhteisön jäsenet hakevat aktiivisesti tietoa (Ora-Hyytiäinen 2006, 15).

Laaksosen (1994, 61–62) mukaan muutosprosessi voidaan kuvata samanlaisena tapahtumaketjuna kuin hoitotyönprosessi. Siihen kuuluvat tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tarpeen määrittelyyn sisältyy tiedon hankkiminen nykytilanteesta. Samalla asetetaan muutokselle tavoite. Nykytilanteesta tulisi selvittää organisaation rakenteellisia seikkoja, henkilöstön valmiuksia muutokseen, johtamista sekä organisaatiokulttuuria. Myös tulevaa muutosprosessia tulisi pohtia. Vertailemalla nykytilannetta ja muutoksen tavoitteita saadaan selville muutoksen suuruus ja jo olemassa olevat voimavarat.

Suunnitteluun kuuluvat päätavoitteen nimeäminen, vastuuhenkilöiden nimeäminen, keinojen valinta muutoksen toteuttamiseksi, aikataulun laadinta, voimavarojen tarpeen selvittäminen ja arviointitavasta päättäminen. Suunnitelman tulisi olla mahdollisimman selkeä ja konkreettinen. Muutoksen pysyvyyden varmistamiseksi suunnitellaan myös erilaisia tukimuotoja esimerkiksi työnohjaus tai kokousten pitäminen. Muutoksen toteutusvaiheessa suunnitellut toiminnot toteutetaan käytännössä. Koko henkilökunnan pitää tietää suunnitelmasta ja olla sitoutunut noudattamaan sitä. Kirjaamalla keskustelut ja tehdyt sopimukset varmistetaan tiedon siirtyminen koko henkilökunnalle. Muutosta arvioidaan jo prosessin aikana sekä sovittuna ajankohtana toteuttamisen jälkeen. Arvioinnissa tavoitteiden saavuttamista ja seurauksia arvioidaan. Arviointi voidaan toteuttaa eri menetelmiä käyttäen. Keskeistä on kohdentaa se oikein ja toteuttaa se laaditun aikataulun mukaisesti. Arvioinnin perusteella päätellään, onko muutos onnistunut ja miten siitä jatketaan eteenpäin. (Laaksonen 1994, 62–64.)

Tutkimusten mukaan kirjaamisen muutosprosessissa on noussut esille hoitohenkilökunnan tietotekninen osaaminen ja kiire hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan mielestä tietokoneita on liian vähän ja on epäselvyyttä yhtenäisistä kirjaamistavoista. Potilasasiakirjojen tietojen siirtyminen uusiin potilastietojärjestelmiin epäilyttää hoitohenkilökuntaa. Hoitohenkilökunta kokee, että koulutus uusien potilastietojärjestelmien käyttöön on puutteellista ja mitkä ovat sijaisten valmiudet käyttää potilastietojärjestelmiä. Esille nousi myös kysymys siitä, vaikuttaako uusi kirjaamistapa raportointiin. (Ikonen 2007, 20; Laine 2008, 28–34; Ensio 2009.)

Kirjaamisen muutosprosessi on herättänyt vastarintaa hoitohenkilökunnan keskuudessa (Ensio 2009). Kirjaamisen muutosprosessissa on hyötyä henkilökunnan riittävästä kouluttamisesta ja menettelyohjeiden laadinnasta (Autio ym. 2006 30–31). Koulutusta ja tukea tulisi olla koko ajan saatavissa. Kehittäminen vaatii asioiden yhdessä pohtimista ja käytänteistä sopimista. (Wilskman ym. 2007, 13.) Muutosprosessi vaatii koko yksikön sitoutumista. Yksiköissä tulisi olla vastuuhenkilöt, jotka vastaavat muutosprosessin sujuvuudesta. Huomioitava on myös henkilökunnan yleiset atk-käyttötaidot. (Ala-Hiiri & Kettunen 2008, 47.)

3.3 Juurruttaminen kirjaamisen kehittämisen prosessina

Juuruttaminen on prosessi, jossa vertaillaan käytännön toiminnassa olevaa hiljaista tietoa, tutkittua ja teoreettista tietoa. Näin saadaan uutta tietoa, jota kehitetään käytännön osaamiseksi. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16–19.) Hiljainen tieto kuvaa tietoa, jonka ihminen tietää, mutta ei voi sitä ilmaista sanallisesti. Hiljaisen tiedon saavuttamisessa korostuu tietoisuus olemassa olevista asioista ja omasta ajattelusta. Tämä on keskeinen asia hoitajan toiminnassa. Jäljittelemällä, samaistumalla ja tekemällä yhteisöllinen hiljainen tieto siirtyy hoitajalta hoitajalle. (Nurminen 2000, 28–29.)

Juuruttamisessa on keskeistä vuorovaikutus toimijoiden kesken. Nykypäivän terveydenhuollossa vuorovaikutuksen mahdollistaminen, salliminen ja edistäminen ovat haaste johtamiselle. Kaikilla kehittämistoimintaan osallistuvilla

on omat kulttuurinsa, arvonsa, päämääränsä, tavoitteensa, käsityksensä ja toimintatapansa. Ensimmäisenä kehittämistoiminnalle on muodostettava yhteinen merkitys. Hoitohenkilökunnan käsitys päämäärästä, oppimisesta ja työn kehittämisestä on tärkeää kehittämistoiminnan onnistumiselle. Päämääränä on oltava hoitotyön kehittäminen, koska muuten kehittymistä ei tapahdu. (Ahonen ym. 2006, 16–19.)

Kehittämistoiminnalle on laitettava tavoite, jonka tulisi olla hoitotyön näkyvän toiminnan muutos. Toiminnan muutoksen tulee olla perusteltua, tai muuten muutos ei ole pysyvä. Työyhteisön ajattelutapaa muutetaan tuottamalla uutta tietoa kehittämistoiminnan kohteesta. (Ahonen ym. 2006, 16–19.) Koko työyhteisön hoitohenkilökunnan osallistuminen kehittämistoimintaan on välttämätöntä, koska muutos tapahtuu työyhteisössä. Kaikkien osallistumisella edistetään myös sitoutumista muutokseen. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4–7.)

Juurruttamiseen sisältyy erilaisia kierroksia. Ensimmäisellä kierroksella kuvataan nykyistä toimintaa toisille. Toisella kierroksella osallistujat jäsentävät nykyistä käytännön toimintaa teoreettiselle tasolle. Tavoitteena on tunnistaa kehittämistä kaipaavat asiat. Kolmannella kierroksella tarkastellaan teoreettiselle tasolle jäsennettyä toimintaa ja verrataan sitä aikaisempaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Samalla muodostetaan uutta toimintaa kuvaavat käsitteet. Neljännellä kierroksella uutta toimintaa kuvaavat käsitteet muokataan käsitteiksi, jotka kuvaavat toimintaa. (Ahonen ym. 2005, 4–7.)

Johtamisella on suuri merkitys juurruttamisessa ja sen onnistumisessa. Esimiesten tehtävänä on vuorovaikutuksen edistäminen, turvallisen ja avoimen ilmapiirin luominen, muutoksen salliminen, aikataulujen sovittaminen ja työryhmän tukeminen. Kehittämistoiminta on mahdollista, kun esimies näkee kehittämistoiminnan merkityksen hoitotyön osana ja uskoo työyhteisön toimintatavan muutokseen. Tärkeää on myös, että kehittämistoimintaan valitut menetelmät toimivat käytännössä. (Ahonen ym. 2005, 4–7; Ahonen ym. 2006, 16–19.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä pilottiosastolle tunnetuksi sähköistä rakenteista kirjaamista FinCC-luokitusten avulla. Tehtävänä oli lähtötilanteen kartoituksen tekeminen ja pilottiosaston henkilökunnan tukeminen kirjaamisen muutosprosessissa ja FinCC-luokitusten käyttöönotossa.

5 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ JA LÄHTÖTILANTEEN KARTOITUS

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö liittyy käytäntöön, ja se tehdään usein toimeksiantona, (liite 1). Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi jokin ohjeistus tai toiminnan järjestäminen tai opinnäytetyöntekijät voivat olla mukana kehittämässä työelämää. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on määrätyt ehdot työn toteuttamiselle. Usein sovitaan aikataulu, jonka aikana opinnäytetyö tulee tehdä. Aineisto voidaan kerätä joko kvalitatiivisen tai kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–17, 51–52.)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu selvityksen tekeminen. Opinnäytetyössä tehtävä selvitys tehdään laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tämä menetelmä on todettu hyväksi, kun tavoitteena on kehittää työyhteisöä. Kokemusten mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä teemahaastattelu on eniten käytetty tapa kerätä aineistoa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51–63.)

5.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Pilottiosastona toimii terveyskeskussairaalan vuodeosasto. Osastolla työskentelee 16 hoitajaa, joista kolme on sairaanhoitajia, 12 lähi- tai

perushoitajia ja yksi osastonhoitaja. Osastolla on 22 vuodepaikkaa, ja hoidettavat potilaat ovat pitkäaikaisvuodepotilaita. Pilottiosaston nykyinen sähköinen potilastietojärjestelmä on Efficia. Vuoden 2011 alusta osastolle tulee uusi Mediatri-potilastietojärjestelmä. (Pilottiosaston osastonhoitaja.)

Valitsimme pilottiosaston kahdesta osastosta, jotka olivat lähteneet mukaan eNNI-hankkeeseen kehittämään kirjaamista. Kohderyhmä oli pilottiosaston hoitohenkilökunta. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin terveyskeskussairaalan tiloissa.

5.3 Lähtötilanteen kartoitus ja aineiston analyysi

Kartoitimme pilottiosaston kirjaamisen lähtötilanteen teemahaastattelun avulla, (liite 2). Haastattelimme osaston seitsemää hoitajaa. Teemahaastattelussa haastattelun teemat määrätään etukäteen. Menetelmä ei kuitenkaan määrää ennalta kysymysten muotoa, järjestystä ja laajuutta. Tärkeää on, että kaikki teemat käydään läpi. (Eskola & Vastamäki 2007, 27–28.) Haastattelujen teemojen täytyy perustua tutkimuksen teoriaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77).

Teemahaastattelukysymykset jaettiin neljään eri teemaan: taustatiedot, kirjaamisen nykytila, hoitotyön prosessi ja kirjaamisen kehittäminen. Testasimme haastattelukysymykset haastattelemalla yhtä sairaanhoitajaa. Esitestauksen perusteella kysymykset olivat toimivia. Osastonhoitaja valitsi haastateltavat pilottiosaston hoitohenkilökunnan keskuudesta. Haastattelut suoritettiin neljänä eri päivänä terveyskeskussairaalan tiloissa. Haastatteluihin osallistui seitsemän pilottiosaston hoitohenkilökunnan jäsentä, jotka eivät tienneet etukäteen haastattelukysymyksiä. Haastattelutilanteissa olimme molemmat läsnä ja haastattelimme vuorotellen. Yhteen haastatteluun kului aikaa noin 15 minuuttia.

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun tekstin purkamista ja kirjoittamista sanasta sanaan. Nauhoitus ja litterointi mahdollistavat asioiden tarkastamisen ja toimivat näin muistin apuna.

Nauhoitetusta aineistosta voidaan havainnoida myös äänensävyjä ja sanojen painotusta. (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 14–16.)

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin SWOT-analyysia (liite 3). SWOT-analyysi tehdään nelikenttäanalyysinä, jossa kerrotaan vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhat. Tärkeää on, että SWOT-analyysillä saadut tulokset voidaan konkreettisesti hyödyntää kehittämistyössä. (Virtanen 2007, 189–190.)

5.4 Lähtötilanteen kartoituksen tulokset

Pilottiosaston kirjaamisen lähtötilanteen kartoituksesta teimme Powerpoint-esityksen, joka esitettiin hoitohenkilökunnalle 16.4.2009. Lähtötilanteen kartoituksessa kävimme tuloksia läpi haastattelun teemojen mukaan sekä mietimme kehittämisideoita pilottiosastolle.

Hoitohenkilökunnan mukaan kirjaaminen on potilaan voinnin kuvaamista ja hoidon dokumentointia. Potilaista kirjataan päivittäisiä toimintoja koskevat asiat ja voinnin arviointia. Osastolla on käytössä Effic-potilastietojärjestelmä, johon kirjataan vapaata tekstiä eri hoitotyön sivuille. Kirjaaminen koetaan tärkeänä tiedon ja vastuun siirtämisenä. Kirjaamiselle ei aina ole tarpeeksi aikaa, ja olennaisen asian kirjaaminen on joskus vaikeaa. Kirjaamista koskevat lait ja säädökset tunnetaan osittain. Effic-potilastietojärjestelmästä löytyy erilaisia lomakkeita ja kaavakkeita, mutta epäselväksi, jäi onko pilottiosastolla yhteisiä sovittuja kirjaamiskäytänteitä.

Pilottiosastolla on käytössä yksilövastuinen hoitotyö, jolla tarkoitetaan, että potilaalla on omahoitaja tai korvaava hoitaja, joka vastaa potilaan hoidosta hoitajakson aikana. Potilas ja omahoitaja suunnittelevat potilaan hoitotyön suunnitelman hoitajaksolle. Hoitotyön suunnitelma perustuu potilaan tarpeisiin ja lääkärin antamiin määräyksiin. (Kassara ym. 2004, 51.) Tämä järjestelmä tukee kirjaamista. Käytännön esteeksi kirjaamiselle koettiin ajan puute, tietokoneiden vähyyys ja kirjaamistilan levottomuus. Aikaisemmin osastolla on

kirjattu paperille ja raportointia on toteutettu suullisesti ja tarvittaessa käytetty hiljaista raportointimallia.

Pilottiosaston hoitohenkilökunnan mielestä hyvä kirjaaminen on selkeää, lyhyttä ja ytimekästä sekä asiallista ja ymmärrettävää. Kirjaaminen lähtee potilaan tarpeista, se on arvioivaa ja siinä tulevat esille tärkeät asiat potilaan voinnin kannalta. Potilaslähtöisessä kirjaamisessa otetaan huomioon potilaan hoidon kokonaisuus sekä se, että kirjaaminen on arvioivaa ja potilaslähtöistä. Kuitenkin potilaslähtöinen kirjaaminen koettiin haastavaksi. Hoitotyön prosessin tunnistaminen oli vaikeaa, mutta hoitosuunnitelmaa käytetään kirjaamisen pohjana. Hoitajat eivät tieneet, mitä FinCC-luokitukset ovat.

Tulevaa valtakunnallista kirjaamismallia ei tiedetty. Tämänhetkisessä potilastietojärjestelmässä ei ole käytössä rakenteista kirjaamismallia. Hoitohenkilökunta koki oman osaamisen kirjaamisessa hyväksi. Kirjaamisen perusasiat ja Effican käyttö ovat hallinnassa. Kirjaamisen tueksi tarvitaan työyhteisön tukea ja koulutusta osastolle tulevaan uuteen Mediatr-potilastietojärjestelmään sekä tarkkoja ja yhtenäisiä ohjeita.

Lähtötilanteen kartoituksen tulosten perusteella mietimme pilottiosastolle kirjaamisen kehittämideoita. Tarvittaessa hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisuus päivittää atk-taitoja, saada koulutusta kirjaamista koskevista laeista ja asetuksista ja hoitotyön prosessista. FinCC-luokitusten oppimiseksi henkilökunnalle voisi järjestää koulutusta esimerkiksi case-harjoitusten avulla ja oppimiselle tulisi olla riittävästi aikaa. Kirjaamisella tulisi olla yhtenäiset käytänteet pilottiosastolla. Kirjaamiselle tulisi järjestää tarpeeksi aikaa, enemmän tietokoneita ja rauhallinen kirjaamistila. Hoitohenkilökunnan keskuudesta voisi valita vastuuhenkilöt eri vastuualueille. Sujuva yhteistyö osaston koko hoitohenkilökunnan välillä tukee kirjaamista. Muutoksessa tarvitaan henkilökunnan tukemista ja motivointia sekä tiedottamisen toimivuutta.

Oman esityksemme jälkeen oli aikaa vapaalle keskustelulle. Pyysimme hoitohenkilökuntaa miettimään pienryhmissä omia kehittämideoita. Esille tuli seuraavia asioita: päivittäinen kirjaaminen olisi arvioivaa ja rakenteista

kirjaamista harjoiteltaisiin hoitoprosessin kautta. Uutta kirjaamismallia opeteltaisiin omien potilaiden hoitotyön kirjaamisen kautta ja toivottiin opettamista ”kädestä pitäen”. Ennen uuden potilastietojärjestelmän käyttöönottoa saataisiin osastolle testiohjelma. Teemahaastattelun tulosten perusteella pilottiosaston hoitohenkilökunta oli motivoitunut kehittämään hoitotyön kirjaamista eikä muutosvastarintaa ollut havaittavissa.

Lähtötilanteen kartoituksen esittelyn jälkeen sovimme pilottiosaston osastonhoitajan kanssa, että tulemme kesän 2009 aikana toteuttamaan ohjauskertoja, jolloin tuemme ja motivoimme hoitohenkilökuntaa hoitotyön suunnitelmien kirjaamisessa. Ohjauskertoja suunniteltiin tehtävän 3–4 kertaa ja yhden ohjauskerran arvioitiin kestävän 1/2–1 tuntia. Tarkoitus oli, että hoitohenkilökunta tekee hoitosuunnitelmia omille potilailleen luokitusten mukaisesti. Käymme ohjaamassa osastolla 1–2 hoitajaa yhden kerran aikana ja he veisivät tietoa muulle hoitohenkilökunnalle.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Kirjaamisen kehittäminen

Kirjaamisen kehittämiseen kuului koulutuksia, joista ensimmäinen koulutus oli Joensuun kaupungin kirjaamisen työryhmän koulutuspäivä. Se toteutettiin Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun tiloissa 26.3.2009 kello 8.00–15.00. Koulutukseen osallistui hoitohenkilökuntaa perusterveydenhuollon eri osastoilta. Koulutuksessa Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun eNNI-hankkeen yhteyshenkilö kertoi eNNI-hankkeesta, sähköistä kirjaamista koskevista laeista, hoitotyön systemaattisesta kirjaamisesta ja hoitotyön prosessista. Koulutuspäivän loppuksi oli case-harjoituksia, joita harjoiteltiin tietokonehuokassa hoitosuunnitelmalomakepohjaan FinCC-luokitusten mukaista kirjaamista käyttäen, (liite 4). Meidän tehtävänä oli neuvoa hoitohenkilökuntaa kirjaamisessa ja FinCC-luokitusten käytössä.

Toinen koulutus toteutettiin terveyskeskussairaalan tiloissa 16.4.2009 kello 12.00–16.00. Koulutukseen osallistui pilottiosaston hoitohenkilökuntaa, osastonhoitaja, pilottiosaston eNNI-hankkeen vastuhenkilö sekä toisen eNNI-hankkeessa olevan pilottiosaston osastonhoitaja. Aluksi Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun eNNI-hankkeen yhteyshenkilö kertoi hoitoprosessista ja potilasasiakirjaa koskevista lakiasioista. Sen jälkeen kerroimme kirjaamisen lähtötilanteen kartoituksen. Esityksemme jälkeen oli aikaa kehittämisideoiden työstämiselle. Annoimme lähtötilanteen kartoituksen Powerpoint-esityksen pilottiosaston käyttöön.

Kolmas koulutus toteutettiin 28.4.2009 kello 12.00–16.00 terveyskeskussairaalan tiloissa. Koulutukseen osallistui pilottiosaston hoitohenkilökuntaa. Koulutuksessa hoitohenkilökunta teki tulostetulle hoitosuunnitelmalomakkeelle case-harjoituksia pareittain, ja autoimme heitä tarvittaessa. Lopuksi kävimme yhden case-harjoituksen yhdessä läpi. Sovimme, että käymme osastolla pitämässä ohjaukset 3–4 kertaa kesän 2009 aikana. Ohjauskerroilla oli tarkoituksena käydä 2–3 hoitajan kanssa läpi heidän tekemiään hoitotyön suunnitelmia.

6.2 Ohjaukset toteuttaminen

Sovitusta poiketen ohjaukset toteutettiin 8–12 henkilön ryhmissä terveyskeskussairaalan tiloissa. Ohjauskerroille osallistujat eivät aina olleet samoja henkilöitä. Ensimmäinen ohjaukset pidettiin 8.7.2009 kello 14.00 alkaen, ja siihen osallistui 12 hoitohenkilökunnan jäsentä. Hoitajat olivat tehneet manuaalisesti tai tietokoneella hoitotyön suunnitelmia omille potilailleen. Hoitotyön suunnitelmat oli tehty hoidon suunnittelulomakkeelle hoitotyön tarve-, toiminto- ja tulosluokitusten mukaan. Kirjaamista oli tehty käyttäen yhtä tai kahta komponenttia. Ensimmäinen ohjaukset kesti noin 1 1/2 tuntia. Kävimme osastonhoitajan johdolla yhdessä läpi laadittuja hoitotyön suunnitelmia, joita oli tehty kuusi kappaletta. Hoitotyön suunnitelmia oli työstetty pareittain, ja kävimme näitä hoitosuunnitelmia yhdessä läpi. Annoimme neuvoja FinCC-luokitusten käytöstä ja korostimme hoitotyön prosessin merkitystä kirjaamisessa. Suosittelimme myös hoitohenkilökuntaa sopimaan osastolla yhteisistä

kirjaamiskäytänteistä. Ohjauskerran aikana esille nousi, minkä luokituksen alle perusvoiteet kirjataan sekä minkä luokitusten alle muistisairauteen kuuluvat asiat kirjataan. Pilottiosastolla usealla potilaalla on muistisairaus. Muun muassa muistisairauksien kirjaamisen kohdalla yhteiset käytänteet auttavat kirjaamisen sujuvuutta. Ensimmäisen ohjauskerran lopussa sovimme osastonhoitajan kanssa seuraavan ohjauskerran päivämääräksi 27.7.2009.

Ennen toista ohjauskertaa pyysimme saada potilaista esitietoja, jotta voisimme käydä läpi hoitotyön suunnitelmia ennen ohjauskertoja. Ennen toista ohjauskertaa saimme sähköpostiin hoitajien työstämiä hoitotyön suunnitelmia seitsemän kappaletta, jotka pilottiosaston kirjaamisvastaava oli koonnut. Hoitotyön suunnitelmat eivät sisältäneet potilaiden esitietoja. Osa hoitohenkilökunnasta oli pyytänyt, että ohjauskerrat pidettäisiin pienemmissä ryhmissä. Totesimme kuitenkin, että meistä on enemmän hyötyä, kun toimimme yhdessä, jolloin näkemys asiaan on laajempi ja monipuolisempi. Pehdyimme hoitotyön suunnitelmiin ennen ohjauskertaa. Toinen ohjauskerta pidettiin 27.7.2009 kello 13.30–15.00. Ohjauskerralle osallistui 10 henkilöä. Ensimmäisen ohjauskerran tapaan kävimme hoitotyön suunnitelmia yhdessä läpi. Esille nousi esimerkiksi säännöllisessä käytössä olevien insuliinien kirjaaminen hoitotyön suunnitelmaan. Ohjauskerran lopussa sovimme osastonhoitajan kanssa kolmannen ohjauskerran ajankohdaksi 19.8.2009.

Kolmas ohjauskerta pidettiin 19.8.2009 kello 14.00–15.00. Ohjauskerralle osallistui kahdeksan hoitohenkilökunnan jäsentä. Osastonhoitaja oli estynyt tulemasta paikalle. Hoitohenkilökunta oli ehtinyt laatia vain kolme hoitotyön suunnitelmaa, joista osasta puuttui arviointi. Kävimme yhdessä läpi kaksi hoitotyön suunnitelmaa ja korostimme heille arvioinnin tärkeyttä hoitotyön suunnitelman kokonaisuuden kannalta. Hoitotyön suunnitelmista nousi esille vapaan tekstin kirjaamisen vaikeus sekä yhteisten käytänteiden puute. Hoitohenkilökunnan jäsenet kertoivat, että tarvitsisivat työn ohessa enemmän aikaa luokitusten käytön harjoitteluun.

Ohjauskertojen ilmapiiri oli myönteinen, ja saimme paljon keskustelua aikaan. Hoitajat olivat kiinnostuneita ja motivoituneita harjoittelemaan uutta

kirjaamismallia, ja he kokivat hyötyvänsä ohjauskerroista. Haastavaa oli löytää oikea komponentti ja sen alle kuuluvat asiat. Hoitohenkilökunta koki FinCC-luokitusten etsimisen monisteista aikaa vievänä. Hoitotyön suunnitelmien luokitusten mukaisessa kirjaamisessa koettiin hankalana komponenttien käyttö ja vapaan tekstin tuottaminen. Myös potilaslähtöisyys ja hoitotyön arviointi koettiin vaikeaksi.

7 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI

7.1 Kehittämistyön arviointimenetelmä

Arviointi on prosessi, jota tapahtuu koko kehittämistyön ajan ja sen jälkeen. Prosessin aikana arviointi auttaa kehittämään toimintaa, jonka päämääränä on uuden oppiminen. Prosessi auttaa hyödyntämään uusia kokemuksia käytännön hoitotyössä. (Viirkorpi 2000, 38.) Seppälä-Järvelän (2004, 19–23) mukaan arvioinnissa tulee tarkastella prosessin toteuttamisessa käytettyä toimintatapaa ja koko prosessia. Tarkoitus on, että kehittämistyössä opitaan ratkaisemaan ongelmia yhdessä. Arvioinnista saatu tieto on tärkeää oppimiselle, ja sitä tietoa pitäisi osata hyödyntää.

Kehittämistyön arviointimenetelmänä käytimme arviointilomaketta, jossa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä, (liite 5). Strukturoituja kysymyksiä ovat monivalintakysymykset joissa on selvästi rajatut vastausvaihtoehdot. Avoimien kysymyksien avulla saadaan paremmin palautetta kehittämistyöstä. (Heikkilä 2008, 50.) Arviointilomakkeen tarkoituksena oli saada selvyys hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektista ja siinä toimineista työryhmästä ja jäsenistä. Arviointilomakkeet ja kirjekuoret (17 kappaletta) jaettiin koko pilottiosaston hoitohenkilökunnalle ja osastonhoitajalle sekä pilottiosaston eNNI-hankkeen yhteyshenkilölle. Annoimme vastausaikaa kolme viikkoa ja saimme vastauksia 10 kappaletta. Analysoimme arviointilomakkeen käyttäen SWOT-analyysia. SWOT-analyysi tehdään nelikenttä analyysinä, jossa kerrotaan vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhat. Tärkeää on, että SWOT-analyysillä

saadut tulokset voidaan konkreettisesti hyödyntää kehittämistyössä. (Virtanen 2007, 189–190.)

7.2 Kehittämistoiminnan arviointi

Arviointilomakkeen ensimmäiset kuusi kysymystä olivat srukturoituja kysymyksiä. Vastausvaihtoehdot olivat

- 1 ei lainkaan
- 2 jonkin verran
- 3 paljon
- 4 erittäin paljon
- 5 en osaa sanoa.

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyimme, kuinka paljon työryhmä on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne. Viiden vastaajan mielestä työryhmä oli edistänyt jonkin verran kirjaamisen kehittymistä. Kahden vastaajan mielestä työryhmä oli edistänyt paljon kirjaamisen kehittymistä ja kolmen vastaajan mielestä erittäin paljon. Toisessa kysymyksessä kysyttiin, kuinka paljon työyhteisö on kirjannut uuden kirjaamismallin mukaisesti. Neljän vastaajan mielestä uutta kirjaamismallia ei ole lainkaan käytetty, neljän vastaajan mielestä jonkin verran ja kahden vastaajan mielestä paljon. Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin, miten uutta kirjaamismallia voidaan hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössä. Kolmen vastaajan mielestä kirjaamista voidaan hyödyntää ja käyttää jonkin verran, viiden vastaajan mielestä paljon ja kahden vastaajan mielestä erittäin paljon.

Neljännessä kysymyksessä kysyimme, minkä verran työryhmä ja opiskelijat ovat tuottaneet työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta hoitotyön kirjaamista on voitu kehittää. Yhden vastaajan mielestä uusia ajatuksia ja ideoita ei ole tullut lainkaan. Kuuden vastaajan mielestä uusia ajatuksia ja ideoita tuli jonkin verran, kahden vastaajan mielestä paljon ja yhden vastaajan mielestä erittäin paljon. Viidennessä kysymyksessä kysyimme, kuinka paljon uusi kirjaamismalli on parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta. Neljän vastaajan mielestä ei lainkaan, viiden vastaajan mielestä

jonkin verran ja yksi vastaajista ei osannut sanoa. Kuudennessa kysymyksessä kysyimme, kuinka paljon osastolla uskotaan käytettävän uutta kirjaamismallia ennen uuden potilastietojärjestelmän tulemistä. Kahden vastaajan mielestä ei lainkaan, viiden vastaajan mielestä jonkin verran, kahden vastaajan mielestä paljon ja yksi vastaaja ei osannut sanoa.

Arviointilomakkeen kolme viimeistä kysymystä olivat avoimia kysymyksiä. Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä pyysimme tarvittaessa perustelemaan vastausvaihtoehtoja kysymyksiin 1–6. Toisessa kysymyksessä pyysimme kertomaan mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden kirjaamismallin juurruttamiseksi. Viimeisessä kysymyksessä pyysimme antamaan muuta palautetta kehittämisprojektista.

Vahvuudeksi esille nousi se, että usean hoitohenkilökunnan jäsenen mielestä hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektista oli apua kirjaamisen kehittämisessä. Positiivinen työilmapiiri koettiin vahvuutena, ja hoitohenkilökunta oli motivoitunutta. Vahvuudeksi koettiin, että uutta kirjaamismallia sai harjoitella työaikana, ja hoitotyön suunnitelmia tehtiin omille potilaille. Uuden kirjaamistavan harjoittelua toteutettiin suunnitelmallisesti, kirjaamisen merkitys ja tärkeys nousivat esille. Uusi kirjaamismalli herätti hoitohenkilökunnan kesken paljon keskustelua.

SWOT-analyysin perusteella heikkoutena oli, että monen mielestä uuden mallin mukaista kirjaamista ei toteuteta. Potilaslähtöinen kirjaaminen koettiin vaikeaksi. Uuden kirjaamismallin harjoitteluun on varattu aikaa iltapäivisin ja aikaa siihen ei ollut tarpeeksi. Osan mielestä heikkoutena koettiin tutkijoiden kouluttamattomuus ja isot ryhmät ohjauskerroilla.

Uhaksi koettiin hoitotyön suunnitelmien tekemisen työläys hoitosuunnitelmalomakkeelle ja että se vie paljon aikaa. Uhkana on, tuleeko hoitotyön suunnitelmia kirjattua ja harjoiteltua uuden kirjaamismallin mukaan ennen uuden potilastietojärjestelmän saapumista. Koko kehittämisprojektin ajan uuden Mediatri-potilastietojärjestelmän tuleminen nousi esille.

Mahdollisuudeksi hoitohenkilökunta koki, että uutta kirjaamismallia pystyy hyödyntämään käytännön työssä, vaikka uusi potilastietojärjestelmä ei vielä ole käytössä. Potilaiden kuntoutussuunnitelmat on suunniteltu tehtäväksi uuden kirjaamismallin mukaisesti. Ennen uutta potilastietojärjestelmää on aikaa tehdä lisäharjoituksia uuden kirjaamismallin juurruttamiseksi.

8 POHDINTA

8.1 Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu

eNNI-hankkeessa sairaanhoitajaopiskelijat kehittävät hoitotyön käytäntöä yhdessä hoitotyön opettajien ja pilottiosastojen hoitohenkilökunnan kanssa (Ikonen 2009). eNNI-hankkeessa sähköistä kirjaamista kehitetään juurruttamisprosessin avulla (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007). Juurruttamismenetelmää on käytetty yleisesti hoitotyön kehittämisessä (Ahonen ym. 2005, 4). Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, koska hoitotyön kirjaaminen on muuttumassa rakenteiseksi sähköiseksi kirjaamiseksi. Tulevaisuudessa hoitotyön kirjaamismalli on yhtenäinen koko Suomessa (Ahonen ym. 2007).

Pilottiosastomme oli lähtenyt eNNI-hankkeeseen mukaan kehittämään sähköistä rakenteista kirjaamista. Meidän tehtävänä oli lähtötilanteen kartoituksen tekeminen senhetkisestä kirjaamisesta sekä tukea ja motivoida osaston hoitohenkilökuntaa kirjaamisen muutosprosessissa ja FinCC-luokitusten käyttöönottamisessa. Toteutimme kesän 2009 aikana kolme ohjauskertaa.

Kaikilla ohjauskerroilla kävi ilmi, että FinCC-luokitusten etsiminen monisteista oli aikaavievää ja hankalaa. Vapaan tekstin kirjaaminen tuotti hankaluutta, ja samoja asioita kirjattiin eri komponenttien alle, koska pilottiosastolla ei oltu laadittu yhtenäisiä käytänteitä kirjaamisen toteuttamiseksi. Sarannon ja Sonnisen (2007, 12) mukaan olisi hyvä laatia yhtenäiset käytänteet, jotka näin edesauttavat kirjaamisen selkeyttä ja sujuvuutta. Myös arvioinnin kirjaaminen

koettiin hankalaksi ja arviointia kirjattiin usein hoitotyön toteutukseen. Korostimme arvioinnin tärkeyttä ja sen merkitystä potilaan hoidossa. Kirjaamisen arvioinnin tavoite on tuottaa tietoa potilaan hoidosta, sen laadusta, sujuvuudesta tai tuloksista. Arvioinnissa kuvaillaan, miten hoidon tavoitteet on saavutettu ja miten ne ovat vaikuttaneet potilaan terveydentilaan. (Saranto & Ensio 2007, 123.) Arvioinnin tekeminen edesauttaa hoitohenkilökuntaa parantamaan ja muuttamaan potilaan hoitoa. Arvioinnin perusteella hoitohenkilökunta voi muuttaa potilaan hoidon tavoitteita ja hoidon suunnittelua. (Kratz 1991, 150.)

Ohjauskerroille osallistujat vaihtuivat, johtuen osittain kesälomista. On kuitenkin hyvä, että mahdollisimman moni hoitohenkilökunnan jäsenistä pääsi osallistumaan ohjauskerroille. Uuden Mediatri-potilastietojärjestelmän tulemisen koettiin vaikeuttavan FinCC-luokitusten käytön opettelua. Useasti meiltä kysyttiin, miten tulevassa uudessa potilastietojärjestelmässä kirjataan. Myös arviointikyselyn tulosten mukaan meiltä odotettiin enemmän tietoa uudesta Mediatri-potilastietojärjestelmästä.

Osastonhoitajan kanssa sovittiin ohjauskerran päätteiksi seuraavan ohjauskerran ajankohta, ja hän tiedotti asiasta hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta oli motivoinut oppimaan, ja ohjauskerroilla oli paljon keskustelua. Ora-Hyytiäisen (2006, 15) mukaan tiedottamisen tulee olla avointa ja joustavaa, ja se voi tapahtua kirjallisesti tai suullisesti. Vuorotyössä suullinen tiedottaminen ei välttämättä tavoita kaikkia hoitohenkilökunnan jäseniä. Tiedon tulee olla ymmärrettävää ja innostavaa. Tiedottamisella voidaan rakentaa luottamusta, motivoida ja kohdata työntekijä yksilöllisesti. Pilottiosaston hoitohenkilökunnan keskuudessa muutosvastarintaa ei ollut nähtävissä. Hoitohenkilökunta aikoo jatkaa hoitosuunnitelmien harjoittelemista ennen uuden potilastietojärjestelmän tulemistä.

8.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetti mittaa haastattelukysymysten onnistumista ja sitä, saatiinko selvyys

tutkimusongelmaan. Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti mittaa, pohjautuvatko vastaukset teoriaan. Ulkoinen validiteetti kertoo sen, tulkitsevatko toisetkin tutkimuksen tulokset samalla tavalla. (Heikkilä 2004, 185–186.) Teoriaosuuden tulee vastata teemahaastattelun kysymyksiä ja kuvata todellisuutta (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1996, 129). Ulkoiseen validiteetin kuuluu, että tulos on yleistettävissä ja ettei tutkija voi vaikuttaa tulokseen. Luotettavuutta lisäävät otoksen tarpeeksi suuri koko, korkea vastausprosentti ja se, että kysymyksillä saadaan vastaus tutkimusongelmaan. (Heikkilä 2004, 30, 186, 188.) Itsemääräämisoikeuden mukaan tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavalle on kerrottava, mitä tehdään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 25.) Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun tutkimussääntö ja eettiset ohjeet sitovat opiskelijoita (Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu 2008, 23–26). Opinnäytetyömme pätevydestä kertoo, että saimme teemahaastattelun kysymyslomakkeella selvitettyä pilottiosaston kirjaamisen nykytilan. Kirjaamisen kehittämisessä pätevyyttä kuvaa se, toteutuiko opinnäytetyömme tehtävä ja tarkoitus. Luotettavuutta opinnäytetyössämme lisää myös kirjaamisen kehittämistä ja työryhmän toimintaa koskevan arviointikyselyn tekeminen ja vastausten analysointi.

Reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan tilannetta, että tutkimus on toistettavissa, jolloin tulos on sama kuin edellisellä kerralla (Mäkinen 2006, 87). Opinnäytetyössämme luotettavuuteen sisältyy teemahaastattelun käyttö aineiston hankintamenetelmänä ja toiminnallisen menetelmän käyttäminen kehittämistyössä.

Toiminnallisen opinnäytetyön raportti on kuvaus siitä, mitä, miksi ja miten on tehty sekä millainen opinnäytetyöprosessi on ollut. Raportti kuvaa myös, millaisiin johtopäätöksiin ja tuloksiin on päädytty. Opinnäytetyöstä tulee löytyä perustelut, miten tuloksiin on päästy ja miksi tutkijoita voidaan pitää luotettavina. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65, 80–82.)

Opinnäytetyömme aihe koskee hoitotyön kirjaamisen kehittämistä. Aihe on ajankohtainen ja tulee olemaan jokapäiväistä meidän tulevassa työssämme.

Laki velvoittaa hoitajia kirjaamaan, ja uusi kirjaamismalli tulee valtakunnalliseksi koko Suomeen. (Ahonen ym. 2007.) Pilottiosasto on sitoutunut kehittämään rakenteista kirjaamista yhdessä eNNI-hankkeen kanssa. Teimme pilottiosaston kanssa toimeksiantosopimuksen. Toimeksiantosopimuksessa sovimme pilottiosaston osastonhoitajan kanssa, että teemme osastolle kirjaamisen lähtötilanteen kartoituksen ja tuemme hoitohenkilökuntaa rakenteisen kirjaamisen muutosprosessissa. Lisäksi sovimme, että saamme nauhurin käyttöömme haastattelujen tekemisen ajaksi.

Pilottiosaston osastonhoitaja oli valinnut hoitohenkilökunnan keskuudesta seitsemän henkilöä, joita haastattelimme. Luotettavuuden lisäämiseksi haastattelukysymyksiä ei näytetty haastateltaville. Emme tunteneet entuudestaan haastateltavia. Teemahaastattelun avulla saimme kuvan pilottiosaston kirjaamisen nykytilasta. Haastatteluteemojen tulee olla tarpeeksi laajoja. Jos haastatteluteemat ovat liian suppeita, se voi heikentää luotettavuutta eikä tutkimusongelmaan saada vastausta. (Nieminen 1997, 216–217.) Haastattelukysymykset on esitetty ja korjattu. Otoksen koko on mielestämme riittävä, koska pilottiosastolla työskentelee 16 hoitotyöntekijää. Luotettavuutta lisäsi molempien opinnäytetyöntekijöiden läsnäolo haastattelutilanteissa, mutta luotettavuutta voi heikentää opinnäytetyöntekijöiden kokemattomuus teemahaastatteluista.

Tutkimustieto muuttuu nopeasti, joten lähteiksi on hyvä valita mahdollisimman uusia lähteitä. Ensisijaisesti tulisi suosia alkuperäisiä lähteitä, että tiedon muuttuminen olisi mahdollisimman vähäistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.) Aineistoa kerättiin eri tietolähteistä, tutkimuksista, oppikirjoista, lehtiartikkeleista, internet-tietolähteistä ja Kirke-koulutuksesta eli kirjaamisen kehittämisen koulutuksesta. Teoreettinen viitekehys käsittää opinnäytetyöhön liittyvän teorian tiedon. Aineistoa kerättiin myös teemahaastattelulla. Mietimme teemat etukäteen. Jättämällä teemat riittävän väljiksi haastateltavan oma näkemys tuli paremmin esille ja tarvittaessa pystyimme tekemään myös tarkentavia kysymyksiä. Luotettavuutta heikensi haastattelujen jakautuminen usealle päivälle, koska näin haastateltavat pystyivät keskustelemaan kysymyksistä keskenään. Haastattelut litteroitiin eli purettiin sanatarkasti mahdollisimman

nopeasti haastattelujen jälkeen. Aineisto analysoitiin SWOT-analysointimenetelmällä, ja kehittämisideat pohdittiin aineiston analyysin pohjalta. Tulokset tuotiin esille niin, ettei haastateltavia voitu tunnistaa.

Toiminnallinen osuus opinnäytetyössämme oli pilottiosaston hoitohenkilökunnan tukeminen kirjaamisen muutosprosessissa ja FinCC-luokitusten käyttöönotossa. Kävimme pilottiosastolla pitämässä ohjaustunteja, joiden tarkoituksena oli motivoida ja tukea hoitohenkilökuntaa tekemään hoitosuunnitelmia FinCC-luokitusten mukaisesti. Pidimme ohjauskerrat yhdessä, koska mielestämme molempien kokemus hoitoalalta ja kirjaamisesta voitiin näin paremmin hyödyntää.

Opinnäytetyömme toiminnallisen osuuden luotettavuutta lisää kehittämistyön arviointi. Kehittämistyötä arvioitiin tekemällä arviointikysely hoitohenkilökunnan jäsenille. Arviointikysely tehtiin nimettömänä, ja kaikille vastaajille annettiin mahdollisuus laittaa kyselylomake suljettuun kirjekuoreen. Tavoitteenamme oli saada vastaus kaikilta hoitohenkilökunnan jäseniltä, jotka osallistuivat ohjauskerroille. Arviointikyselyn vastausaikaa pyydettiin useampi viikko, että kaikki ehtisivät vastata kyselyyn. Vastausaikaa arviointikyselyyn annettiin kolme viikkoa. Arviointikyselyn luotettavuutta heikensi pitkä vastausaika (Hirsjärvi ym. 2008, 199).

8.3 Eettisyys

Etiikka on ihmisen käsitys hyvästä, pahasta, oikeasta ja väärästä, ja se on sidoksissa kulttuuriin (Mäkinen 2006, 11). Tuomen ja Sarajärven (2002, 128–129) mukaan tutkimuksen eettinen perusta koostuu ihmisoikeuksista. Kun tutkimus suoritetaan hyvän tieteellisen käytännön mukaan, tutkimus on eettisesti hyväksyttävä sekä luotettava ja tutkimuksen tulokset ovat uskottavia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 386).

Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden noudattamisen tutkimuksen aikana. Tiedon hankinnan, tutkimus- ja arviointimenetelmän sekä toteutustavan tulee olla tieteellisen tutkimuksen

kriteerien mukaisia ja eettisesti oikeita. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida asetettujen säädösten mukaan. Ennen tutkimuksen aloittamista tulee sopia tutkijaa ja kohderyhmää koskevista oikeuksista ja velvollisuuksista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 386–387.)

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja kohderyhmän tulee saada tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkimukseen osallistumisesta ei saa aiheutua haittaa osallistujalle. Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, ja osallistujien henkilöllisyys ei saa tulla esille. Tutkimustietoja ei saa käyttää muuhun kuin kyseiseen tutkimukseen. Tutkijoiden pitää olla rehellisiä ja noudattaa tehtyjä sopimuksia. Eettiset ratkaisut liittyvät tutkimuksen uskottavuuteen, ja uskottavuus perustuu tutkijoiden tieteellisen käytänteen noudattamiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128–129.)

Opinnäytetyössämme noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä sekä eNNI-hankkeen määrittämiä toimintatapoja. Teimme pilottiosaston osastonhoitajan kanssa toimeksiantosopimuksen, jossa sovimme molempien osapuolien velvollisuuksista. Haastattelutilanteissa kerroimme, mitä olemme ja mitä olemme tekemässä. Haastateltaville kerroimme myös, että heidän henkilöllisyyttään ei tulla tunnistamaan vastauksista. Opinnäytetyön toiminnallisesta toteutuksesta sovimme pilottiosaston osastonhoitajan kanssa. Opinnäytetyön raportti annetaan pilottiosaston käyttöön.

8.4 Ammatillinen kasvu ja kehitys opinnäytetyöprosessissa

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, ja tulemme tarvitsemaan kirjaamista joka päivä työssämme. Kirjaaminen on hoitotyössä tällä hetkellä muutoksessa, kun manuaalisesta kirjaamisesta siirrytään sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Opinnäytetyöprosessin aikana saimme perehtyä kirjaamista koskeviin lakeihin ja säädöksiin sekä harjoitella rakenteista kirjaamista FinCC-luokitusten avulla.

Opinnäytetyöprosessi oli haastavaa ja mielenkiintoista. Toiminnallinen opinnäytetyö antoi valmiuksia työelämässä toimimiseen. Opinnäytetyöprosessin

aikana huomasimme, kuinka paljon kehittyminen ja muutosprosessi työyhteisöltä vaativat voimavaroja ja aikaa. Opinnäytetyöprosessi antoi meille valmiuksia ryhmätyöskentelyyn sekä kehitti omaa asiantuntijuuttamme ja esiintymistaitoamme.

8.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisisideat

Mielestämme jatkotutkimusideana voisi olla esimerkiksi rakenteisen kirjaamisen tukeminen uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotossa. Hoitohenkilökunnalle voisi järjestää koulutustilaisuuksia esimerkiksi hoitotyön prosessista erilaisten case-harjoitusten avulla. Tärkeää olisi myös tutkia johtamisen merkitystä muutosprosesseissa ja sairaanhoitajaopiskelijoiden harjoittelujaksojen aikana tapahtuvaa kirjaamista.

Lisäksi jatkossa voisi tehdä opinnäytetyömme kaltaisia opinnäytetöitä erilaisille osastoille sekä tutkia, miten pilottiosastojen henkilökunta on omaksunut ja kokenut FinCC-luokitusten käytön. Kehittämishankkeisiin mukaan lähteville sairaanhoitajaopiskelijoille, tulisi mahdollistaa riittävän koulutuksen saaminen kyseisestä aiheesta.

LÄHTEET

- A298/2009a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>. 4.11.2009.
- A298/2009b. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Liite. 30.3.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asetus%20298>. 4.11.2009.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. *Pro Terveys* 34 (6), 4–7.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *Pro Terveys* 35 (2), 16–19.
- Ala-Hiiri, T & Kettunen, P. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit. *Effica. Sairaanhoitaja* 81 (9), 47.
- Autere, K., Paavola, M., Selander, M. & Kilkku, N. 2009. Tavoitteet esiin hoitotyön kirjaamisessa. *Sairaanhoitaja* 82 (2), 24–25.
- Autio, J., Keinänen, L., Kostainen, S. & Vartiainen, P. 2006. Sähköisen dokumentoinnin kehittämiskokemuksia Kiuruvedellä. *Sairaanhoitaja* 79 (11), 28–31.
- Ekström, A. 2006. Sähköinen kirjaaminen tuli taloon - kirjaamisen kehittyminen Kukonkallion vanhainkodissa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY, 56–64.
- Ensio, A. Tutkimusjohtaja. Kirjaamisen kehittämishanke. KIRKE-koulutus 25.2.2009.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto ry.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 27–28.
- Hallila, L. 1998. Hoitotyön prosessi ja päätöksentekoprosessi hoitotyön kirjallisessa suunnittelussa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Hoitotyön kirjallinen suunnitelma*. Helsinki: Kirjayhtymä, 40–45.
- Hallila, L. 2005. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi. 51–55.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja Kirjota. Helsinki: Tammi. 199–225.
- Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY, 97–111.
- Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Ikonen, H. 2008. eNNI-hankeen kuvaus. pdf. http://www.amk.fi/enni/hankekuvaus_4.html. 8.12.2009.

- Ikonen, H. 2009. eNNI. <http://www.amk.fi/enni/>. 8.12.2009.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kratz, C.R. 1991. Hoitotyön prosessi. Helsinki: WSOY.
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20oikeuksista%20ja%20asemasta>. 26.5.2009.
- L559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20554>. 26.5.2009.
- L159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. 27.10.2009.
- Laaksonen, K. 1994. Muutos hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) Potilaskeskeinen hoitotyö, askel eteenpäin. Helsinki: Tammi, 55–64.
- Laine, E.-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008 Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. http://sty.stakes.fi/NR/ronlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf. 29.10.2009.
- Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei?. Teoksessa, Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus, 35–40.
- Mäkilä, M., Jarmas, R. & Väättäinen, E. 2008 Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit. Pegasoksen pilotointi. Sairaanhoitaja 81 (8), 24.
- Mäkinen, O. 2006, Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215–221.
- Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Ora-Hyytiäinen, E. 2006, Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. ProTerveys 38 (5), 14–17.
- Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. eNNI:n osaamisen kehittämissuunnitelma vuodelle 2008 – 2009. http://www.amk.fi/enni/osaamisenkehittaminen_6/osaamisenkehittamissuunnitelma20082009_13.html. 20.11.2009.
- Pilottiosaston osastonhoitaja. Keskustelu 27.2.2009.
- Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. 2008. Opinnäyteyön ohjeet. Tutkimuseettiset ohjeet. http://www.ncp.fi/opiskelijapalvelut/opiskelu/opinnayte/OPN_%20kirjoitusohjeet.pdf. 7.5.2009.
- Puttonen, M. 1993 Työyhteisön kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Saranto, K. 2007. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Tiedon muodostuminen hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. &

- Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 18–32.
- Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus, 123–136.
- Saranto, K. & Sonninen, A. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 12–16.
- Seppälä-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa opas käytäntöihin 4/2004. Helsinki: Stakes. http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4_04.pdf. 27.10.2009.
- Skaug, E. & Dahl-Andersen, I. 2006. Päätöksentekoprosessit hoitotyössä. Teoksessa Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. (toim.) Hoitotyön perusteet. Tanska: EDITA, 189–220.
- Sonninen, A. 2007. Termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 88–94.
- Sonninen, A., Ensio, A. & Ikonen, H. 2007. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 80–87.
- Sonninen, A. & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 75–79.
- Synnöve, A. 2007. Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 33–47.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Tantt, K. 2007. Hoitotiedon käytön malli. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 179–186.
- Tantt, K. 2008a. Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli. Sairaanhoitaja 81 (6–7), 16.
- Tantt, K. 2008b. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke, (HoiDok-hanke), 1.5.05–31.5.08 Loppuraportti osa 1. <http://www.vsshp.fi/fi/4519/16426/>. HoiDok-loppuraportti osa 1. 25.11.2009.
- Tantt, K. & Ora-Hyytiäinen, E. 2008. Systemaattinen kirjaamismalli haltuun. Sairaanhoitaja 81 (11), 23–24.
- Tantt, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus, 113–122.
- Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. 2005. Johdanto. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus, 14–16.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, S. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 384–394.
- Viirkorpi, P. 2000. Onnistunut projekti. Opas kunta-alan projektityöskentelyyn. <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p071005095633P.pdf>. 3.11.2009.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.
- Vähäniemi, A. 1998. Työyhteisön hyvinvointi ja kehittämistyön lähtökohdat. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes –state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (1), 72–81.
- Wilskman, K. 2006 Sähköinen kirjaaminen tulee. *Sairaanhoitaja* 79 (5), 21–22.
- Wilskman, K., Koivukoski, S., Knuutila, M. & Isotalo, T. 2007, Sähköinen kirjaaminen tulee - Mikä muuttuu hoitotyössä? *Sairaanhoitaja* 80 (6–7), 12–15.

Toimeksiantosopimus



POHJOIS-SAVOLAINEN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAOsAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA _____

Yhteystiedot: _____

Sähköpostiosoite: _____

OPISKELIJA Sanna-Mari Arponen ja Niina Huttunen

Yhteystiedot: sannamari.arponen@edu.nor.fi

niina.huttunen@edu.nor.fi

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

kirjaimien nykytilan selvittäminen
osastolla.
Muutoksen tukeminen osastotonttien avulla
rakenteiseen kirjaimiseen.

Osapuolet ovat tähtään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

Näuhuri lainassa koko tutkimuksen ajan.

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Riitta Mäkelä ja Ulla Nyyjänen

Päiväys ja allekirjoitukset

Joensuu 12.3.2009

Sanna-Mari Arponen
Opiskelija

Lähtötilanteen kartoituksen kysymykset:

TAUSTATIEDOT

Mikä teidän ammattinimikkeenne on?

Kuinka kauan olette työskennelleet hoitoalalla?

Kuinka kauan olette työskennelleet tässä yksikössä?

KIRJAAMISEN NYKYTILA

Mitä hoitotyön kirjaaminen mielestänne on?

Mitä kirjaamisessa tuotte esille?

Miten kirjaatte (otsikot, vapaa teksti)?

Miten koette kirjaamisen?

Tunnetteko kirjaamista koskevat lait ja säädökset?

Millainen kirjaamismalli teillä on käytössä?

Millainen omahoitajajärjestelmä osastollanne on käytössä? Tukeeko se kirjaamista?

Mitä käytännön esteitä koette kirjaamiselle olevan tällä hetkellä?

Mitä ohjelmia olette käyttäneet aiemmin?

Millainen raportointimalli teillä on käytössä?

HOITOTYÖN PROSESSI

Millaista mielestänne on hyvä kirjaaminen?

Millaista on potilaslähtöinen kirjaaminen?

Mitä mielestänne tarkoitetaan hoitotyön prosessilla?

Miten hyödynnätte hoitotyön prosessia kirjaamisessanne?

Mitä ovat FinCC-luokitukset?

KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN

Tiedättekö mikä on valtakunnallinen kirjaamismalli?

Miten rakenteinen kirjaaminen näkyy tällä hetkellä?

Mikä on mielestänne oma osaamisenne kirjaamisessa?

Millaista tukea koette tarvitsevanne kirjaamisessa?

Miten haluaisitte kehittää kirjaamistaitojanne?

SWOT-analyysi lähtötilanteen kartoituksesta.

Kirjaamisen nykytilanne

Vahvuudet <ul style="list-style-type: none"> - Kirjaamisella kuvataan potilaan vointia - Kirjaamisella arvioidaan potilaan vointia - Kirjaaminen koetaan tärkeänä tiedon siirtymisen kannalta - Yksilövastuinen hoitotyö osastolla tukee kirjaamista 	Heikkoudet <ul style="list-style-type: none"> - Kirjaamiselle ei ole tarpeeksi aikaa - Olennaisen tiedon kirjaaminen koetaan joskus vaikeaksi - Suurin osa ei tiennyt kirjaamista koskevia lakeja ja säädöksiä - Tietokoneita on käytössä liian vähän - Kirjaamistila on levoton
Mahdollisuudet <ul style="list-style-type: none"> - Sähköinen kirjaaminen on ollut käytössä osastolla jo 8 vuotta - Nykyisessä potilastietojärjestelmässä on käytössä erilaisia lomakkeita ja kaavakkeita, joita voi hyödyntää kirjaamisessa - Tällä hetkellä raportointimalli on suullinen, mutta myös hiljaista raportointia käytetään 	Uhat <ul style="list-style-type: none"> - Joskus tulee kirjattua vain päivittäiset toiminnot - Haastattelujen perusteella osastolla ei ole sovittu yhteisiä kirjaamisen käytäntöjä - Kirjaaminen tapahtuu vain käyttämällä vapaata tekstiä

Hoitotyön prosessi

Vahvuudet <ul style="list-style-type: none"> - Hyvänä kirjaamisena pidettiin selkeää, asiallista, lyhyttä ja ytimekästä kirjaamista, joka lähtee potilaan tarpeista - Hyvässä kirjaamisessa tulee ilmi tärkeät asiat potilaan voinnissa - Hyvä kirjaaminen on arvioivaa - Hoitosuunnitelmaa käytetään kirjaamisen pohjana 	Heikkoudet <ul style="list-style-type: none"> - Suurimmaksi osaksi hoitotyön prosessia ei tunnistettu
Mahdollisuudet <ul style="list-style-type: none"> - Potilaslähtöisessä kirjaamisessa otetaan huomioon kokonaisuus potilaan hoidossa 	Uhat <ul style="list-style-type: none"> - Potilaslähtöinen kirjaaminen koettiin haastavaksi - FinCC-luokituksia ei vielä tunneta

Kirjaamisen kehittäminen

Vahvuudet <ul style="list-style-type: none"> - Omia kirjaamistaitoja pidettiin hyvinä - Kirjaamisen perusasiat ja nykyisen potilastietojärjestelmän käyttö on hallussa 	Heikkoudet <ul style="list-style-type: none"> - Valtakunnallista kirjaamismallia ei tiedetty - Rakenteisuus ei näy tällä hetkellä kirjaamisessa - Tarkkoja ja yhtenäisiä kirjaamisen ohjeita ei ole tällä hetkellä käytössä
Mahdollisuudet <ul style="list-style-type: none"> - Työyhteisön tukea tarvitaan kirjaamisen kehittämisessä - Uuden potilastietojärjestelmän käyttöön halutaan koulutusta - Koulutuksia pidettiin hyvänä vaihtoehtona kirjaamisen kehittämisessä 	Uhat

Hoidon suunnittelulomake

HOIDON SUUNNITTELU			HOIDON TOTEUTUS	HOIDON ARVIOINTI
Hoidon tarve (SHTaL 2.0.1)	Hoidon tavoitteet	Suunnitellut toiminnot (SHToL 2.0.1)	Hoitotyön toiminto (SHToL 2.0.1)	Potilaan tila (SHTuL 1.0)

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMISEN ARVIOINTILOMAKE

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu

Työryhmän ja opiskelijoiden toiminnan ja tuotoksen arviointi

Sannamari Arponen ja Niina Niemi

Hyvä vastaaja

Pyydämme Teitä arvioimaan oman käsityksenne perusteella, hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektia ja siinä toimineita opiskelijoita. Työryhmän ja opiskelijoiden toiminnan tavoitteena on ollut hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Opiskelijat ovat selvittäneet ja esitelleet työyhteisön kirjaamisen tilan keväällä 2009 ja olleet tukemassa sekä kehittämässä osastonne kirjaamista tarve- ja toimintoluokitusten käyttöön ottamisessa.

Vastatkaa kysymyksiin 1–6 oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Kohdissa 7–9 voitte perustella vastaustauksianne ja tuoda esille kehittämisideoita.

Vastausvaihtoehdot ovat

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | ei lainkaan |
| 2 | jonkin verran |
| 3 | paljon |
| 4 | erittäin paljon |
| 5 | en osaa sanoa |

1. Kuinka paljon työryhmä on mielestänne edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittämistä työyhteisössänne?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Kuinka paljon työyhteisönne on mielestänne kirjannut uuden kirjaamismallin mukaisesti?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Miten uutta kirjaamismallia voidaan mielestänne hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössänne?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Minkä verran työryhmä ja opiskelijat ovat tuottaneet työyhteisöönne uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Kuinka paljon uusi kirjaamismalli on mielestänne parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Kuinka paljon uskotte käyttävänne uutta kirjaamismallia ennen uuden potilastietojärjestelmän tulemistä (Mediatri)?

1 2 3 4 5

7. Perustelkaa tarvittaessa vastausvaihtoehtojanne kysymyksiin (1–6)

8. Kertokaa mitä työyhteisössänne on suunniteltu tehtäväksi uuden kirjaamismallin juurruttamiseksi.

9. Mitä muuta palautetta haluatte antaa työryhmälle ja opiskelijoille hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektista.

Kiitos arvioinnistanne!