

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN JA
JUURRUTTAMISPROSESSI LEPOLANMÄEN
KOTIHOIDOSSA

Opinnäytetyö

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2010
Jaana Halme

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden
Hoitotyön koulutusohjelma

JAANA HALME:

Rakenteinen kirjaaminen ja juurruttamisprosessi Lepolanmäen kotihoidossa

Sairaanhoitajan AMK opinnäytetyö. 49 sivua, 21 liitesivua.

Syksy 2010

TIIVISTELMÄ

Tulevaisuus tuo hoitotyön kirjaamiseen suuria muutoksia. Laissa määrätään, että julkisten terveydenhuollon organisaatioiden tulee liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi sekä valtakunnalliseen sähköiseen arkistoon 1.4.2011 mennessä. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen edellyttää hoitotyön kirjaamista yhdenmukaisella tavalla ja yhteisesti sovittuja luokituksia käyttäen.

Kansallisessa terveyshankkeessa on hoitotyön kirjaamista kehitetty jo kevästä 2005 alkaen ja juurrutettu uutta tietoa käytännön hoitotyöhön. eNNI-hankeessa jatkettiin kansallisen terveyshankkeen toteutumista ja tavoiteltiin muutosta hoitotyön kirjaamisen sisältöön, työprosessiin sekä työyhteisön tapaan toimia. Kehittämisyhteistyö toteutettiin ammattikorkeakoulun ja työelämän kumppanuudessa.

Tässä opinnäytetyössä tuotettiin asiakkaan hoidon suunnittelusta uusi toimintamalli kehittämissyhteistyössä Lepolanmäen kotihoidolle. Uutta toimintamallia juurrutettiin käytännön työhön. Uusi toimintamalli perustuu kansallisiin määrittämiin ja se toteutettiin HandOut käsikirjan muodossa. Kansallisessa hoitotyön kirjaamismallissa kirjataan prosessivaiheiden mukaan. Hoitoprosessi on vaiheistettu neljään vaiheeseen. Prosessivaiheiden alle kirjataan hoitotyön ydintiedot. Ydintiedot kirjataan kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla kansallisesti sovittujen Finnish Care Classification (FinCC) -luokitusten mukaisesti. Uusi toimintamalli vähentää päällekkäistä kirjaamista, lisää asiakkaan hoidon laatua sekä potilasturvallisuutta.

Kehittämissyhteistyötä arvioitiin kyselylomakkeella. Arvioinnin tulosten perusteella työyhteisön hoitotyön kirjaamisen laatu oli kasvanut ja kirjaaminen oli asiakaslähtöisempää. Ammattikorkeakoulun ja työyhteisön yhdyshenkilöiden toiminta oli edistänyt työyhteisön kehittymistä hyvin ja työyhteisö oli sitoutunut hoitotyön kirjaamisen muutoksen tekemiseen.

Avainsanat: hoitotyön kirjaaminen, sähköinen rakenteinen kirjaaminen, juurruttaminen, kotihoito

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of Social and Health Care

JAANA HALME:

Structured documentation and process of rooting at
Lahti home care in team Lepolanmäki

Bachelor's Thesis in Nursing. 49 pages, 21 appendices

Autumn 2010

ABSTRACT

The future will bring major changes in nursing documentation. Finnish law requires that public health organizations must join the nationwide information system service and electronic archive at the latest 1.4.2010. Electronic documentation requires structured nursing documentation by using commonly agreed classifications.

The national health project has already been developing nursing documentation since spring 2005 and instilled new information to practical nursing. eNNI - project continued the national health project realization. The project aims to find changes in nursing documentation contents and ways to change the work community's way of working. Lahti University of Applied Sciences and working life partnership carried out the development cooperation.

A new pattern is produced in this thesis from client's care planning in developing cooperation to Lepolanmäki home care. A new approach was instilled to practical work and it is based on national determinations and it was processed with HandOut manual form. The national nursing documentation model is filled out according to process phase. The Treatment process is phased into four stages. Core information from nursing is documented under the process phases. It is documented in the same manner to all systems according to nationally agreed Finnish Care Classification (FinCC). The new approach reduces duplication of recording, increases quality of clients' care and gives more safety to patient care.

The Development Cooperation was evaluated using a questionnaire. The results revealed that quality of work on community's nursing documentation has improved and it was more customer-oriented. The actions of contact persons from Lahti University of Applied Sciences and work community have promoted the work on community's development and they were committed to the change of nursing documentation.

Key words: nursing documentation, electronic structured documentation, learning by developing, homecare

SISÄLLYS

JOHDANTO	1
2 VALTAKUNNALLINEN KEHITTÄMISHANKE	2
2.1 Valtakunnallisen kehittämishankkeen tausta ja tarve	2
2.2 Valtakunnallisen kehittämishankkeen tavoite	3
3 KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖ LEPOLANMÄEN KOTIHOIDOSSA	4
4 KEHITTÄMISTOIMINNAN TARKOITUS JA TAVOITE	5
5 SÄHKÖINEN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN	6
5.1 Hoitotyö ja hoitotyön kirjaaminen	6
5.1.1 Keskeinen lainsäädäntö	7
5.1.2 Hoitotyön prosessiajattelumalli	9
5.2 Sähköinen rakenteinen potilaskertomus	11
5.3 Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli	13
5.3.1 Hoitotyön ydintiedot	13
5.3.2 Prosessivaiheet	15
5.3.3 FinCC-luokituskokonaisuus	18
6 KEHITTÄMISMENETELMÄT JA TOTEUTUS	21
6.2 Learnin by developing (LbD)	21
6.3 Juurruttamisprosessi	22
6.3.1 Muutosprosessi	23
6.3.2 Aikaa ja mahdollisuus	24
6.3.3 Vuorovaikutus	24
6.3.4 Johtajuus	25
7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS KOTIHOIDOSSA	25
7.1 Kehittämistoiminnan aloitus	25
7.2 Kotihoidon kirjaamisen nykytilan kuvaaminen	27
7.3 Uuden tiedon etsiminen	28
7.4 Kirjaamisen nykytilan arvioiminen ja kehittämiskohteen valinta	29
7.5 Uuden kirjaamismallin rakentaminen	31

7.6	Vaihtoehtoisten ratkaisujen etsiminen	31
7.7	Muutoksen merkityksen löytäminen	33
7.8	Uuden toimintatavan arvioiminen ja muutoksen juurruttaminen	34
7.9	Uusien vaihtoehtoisten ratkaisujen löytäminen	34
8	ARVIOINTI	34
9	POHDINTA	38
9.1	Tulosten tarkastelua	38
9.2	Eettisyys	43
9.3	Jatkotutkimusaiheet	44
	LÄHTEET	45
	LIITTEET 1- 7	52

JOHDANTO

Terveydenhuollon organisaatioissa hoitotyötä kirjataan suurimmalta osalta sähköisiin potilastietojärjestelmiin. Valtioneuvoston päätöksellä edellytetään, että terveydenhuollon julkisen sektorin palvelujen antajien on liityttävä valtakunnallisen tietotietojärjestelmän käyttäjäksi ja valtakunnalliseen sähköiseen arkistoon. Tämän kautta toteutetaan valtakunnallisesti yhtenäinen sähköinen potilastietojärjestelmä ja se edellyttää kaikilta potilaan hoitoon osallistuvilta ammattiryhmiltä yhtenäistä kirjaamistapaa sekä yhtenäisen terminologian käyttöä. (Hartikainen, Häyrinen, Luomala, Komulainen, Porrasmaa & Suhonen 2009, 13.) Valtakunnallinen eNNI-hanke on käynnistetty lakisääteisen kirjaamisen ja opetuksen kehittämiseksi. Tavoitteena eNNI –hankkeessa on muodostaa uudenlainen kehittämissyhteistyö ammattikorkeakoulun ja terveydenhuollon työyksiköiden välille. Kehittämissyhteistyössä tuotetaan uutta tietoa ja osaamista hoitotyön rakenteeseen kirjaamiseen ja hyödynnetään pedagogista toimintamallia Learning by Developing. Ammattikorkeakoulujen muodostamat aluetyöryhmät työskentelevät alueellisen osaamisen ja verkostoitumisen edistämiseksi. (Ikonen 2009a, 1.) Tavoitteena on aikaansaada kansallisen kirjaamismallin mukainen muutos hoitotyön kirjaamisen käytäntöihin. Kansallisessa kirjaamismallissa kirjaaminen tapahtuu hoitotyön prosessimallin mukaan, joka toimii kirjaamisen viitekehyksenä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata Lepolanmäen kotihoidon kirjaamisen nykytila sekä tuottaa kotihoidolle uusi toimintamalli. Uusi hoitotyön kirjaamismalli tuotetaan kehittämissyhteistyössä, kotihoidon valitsemasta kehittämiskohteesta. Kehittämistoiminnan tavoitteena on auttaa ja tukea työyhteisöä yhdenmukaistamaan kirjaamistapaansa sisällöltään laadukkaaksi, asiakkaan hoidon laatua parantavaksi ja potilasturvallisuutta lisääväksi, kansallisen mallin mukaiseksi hoitotyön kirjaamistavaksi. Opinnäytetyön aihe on erittäin ajankohtainen ja hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä. On etuoikeus olla kehittämässä hoitotyön käytäntöä ja samalla olla osaamisessa jo askeleen verran edellä muita.

2 VALTAKUNNALLINEN KEHITTÄMISHANKE

2.1 Valtakunnallisen kehittämishankkeen tausta ja tarve

Yhtenäisen sähköisen potilasasiakirjajärjestelmän kehittäminen on viime vuosina ollut päämääränä valtakunnallisessa terveyshankkeessa. Tähän mennessä HoiDok ja HoiData –hankkeissa on tehty valtakunnalliset määritykset potilaskertomuksen sisällöstä ja rakenteesta sekä tietosuojasta ja tietoturvasta. (Häyrinen 2009, 1.) Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen kirjaamisen pilottihanke HoiDok -hanke käynnistyi keväällä 2005 ja sitä koordinoi Kuntainliitto. Hankkeen hallinnoijana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. (Tanttu 2008c, 67.) Tämän pilottihankkeen lopputuloksena tuotettiin hoitotyön ydintietoihin perustuva kansallinen kirjaamisen malli sekä Finnish Care Classification/FinCC, -luokituskokonaisuus. (Tanttu 2009, 32.) Rinnakkaisessa HoiData 2007 – 2009 Kansalliset yhtenäiset hoidon tiedot, -hankkeessa potilastietojärjestelmiin vietiin kansallista hoitotyön kirjaamisen mallia ja terveydenhuollon organisaatioita tuettiin uuden kansallisen kirjaamismallin käyttöönotoissa. (Tanttu 2008c, 20, 62.)

eNNI-hanke jatkaa valtakunnallisen terveyshankkeen toteutumista ja toimintamallia Learning by Developing. eNNI on valtakunnallinen tutkimus- ja kehittämishanke vuosille 2008 - 2012. Hanketta koordinoi Laurea ammattikorkeakoulu ja se on opetusministeriön rahoittama. (Ikonen, Rajalahti & Ahonen, 2009.) eNNI-hankkeessa ammattikorkeakoulu muodostaa aluetyöryhmän alueensa terveydenhuollon organisaatioiden kanssa. Aluetyöryhmät on koottu terveydenhuollon sairaanhoitajista, työelämän edustajista ja ammattikorkeakoulujen hoitotyön opettajista, opiskelijoista sekä informaatioista ja he koordinoivat kehittämistoimintaa alueillaan. (Ikonen 2009a, 1.) eNNI -hankkeessa toteutuu rakenteisen kirjaamisen yhtenäisen mallin valtakunnallinen ja alueellinen opettaminen ja käyttöönottamiseen valmentaminen käytännön hoitotyössä. (Ikonen, 2009b, 2.)

Hoitotyön kirjaamisuudistusten taustalla on Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Laki vahvistettiin Helsingissä

9.2.2007 ja tuli voimaan 1.7.2007. Lain velvoitteen mukaisesti toteutetaan valtakunnallisesti yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Valtakunnallisiin sähköisiin tietojärjestelmäpalveluihin siirryttäessä siirtymäaika on kolme vuotta ja yhdeksän kuukautta lain voimaantulosta. Liittymisvelvollisuus tietojärjestelmäpalveluihin tulee voimaan 1.4.2011 (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 25 §). Liittymisvelvollisuus koskee julkisia terveydenhuollon organisaatioita. Organisaation liityttyä sähköiseen tietojärjestelmäpalveluun, kaikki potilasasiakirjojen alkuperäiset kappaleet tulee tallentaa valtakunnalliseen sähköiseen arkistoon (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 15§). Valtakunnalliseen arkistoon tallennettavat, sähköisiin asiakirjoihin tehtävät merkinnät edellyttävät kaikilta ammattiryhmiltä samanlaista kieltä, jotta tallennettua tietoa pystytään käsittelemään. Keskitettyjen tietojärjestelmäpalvelujen vaatimuksena on, että hoitotyön kirjaaminen tapahtuu kansallisen kirjaamismallin mukaisena ATK-järjestelmän kautta ja ATK-järjestelmä on ainoa kirjaamisen väline. (Saranto & Ensio 2008, 13.)

Terveydenhuollossa lisääntyvä työvoima- ja resurssipula vaatii työmenetelmien uudistamista. Tulevaisuudessa valtakunnallisen terveyshankkeen haasteena ovat eArkisto, eResepti ja eKatselu ja valtakunnallisissa tulevaisuuden visioissa nähdään ammattilainen, jolla on työasema aina mukana. Vuonna 2015 ajatellaan jokaisella suomalaisella olevan henkilökohtainen sähköinen terveystietomus, jonka hän voi omilla verkkotunnuksillaan avata ja katsella missä tahansa Suomessa. (Ensio 2008, 1.)

2.2 Valtakunnallisen kehittämishankkeen tavoite

Valtakunnallisen eNNI -hankkeen tavoitteena on uudenlaisen kehittämissyhteistyön muodostaminen ammattikorkeakoulun ja työelämän välille. Valtakunnallisessa kehittämishankkeessa tavoitellaan muutosta hoitotyön kirjaamisen sisältöön ja työprosessiin sekä työyhteisön tapaan toimia (Ikonen 2009b, 3-5). Kehittämissyhteistyössä pyritään luomaan toimijoille osaamista oman työnsä kehittämi-

seen. Muutokset toimintatavoissa toteutetaan alhaalta ylöspäin suuntautuvana toimintana. Kehittämissyhteistyö on väline asetettuihin muutostavoitteisiin pääsemiseksi. Kehitysyhteistyöllä oletetaan saatavan toivottuja tuloksia sekä aluekehitysvaikutusta ja verkostoitumista. (Ikonen 2009b, 1; Takaluoma & Ahonen 2009, 3.)

Pedagogista toimintamallia Learning by Developing hyödyntäen kehityshankkeessa tavoitellaan hoitotyön sähköisen potilaskirjaamisen opettamisen ja osaamisen lisäämistä. Osaamista lisätään juurruttamalla uutta tietoa käytännön työhön. Kehitysyhteistyössä työryhmän osapuolet oppivat yksilöinä ja yhteisönä. (Ikonen 2009b, 6; Projektiryhmä 2009, 1.) Alueellisessa toiminnassa kehittämissyhteistyö syvenee kumppanuudeksi. Kumppanuus on hankkeen tärkeänä tavoitteena. Kumppanuudessa toimijat ovat tasavertaisessa vuorovaikutuksessa keskenään. (Takaluoma & Ahonen 2009, 2; Projektiryhmä 2009, 1.) Vuorovaikutteisen kehittämissyhteistyön kautta oletetaan syntyvän hoitotyön ammatissa vaadittavaa tutkimus-, kehittämis- ja muutososaamista sekä osaamista näyttöön perustuvan tiedon hakemiseen ja tiedon käyttämiseen hoitotyössä. (Ikonen ym. 2009, 2-3; Opetusministeriö 2006, 64 -69.)

3 KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖ LEPOLANMÄEN KOTIHOIDOSSA

Opinnäytetyöntekijän yhteistyö ja alueellinen kumppanuus syntyi Lepolanmäen kotihoidon kanssa. Lepolanmäen kotihoito on yksi Lahden Ahtiala - Mukkula alueen neljästä kotihoitoalueesta. Lepolanmäen kotihoidossa on 13 – 15 työntekijää. Kotihoito sisältää asiakkaan henkilökohtaisen huolenpidon ja hoidon palveluita, jotka tukevat kotona asumista. Painoalueena kotihoidossa on tukea ja edistää asiakkaan kotona selviytymistä arkielämän toiminnoissa ja elämänhallintaan liittyvissä tilanteissa. Kotihoidossa asiakkaan palvelutarvetta määritettäessä huomioidaan hänen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tilanne sekä elämäntilanne. (Kaniz, M. 2006, 1.)

Kotihoidossa hoitotyön sisältö muodostuu asiakkaan tarpeiden pohjalta. Hoitotapojen ja apuvälineiden kehittymisen myötä voidaan kotona hoitaa yhä huonokuntoisempia asiakkaita. Asiakkaiden kotona selviytymistä tuetaan hoitotyön keinoin. Kotona tehtävä työ vaatii työntekijältä laaja-alaista osaamista ja joustavuutta työtehtävissä. Kotihoidon asiakkaalla ja hänen läheisillään on käytettävissään asiakkaan omahoitaja, joka parhaiten tuntee asiakkaan tarpeet ja kokonaisvaltaisen hoidon. Omahoitaja tekee asiakkaan ja hänen perheensä kanssa yhdessä asiakkaan hoidon suunnittelun. Hoidon suunnittelussa omahoitaja huomioi asiakkaan voimavarat kokonaisvaltaisesti. Hän ohjaa asiakasta edistämään terveyttään sekä tukee häntä erilaisissa elämäntilanteissa. Moniammatillinen yhteistyö on kotihoidon asiakkaalle oleellinen osa hoitoa. Omahoitajan rinnalla toimii kotihoidon tiimi, jossa työskentelee eri alojen ammattilaisia. Moniammatillisesti toimivan yhteistyön kehittäminen on kotihoidossa tärkeää. Hyväksi työmenetelmien kehittämistavaksi on havaittu tutkitun tiedon yhdistäminen käytännön kokemukseen. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff -Lahtela 2007, 16 – 21.)

4 KEHITTÄMISTOIMINNAN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja kartoittaa Lepolanmäen kotihoidon kirjaamisen nykytila sekä tuottaa uusi näyttöön perustuva toimintamalli työyhteisön valitsemasta kehittämiskohteesta. Uudella näyttöön perustuvalla toimintamallilla tarkoitetaan kansallisen mallin mukaista rakenteista hoitotyön kirjaamistapaa, joka perustuu valtakunnallisiin määritelmiin ja ydintietoihin. Kehittämisyhteistyöprosessi raportoidaan opinnäytetyössä. Kehittämistoiminnan tavoitteena on auttaa ja tukea työyhteisöä yhdenmukaistamaan kirjaamistapaansa kansallisen mallin mukaiseksi, sisällöltään laadukkaaksi, hoidon laatua parantavaksi ja potilasturvallisuutta lisääväksi kirjaamistavaksi.

5 SÄHKÖINEN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

5.1 Hoitotyö ja hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyötä ohjaavat hoitotyön arvot ja hoitajan persoona. Hoitajan rooli ja tehtävä ymmärretään tukijana. (Tuomi 2005, 125; Opetusministeriö 2006, 65) Hoitotyöllä tässä opinnäytetyössä ajatellaan olevan vaikutusta ihmisen fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin ja sillä tarkoitetaan suomalaista käsitettä joka liittyy suomalaiseen terveydenhoitojärjestelmään. Hoitotyön sisältöalue on laaja ja sitä on vaikea käsitteenä tarkalleen kuvata, koska hoitotyössä ollaan tekemisissä ihmisen ja hänen kokemuksensa kanssa. (Tuomi 2005, 79.)

Potilasasiakirjat ovat tärkeitä dokumentteja potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan kannalta. Potilasasiakirjojen tietoja käytetään muun muassa potilaan tekemiä muistutuksia, kanteluja ja vakuutus- yms. etuuksia koskevissa asioissa. Vastaavasti potilasasiakirja on myös juridinen asiakirja, joka toimii hoitajan oikeusturvana selvittäessä terveydenhuollon ammattihenkilöiden menettelyä tai arvioitaessa heidän ammattitoimintansa asianmukaisuutta. Potilasasiakirjoja käytetään apuvälineenä myös terveydenhuollon tutkimuksessa, hallinnossa, suunnittelussa ja opetuksessa. (STM 2001, 1.)

Hoitotyön kirjaaminen tarkoittaa asiakastietojen dokumentointia eli kirjaamista potilasasiakirjoihin. Virginia K. Saba on toiminut hoitotyön ATK-pohjaisten tietojärjestelmien edelläkävijänä jo yli 30 vuotta. Yhdysvalloissa Georgetownin yliopistossa hänen johdollaan kehitettiin The Clinical Care Classification (CCC) luokituskokonaisuus. CCC- luokituksen avulla arvioidaan, luokitellaan ja kirjataan hoitotyötä. (Kaminski 2009, 1.)

Hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa potilaan tavoitteellista hoitoa. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 70-71.) Laadukkaalla kirjaamisella pyritään varmistamaan asiakkaan hoidon turvallisuus, hoidon jatkuvuus ja tiedon siirtyminen

organisaatiosta toiseen (Hartikainen ym.2009, 10-14.) Ajantasaisella kirjaamisella varmistetaan, että potilas saa hänelle suunnitellun hoidon ja toteutuneen hoidon arviointi on mahdollista. Lisäksi kirjaaminen yhtenäistää eri ammattiryhmien työtä. Alkuperäinen potilastieto siirtyy kirjauksen avulla muuttumattomana hoitotyöntekijältä toiselle. (Jokinen 2005, 7.) Täsmällisen ja potilaan tilaa kuvaavan kirjaamisen avulla jokainen potilaan hoitoon osallistuva saa selkeän käsityksen potilaan tilanteesta ja kykenee toteuttamaan hänen hoitoaan. (Hartikainen ym. 2009, 10 - 14). Se mitä hoitaja on kirjannut, sen hän on myös tehnyt. Kirjaamatta jääneitä asioita ei hoitoprosessissa ole siten ollenkaan tapahtunut, eikä hoitotyössä tehty. (Ylöstalo-Laine, 2006.)

Hoitotyön kirjaamisista tutkimustulosten mukaan vain pieni osa oli kattavasti tehty. (Ylöstalo-Laine 2006; Virtanen 2008; Haapalainen-Suomi, 2009; Autere, Paavola, Selander & Kiikku 2009). Kuitenkin minimivaatimusten mukainen kirjaaminen oli Tuomikosken mukaan toteutunut pääasiassa hyvin (Tuomikoski, 2008, 1). Leinon mukaan kirjaamisen laadussa oli parantamisen varaa. Kirjaaminen oli Leinon mukaan enimmäkseen toteavaa (Leino 2004, 1) ja sairaanhoitajat olivat käyttäneet kirjaamisessa paljon lyhenteitä (Haapalainen-Suomi, 2009, 1). Koulutusinterventiolla koettiin olleen positiivinen vaikutus hoitotyön kirjaamisen kehittymiseen (Tuomikoski 2008, 1).

5.1.1 Keskeinen lainsäädäntö

Potilaskertomuksen sisältöä määritellään Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (Asetus 298/2009, 10§). Asetuksessa säädetään, että terveydenhuollon toimintayksikön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta ja merkinnät tulee tehdä viivytyksettä potilaskertomukseen (Asetus 298/2009, 8-9§.) Potilaskertomuksen tulee olla alkuperäinen. Kertomusta tai sen osia ei saa kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua korvata valokopiolla tai muulla vastaavalla tavalla. (Asetus 298/2009, 9§.) §.) Potilaskertomukseen tulee tehdä merkintä jokaisesta palvelutapahtumasta (Asetus 298/2009, 11§.) Potilaalle annetun hoidon yhteenveto tulee toimittaa

potilaalle itselleen tai jatkohoitopaikkaan viivytyksettä (Asetus 298/2009, 8§.) Potilaalla on oikeus kieltää tietojensa luovuttaminen (Laki 159/12§). Palveluntarjoajan on ilmoitettava kiello-oikeudesta potilaalle (Laki 159/17). Asiakkaalla on oikeus tarkastaa hänestä asiakasrekisteriin tehdyt merkinnät. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 19.)

Hoitotyön kirjauksia tehtäessä tulee noudattaa henkilötietolain säädöksiä. Henkilötietolaissa veloitetaan käsittelemään henkilötietoja niin, että potilaan yksityisyyden suoja säilyy. (Henkilötietolaki 523/199, 5§). Potilastiedot tulee saada ensisijaisesti potilaalta itseltään. muista lähteistä hankituista tiedoista tulee tehdä merkintä potilasasiakirjaan. Henkilötietolaissa kielletään arkaluontoisten asiakastietojen kirjaaminen. (Henkilötietolaki 523/199, 11§). Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on salassapitovelvollisuus asemansa tai tehtävänsä perusteella saamiinsa tietoihin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, 17).

Kirjaamisen tulee olla selkeätä ja kirjauksia tehtäessä tulee käyttää yleisesti hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. (Asetus 298/2009, 7.) Kirjauksista tulee ilmetä keskeiset hoitotiedot: miten potilaan hoito on toteutettu, ilmenikö potilaan hoidon aikana ongelmia sekä millaista oli hoitoa koskeva päätöksenteko. Kirjauksista tulee ilmetä myös riskitiedot (Asetus 298/2009, 12§, 13§.) Mikäli potilas kieltäytyy hoidosta, tulee se merkitä potilasasiakirjoihin ja merkintä tulee vahvistaa luotettavalla tavalla. (Asetus 298/2009, 18§). Potilasasiakirjoja saa käsitellä vain siinä laajuudessa, kuin mitä työtehtävät ja vastuut edellyttävät. (Asetus 298/2009, 4§). Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt, sekä heidän ohjeistuksen mukaisesti muut hoitoon osallistuvat henkilöt. (Asetus 298/2009, 6§.) Asiakkaalla on oikeus saada hänen sitä pyytäessään, salassa pidettävästä julkisen viranomaisen asiakirjasta, itseään koskevaa tietoa. (Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, 12§.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 tulee voimaan 1.4.2011. Siirtymäaika on kolme vuotta ja yhdeksän

kuukautta (159/ 2007, 25§.) Liittymisen jälkeen kaikki dokumentit siirtyvät sähköisesti eri organisaatioiden välillä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 15§.) Asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus, käytettävyys ja eheys ja niiden tulee säilyä muuttumattomina. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 2§; Asetus 298/2009, 3§). Potilastietorakenteiden tulee mahdollistaa potilasasiakirjojen käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja suojaaminen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla. Palvelutapahtuman tiedot tulee voida rajata vain kyseiseen tapahtumaan tarpeellisiin tietoihin. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 6§.)

Valtakunnallisesta tietojärjestelmäpalvelusta potilastietoja saadaan luovuttaa ainoastaan toiselle terveydenhuollon palvelujen antajalle. Luovutuksen tulee perustua joko potilaan suostumukseen tai luovutuksen oikeuttavaan lain säännökseen. (Arkistolaki 831/1994, 15§; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 10§.)

5.1.2 Hoitotyön prosessiajattelumalli

Termi hoitotyön prosessi sai 1960-luvulla suosiota Pohjois-Amerikassa. Tällöin King (1971), Orem (1980) ja Roy (1981) kehittivät kahden vuosikymmenen ajan hoitotyön käsitejärjestelmää. Brittiläiseen kirjallisuuteen termi ilmestyi vasta 1970-luvulla ja sai aluksi paljon vastustusta, mutta hyväksyttiin kuitenkin pian. Vuonna 1977 Englannissa ja Walesissa, General Nursing Council päätti, että hoitotyön prosessin mukaista potilaan hoitamista on opiskeltava ja potilaan hoitoa on toteutettava hoitotyön prosessin mukaisesti. Käsitteen käyttöä Euroopassa ajoi WHO:n aluetoimiston päätös käyttää prosessiajattelumallia Euroopan hoitotyön tutkimus- ja kehittämistoiminnan perustana. (Roper, Winifred & Tierney, 1991, 22.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimallia hoitotyön kirjaamisen rakenteena on Suomessa käytetty jo 1980-luvulta alkaen. Prosessiajattelu ei siis ole hoitotyössä mitään uutta. Prosessiajattelun vaiheet eivät ole muuta, kuin tapa ajatella loogisesti potilaan kokonaisvaltainen hoito. Kokenut ammattitaitoinen hoitaja on työssään käyttänyt ajattelumallia apuvälineenään aina, vaikka hän ei ole toimintansa lähtökohtia paremmin miettinytkään. (Roper, Winifred & Tierney 1991, 23.)

Hoitotyön prosessia on yleisesti käytetty hoitotyön kirjaamisen viitekehystenä. Viitekehyksellä tarkoitetaan hoitotyön prosessin mukaista potilaan hoidon suunnittelua, joka alkaa potilaan vastaanottotilanteesta. Potilasta vastaanotettaessa esitietoja kerätään haastattelemalla ja havainnoimalla potilasta. (Saranto, Ensio, Tantu & Sonninen 2008, 113.) Prosessimallin mukaisessa ajattelumallissa edetään hoidon tarpeen määrittelystä tavoitteiden kautta hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (Saranto ym. 2008, 113; Autere, Paavola, Selander & Kiikku 2009, 24; Hartikainen ym. 2009, 23). Hoidon tavoitteet jäsentävät hoidon suunnittelua ja selkiyttävät potilaan hoitoa sekä ohjaavat hoitajan ajattelua ja toimintaa eri prosessivaiheissa. Hoitajan tekemät hoidolliset päätökset eri prosessivaiheissa näkyvät toiminnassa, mutta niitä ei useinkaan hoitotyössä kirjata. (Autere ym. 2009, 24.)

Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli tukee potilaslähtöistä kirjaamistapaa ja hoitajan itsenäistä päätöksentekoprosessia aiempaa paremmin. Prosessimallin mukaan kirjatessa kirjaaminen on systemaattista ja tavoitteellista toimintaa. Siinä käydään läpi kaikki potilaan hoidon kannalta merkitykselliset asiat. (Hyvärinen 2009, 28; Haapalainen-Suomi 2009, 1.) Rakenteisen kirjaamisen pilottitutkimuksissa havaittiin, että hoitotyön prosessiajattelu oli hoitajilta unohtumassa. (Kaakkinen, Mäkilä, Jarmas & Väättäinen 2008, 23.) Prosessimallin omaksuminen vaatii kouluttautumista. Paras tulos saadaan, jos opettaminen on mahdollista toteuttaa välittömässä ohjauksessa, niin sanottuna ”vierihoitona” (Hyvärinen 2009, 28).

5.2 Sähköinen rakenteinen potilaskertomus

Ension, 2007 mukaan sähköisellä potilaskertomuksella yleisesti tarkoitetaan sairauskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikan avulla. Sähköinen potilaskertomus on määritelty osaksi digitaalisesti tallennettua yksilön elinikäistä terveystietoa (Saranto ym. 2008, 97.) Sähköinen rakenteinen kirjaaminen koostuu kansallisesti määritellyistä ydintiedoista ja termistöistä, jotka kuvaavat hoitotyön keskeisiä sisältöjä. Valtakunnallisesti määritelty kansallisen mallin mukainen sähköinen rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa oleellisen tiedon säilyttämisen valtakunnallisessa arkistossa ja sähköisestä arkistosta tiedon uudelleen käyttämisen. (Saranto ym. 2008, 13, 66, 96.)

Sähköisellä potilaskertomuksella hoitotyössä tarkoitetaan potilaalle annetun kokonaisvaltaisen hoidon asiakirjaa, minkä avulla potilaasta kirjattua tietoa välitetään moniammatillisten ryhmien välillä. Tulevaisuudessa myös potilaan ajatellaan voivan kirjata ja syöttää tietoa omaan sähköiseen potilaskertomukseensa, esimerkiksi kotona tehdyistä mittauksista. (Saranto ym. 2008, 97.)

Knuutilan ja Koivukosken mukaan sähköinen rakenteinen kirjaaminen tuo hoitotyön kirjaamiseen monia etuja. Sähköisestä järjestelmästä kirjattu tieto on monipuolisesti käytettävissä ja helposti löydettävissä (Knuutila, Koivukoski, Wilskman & Isotalo 2007, 12). Potilaan hoidon kannalta etuna on, että potilaan tietoja voidaan hakea potilaskertomusjärjestelmästä etukäteen ja sähköisessä järjestelmässä kirjaukset voidaan tehdä potilaan läsnä ollessa. (Hartikainen 2008, 41)

Hartikaisen tekemän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kirjaavat potilaan tulo- haastattelun tiedot paperiversiolle ja siirtävät tiedot sähköiseen järjestelmään jälkikäteen. Syitä kaksinkertaisesti tehtävään työhön tuli tutkimuksessa esille useita. Syinä olivat muun muassa laiteresurssit, tietokoneen siirtämisen vaikeus ja oma epävarmuus tietokoneen käyttöön liittyvässä toiminnassa. Lisäksi syitä päällekkäiseen kirjaamiseen olivat hoitajan pelko potilaan mahdollisesta negatiivisesta reagoinnista tai pelko tilanteeseen liittyvistä häiriötekijöistä suorassa tietojärjestelmäkirjauksessa. (Hartikainen 2008, 42.)

Sähköinen rakenteinen kirjaaminen tuo haasteita hoitotyöhön ja se vaatii lisäkoulutautumista. (Leino 2004, 10; Kuusisto 2008, 34). Hoitajien mielipiteet sähköisestä kirjaamisesta ovat jakaantuneet puolesta ja vastaan. (Kuivalainen 2008, 26.) Tietotekniikka voidaan kokea uhkana tai pelkkänä tietokoneen hoitamisena, mikä koetaan etäännyttävän potilaan hoitamisesta. (Knuutila ym. 2007, 12 -14.)

Sähköisen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen pilotointeihin osallistuneiden yksiköiden sairaanhoitajien kokemukset ovat olleet positiivisia. Kirjattujen tietojen ja merkintöjen lukeminen koettiin helpommaksi. Sairaanhoitajien mielestä otsikoinnit selkeyttivät kirjaamista ja kirjaamisesta muodostui järjestelmällisempää. Haastateltavat olivat kokeneet, että kirjaamisen laatu parantui ja he kirjasivat enemmän tietoja sähköiseen järjestelmään, kuin paperiversioille tehtyihin merkintöihin. (Hartikainen 2008, 48.)

Sairaanhoitajat kokivat paperiversioihin tehtävät, moneen paikkaan kirjaamiset häiritseväksi. Moninkertainen kirjaaminen oli aikaa vievää, työlästä ja tarkkuutta vaativaa. Jos sairaanhoitaja tekee kirjauksia moneen paikkaan, saattaa osa tiedoista jäädä kirjaamatta sähköiseen järjestelmään. Tällaisia voivat olla esimerkiksi potilaan hoitajaksokohtaiset esitiedot tai tiedot potilaan kotilääkityksestä. Sairaanhoitajat toivoivat voivansa hyödyntää kertaalleen kirjattua tietoa. (Hartikainen 2008, 45.)

Knuutilan ja Koivukosken mukaan sähköisessä kirjaamisessa hoitotyön käsitteet yhtenäistyvät. Sähköisesti kirjattu tieto selkiyttää ja nopeuttaa hoitotyötä, jolloin sairaanhoitajalle jää enemmän aikaa potilaan hoitamiseen. (Knuutila ym. 2007, 12 -14.) Knuutilan mukaan hoitajan asenteella ajatellaan olevan merkitystä sähköisessä kirjaamisessa. (Knuutila ym. 2007, 12). Leinon tekemän tutkimuksen mukaan hoitotyön kirjaamisen toteutumiseen eivät ole yhteydessä hoitajan ikä, peruskoulutus, ammattitutkinto tai työkokemus. Hänen mukaan yhteydessä ovat hoitajien arvot sekä organisaatiosta johtuvat tekijät. (Leino 2004, 52.)

5.3 Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli

Kansallisessa hoitotyön kirjaamismallissa on sovittu kirjaamisen sisällöstä ja sen rakenteesta. Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli perustuu hoitotyön ydintietoihin, prosessivaiheisiin ja FinnCC -luokituskokonaisuuteen. Kansallisen hoitotyön kirjaamismallin tarkoituksena on lisätä hoitotietojen käytettävyyttä. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 11)

5.3.1 Hoitotyön ydintiedot

Ydintiedoilla tarkoitetaan kaikkia potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joilla kuvataan suunniteltua tai toteutunutta potilaan hoitoa. Ydintietoja ovat; hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto (Tanttu 2008c, 3).

Hoidon tarve

On hoitavan tahon määrittämä kuvaus potilaan terveydentilaa koskevasta ongelmista, joihin voidaan vaikuttaa hoitotyön toiminnoilla. (Liljamo, Kaakkinen & Ensio 2008, 9.)

Hoitotyön toiminnot

Kuvaavat potilaan hoidon suunnittelua ja toteutustapaa. Potilaskertomukseen kirjataan oleelliset hoitotyön suunnitellut ja toteutuneet toiminnot. Hoitotyön toiminnot tapahtuvat potilaan ja hoitajan välitöissä auttamis- ja ohjaustilanteissa. (Liljamo ym. 2008, 9.)

Hoidon tulokset

Antavat kuvan potilaan nykytilassa, voinnissa tai selviytymisessä tapahtuneista muutoksista. Potilan tilan muutosta arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon. (Liljamo ym. 2008, 9.)

Hoitotyön yhteenveto

Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista. Ydintietoja täydennetään tarvittaessa luokitusten ja vapaan tekstin avulla tuotetuilla tiedoilla. (Hassinen & Tanttu 2008, 18.) Hoitotyön yhteenveto on tiivistelmä asiakkaan hoitajaksolla saamasta hoidosta ja sen hetkisestä voinnista ja hoitotyön yhteenvetoa hyödynnetään asiakkaan jatkohoidossa. Jatkohoitosuunnitelmaan merkitään lähtöpäivänä potilaalle annettu lääkitys. (Junttila 2007, 37; Hartikainen ym. 2009, 50). Hoitotyön yhteenveto tallennetaan tulevaisuudessa kansalliseen arkistoon. (Hassinen & Tanttu 2008, 18).

Hoitotyön yhteenvetoa on testattu valtakunnallisen sähköisen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishankkeessa. Tulosten mukaan hyvän hoitotyön yhteenvedon sisältö rakentuu yhteenvedon omaisena koko hoitajakson ajalta. Hyvä hoitotyön yhteenveto on sisällöllisesti kattava ja se mahtuu yhdelle A4 -sivulle. Yhteenveto koostuu ensisijaisesti hoitotyön ydintiedoista sekä lääkehoidon ja jatkohoidon tiedoista. Lisäksi yhteenvedosta ilmenee ne asiakkaan esi- ja perustiedot, jotka ovat oleellisia tietoja asiakkaan jatkohoidon kannalta. Yhteenvetoa tehdessä huomioidaan asiakaslähtöisyys, yksilöllisyys, sekä asiakkaan kunnioittaminen. Yhteenvedossa tarpeen määrittämisen ja hoidon toteutuksen vapaa teksti on lyhyttä ja ytimekästä. Arviointiosuudessa teksti on kertovaa ja arvioivaa. (Hassinen & Tanttu 2008, 19.)

Yhteenvedon laadinnassa potilaan saaman hoidon kokonaiskuva korostuu. Kehittämishankkeessa tehtyjen testausten mukaan hoitotyön yhteenvedossa tulisi näkyä kaksikymmentäneljä asiasisällöltään keskeistä potilaan hoitoon liittyvää tietoa, jotka liittyvät perustietoihin, tulotilanteeseen sekä jatkohoidon suunnitelmaan. (Hassinen & Tanttu 2008, 18.) Saatujen testitulosten mukaan, hyvä hoitotyön yhteenveto nopeutti asiakkaan jatkohoidon alkamista ja sen sujumista. Potilaan hoitoon liittyvät tiedot olivat selkeämpiä ja kattavampia. Lisäksi yhteydenotot vastaanottavista organisaatioista vähentyivät. Hyvin toteutettua hoitotyön

yhteenvedoa voitiin hyödyntää jatkohoidon suunnittelussa ja moniammatillisessa hoitotyössä. (Hassinen & Tantu 2008, 19.)

Testit osoittivat, että hoitotyön yhteenvedossa oli vielä kehitettävää tietojärjestelmien ja käytettävyyden näkökulmasta. Hoitajat toivoivat yhteenvedon kirjaimisalustaksi valmista pohjaa sekä mahdollisuutta keskeneräisen kirjauksen välitallennukseen. (Hassinen & Tantu 2008, 19.)

Hoitotyön yhteenvedoissa eniten puutteita esiintyi lääkehoidon ja jatkohoitosuunnitelmien osioissa. Siirtopäivänä annettu lääkitys oli puutteellisesti merkitty yhteenvedoon. Jatkohoidon osalta puutteellisuutta oli omaisten yhteystietojen sekä jatkohoitohjeiden merkinnöissä. (Remes 2006, 62.)

Hoitoisuus

On yksi hoitotyön ydintieto ja sillä tarkoitetaan potilaiden luokittelua tai ryhmittelyä heidän tarvitseman hoitotyön määrän mukaan. Hoitoisuus luokitellaan potilaalle annetun hoitotyön vaativuuden mukaan ja ilmoitetaan sekä numeerisesti että sanallisesti. Hoitoisuuden määrittäminen hoitajaksolla koskee tiettyä ajanjaksoa, esimerkiksi yhtä hoitovuorokautta. Luokittelun tarkoituksena on auttaa arvioimaan hoitotyössä tarvittavaa henkilöstön määrää, hoitotyön laatua ja hoitotyön kustannuksia. (Hartikainen ym. 2009, 193.)

5.3.2 Prosessivaiheet

Hoitotyön ydintiedot kirjataan prosessivaiheiden; tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi kautta. Hoitoprosessin määrittelemätönvaihetta käytetään merkinnöissä, joissa hoitoprosessin vaiheen ilmaiseminen on tarpeetonta. (Hartikainen ym. 2009, 24.)

Tulotilanne -vaiheessa asiakkaan saapuessa terveydenhuollon organisaatioon määritellään hoitoon tulon syy ja hoidon tarve (Hartikainen ym. 2009, 22). Hoi-

taja haastattelee asiakasta sekä omaisia. Samalla hän kerää tarvittavat esitiedot ja taustatiedot sekä suorittaa tarvittavat mittaukset. Hoidon tarpeita määriteltäessä huomioidaan potilaan oma kokemus tilanteestaan sekä hänen voimavaransa. (Hartikainen ym. 2009, 201.)

Tulotilannetta koskevan tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kirjasivat paljon tulotilanteen ja ensimmäisen hoitovuorokauden tietoja, mutta kirjaaminen oli vähentynyt hoitopäivien myötä. Hoidon päättymispäivästä oli kirjattu enää vain niukasti. (Autere ym. 2009, 24.)

Hoidon suunnittelu -vaihe toteutetaan yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. (Hartikainen ym. 2009, 199.) Hoidon suunnittelussa määritellään hoidon tarpeet, hoidon tavoitteet sekä hoitotyön keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Hoitoa suunniteltaessa tulotilanteessa määritetyille hoidon tarpeille asetetaan ensin tavoitteet. Tämän jälkeen määritellään hoitotyön keinot, mitä hoitotyön toimintoja tarvitaan hoidon tavoitteisiin pääsemiseksi. Tarpeita määritettäessä hoitaja tekee erilaisia mittauksia ja huomioi asiakkaan kokonaisvaltaisesti. Tarpeita määriteltäessä otetaan huomioon myös lääkärin tekemän diagnoosin aiheuttamat tarpeet. Tehtyä hoidon suunnitelmaa päivitetään potilaan tilan muuttuessa, jolloin potilaan hoidolle asetetaan uudet tarpeet ja tavoitteet sekä päivitetään hoitotyön keinot. (Hartikainen ym. 2009, 201).

Quinn ja Gordon ovat määritelleet hoidon suunnittelu –vaiheessa tehtävää tavoitteiden asettamista. Heidän mukaan tavoitteet asetetaan yksilöllisesti, yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa. Tavoitteet tulee ilmaista konkreettisesti, mitattavassa muodossa. Esimerkiksi seuraavat termit: hyvä, huono, tasapaino, eivät ole hyviä tavoitteiden ilmaisukeinoja, koska niillä on eri ihmisille eri merkitys ja ne ymmärretään eri tavalla. Parempi tapa ilmaista tavoite on käyttää suureita, kuten aika, massa, pituus, joiden avulla asetettuun tavoitteen saavuttamista voidaan arvioida. (Quinn & Gordon 2010, 113–124.)

Hoidon suunnittelua on tutkittu useassa tutkimuksessa. Virtasen tekemän tutkimuksen mukaan potilaan hoidon suunnittelu ei lähes puolessa tapauksista ollut ajan tasalla (Virtanen 2008, 1). Leino puolestaan tutkimuksessaan kuvaa potilaan hoidon suunnittelun heikoksi alueeksi ravitsemukseen liittyvän avuntarpeen, lääkehoidon vaikuttavuuden, potilaan ohjauksen ja emotionaalisen tuen tarpeen kirjaamisen. Suunnitteluvaiheen kirjaamisessa sairaanhoitajat olivat kokeneet tavoitteiden laatimisen vaikeana. Tavoitteiden asettaminen jäi tutkimuksen mukaan lähinnä yleiselle tasolle (Autere ym. 2009, 24). Valtaosassa hoidon suunnittelussa potilaan toiveet hänen hoidostaan oli kirjaamatta. (Virtanen, 2008.) Tavoitteiden yksilöinti ei ollut riittävää tai potilaan yksilöllinen näkökulma puuttui kokonaan, eikä tavoitteita oltu laadittu yhdessä potilaan kanssa. (Kaakkinen ym. 2008, 23.) Vain osassa hoidon suunnittelussa ilmeni potilaan ja omaisten näkemys potilaan tilanteesta. (Autere ym. 2009, 24.) Kaakkisen tutkimuksen mukaan hoidon tarpeeksi saatettiin määrittää lääketieteellinen diagnoosi. (Kaakkinen ym. 2008, 23.)

Hoidon toteutus -vaiheen kautta kirjataan potilaan hoidon toteutumista. Toteutuneen hoidon kirjauksesta tulee ilmetä potilaan omat tuntemukset ja toiveet, jotka tulee huomioida mahdollisen jatkohoidon suunnittelussa. (Hartikainen ym. 2009, 201.) Hoitoa toteutetaan hoidon suunnittelun mukaisena. Toteutuneen hoidon kirjaamisen tulee olla asiakaslähtöistä ja potilaan tilannetta kuvaavaa niin, että kirjatusta tiedosta saa selkeän käsityksen potilaan tilasta. Toteutuneesta hoidosta kirjattua tietoa hyödynnetään potilaan jatkohoidon suunnittelussa. (Iivanainen ym. 2009, 72.)

Hoidon toteutumisvaiheesta tehtyjen tutkimusten mukaan kirjaamisen laadussa oli parantamisen varaa. Kirjaaminen oli Leinon tutkimuksen mukaan enimmäkseen toteavaa (Leino 2004, 1.) Hoidon toteutumista sairaanhoitajat olivat Kaakkisen mukaan kirjanneet paljon. Kirjaaminen ei kuitenkaan ollut asiakaslähtöistä, vaan se oli sisältänyt pääasiassa hoitajan tekemisiä. (Kaakkinen ym. 2008, 23.) Potilaan nykytilannetta sairaanhoitajat olivat kuvanneet hyvin, mutta potilaan hoi-

dolliset ongelmat eivät tulleet kirjaamisesta selkeästi esiin. Kirjaamisesta ei myöskään tullut esiin hoitajan päätöksentekoprosessi. (Ylöstalo –Laine 2006, 1.)

Virtasen tutkimuksen mukaan asiakkaan ohjaaminen, hänen kuntoutumisensa edistyminen ja tämänhetkinen vointi ei tullut riittävästi kirjaukista esille (Virtanen 2008, 1). Toteutunut asiakkaan kokonaisvaltainen hoito ei näkynyt kattavasti hoidon kirjaamisista. Kirjaamisen tarkkuus vaihteli hoitajakohtaisesti ja epätarkka kirjaaminen vaikeutti toteutuneen hoidon arviointia. Sairaanhoitajat olivat käyttäneet kirjaamisessa myös paljon lyhenteitä (Haapalainen-Suomi, 2009,1).

Hoidon arviointi -vaiheeseen kirjataan hoidon tuloksen tila. Potilaan hoitoa arvioidaan aina peilaten asetettuihin hoidon tavoitteisiin. Arviointia suoritetaan määrittämällä potilaan tilassa tapahtuneet muutokset, potilaan saaman hoidon vaikutukset sekä potilaan oma kokemus saamastaan hoidosta. (Hartikainen ym. 2009, 201.)

Hoidon arviointi -vaihetta koskevissa tutkimuksissa osoittautui, että potilaan hoidolliset ongelmat sekä hoidon arviointi tulivat harvoin esille (Kuivalainen 2008, 26; Ylöstalo-Laine, 2006, 1). Lisäksi hoidon arviointi -vaihetta oli kirjattu hoidon toteutus -vaiheeseen ja myös päinvastoin. (Kuivalainen 2008, 26.)

5.3.3 FinCC-luokituskokonaisuus

Hoitotyön kansallisessa kirjaamisen mallissa käytetään FinCC-luokitus kokonaisuutta. FinCC-luokituskokonaisuus perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification (CCC)-luokitukseen ja FinCC-luokituskokonaisuus on saatavissa THL:n (ent. Stakes) koodistopalvelimelta. Luokitusten ylläpito ja jatkokehittäminen on siirtynyt Kuopion yliopistolle. Luokitusten käyttäminen ohjaa hoitotyön sisältöalueen laajaan ja kattavaan havaitsemiseen, sillä luokitukset ohjaavat kir-

jaamista ja asiakokonaisuuden hahmottamista. Potilaslähtöinen kirjaaminen vahvistuu luokituksen käytön myötä. (Saranto ym. 2008, 116.)

Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL ja toimintoluokitus SHToL koostuvat 19 komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta. Komponentit, pääluokat ja alaluokat ovat kaikki koodattuja. Kunkin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia, kaikkiaan pääluokkia on 252 kpl ja alaluokkia 445 kpl. (Liljamo ym. 2008, 4.) Komponentit kuvaavat asiakokonaisuuksia eli potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita sekä käyttäytymistä ja terveystalvelujen käyttöä. Komponentit on jaoteltu aihealueittain. Komponenttien tarkoitus on auttaa kirjaajaa löytämään potilaan hoitotyön tarvetta tai toimintoa parhaiten kuvaava pääluokka tai alaluokka. (Hopia & Koponen 2007, 114 – 11.)

Luokitusten avulla kertaalleen kirjattu tieto löytyy oikeasta paikasta ja tietoa voidaan hyödyntää kaikkialla, missä kyseistä tietoa tarvitaan. Yhtenäisten kirjaamistapojen avulla päällekkäinen kirjaaminen poistuu. (Liljamo ym. 2008, 4). Ongelmana FinCC -luokituksia käytettäessä oli Kuivalaisen tutkimuksen mukaan ollut se, etteivät sairaanhoitajat olleet kirjanneet potilaan yksilöllistä hoitoa vapaalla tekstillä ollenkaan. Kirjaaminen oli toteutettu ainoastaan luokituksia käyttäen, jolloin kirjaukset eivät sisältäneet potilaskohtaista tietoa lainkaan. Saman tutkimuksen mukaan potilaan tarpeita kirjatessa tarveluokituksen käyttäminen koettiin ongelmalliseksi ja paljon opettelua vaativaksi. (Kuivalainen 2008, 26).

Kirjatessaan potilaan hoitotyötä kirjaaja valitsee ensin aihealueen eli komponentin, hakee tämän jälkeen pääluokasta tai alaluokasta mahdollisimman kuvaavan termin ja kirjaa termin alle tarvittavan hoitotyön vapaan tekstin mahdollisimman lyhyesti ja ytimekkäästi. (Saranto ym. 2008, 115.)

Potilaan hoidon tarpeen määrittelyssä apuna käytetään tarveluokitusta (Taulukko 2). Tarpeet kirjataan tarveluokitusten SHTaL mukaisesti komponenttien kautta pää- tai alaluokkiin. Kirjausta täydennetään vapaalla tekstillä. Lisämäärittäjinä voidaan hoidon tarpeelle asettaa varmuusaste; varma, todennäköinen, epäily (Tau-

lukko 6). Hoidon tarpeet kirjataan tärkeysjärjestyksessä ja niille asetetaan tavoitte. Hoidon suunnittelua kirjatessa potilaan vointi kuvataan yksityiskohtaisesti. (Hartikainen ym. 2009, 47.)

Taulukko 2: Esimerkki **tarveluokituksen** käytöstä (SHTaL 2.0.1)

Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
Verenkierto	Verenkiertohäiriö	Verenpaineen muutos

Vapaa teksti: Verenpaine 201/98. Asiakas kokee olonsa väsyneeksi ja voimattomaksi.

Hoidon toteutusta kirjataan toimintoluokituksen SHToL avulla (Taulukko 3). Ensin valitaan komponentti toimintoluokituksesta, seuraavaksi pää- tai alaluokka. Luokituksia täydennetään vapaalla hoitotyön tekstillä. (Hartikainen ym. 2009, 48.)

Taulukko3: Esimerkki **toimintoluokituksen** käytöstä (SHToL 2.0.1)

Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
Verenkierto	Verenkierron seuranta	Verenpaineen seuranta

Vapaa teksti: Verenpaine 148/ 86. Asiakas kokee vointinsa kohentuneen.

Arviointia kirjataan vain hoidon toteutusvaiheen alle. Mikäli toimintoluokituksesta on valittu jokin seuranta, esimerkiksi ihon kunnon seuranta, löytyy hoidon arviointi -tieto tämän luokituksen alta. Hoidon tulosta arvioidaan suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen, tavoitteeseen sekä toteutuneeseen hoitoon. Hoidon arviointia kirjataan tulosluokituksen SHTuL asteikolla; ennallaan, huonontunut, parantunut (Taulukko 4). Arviointia voidaan täydentää vapaalla tekstillä. (Hartikainen ym. 2009, 48.)

Taulukko 4: Esimerkki **tulosluokituksen** käytöstä SHTuL 1.0

Ennallaan	Huonontunut	Parantunut
-----------	-------------	------------

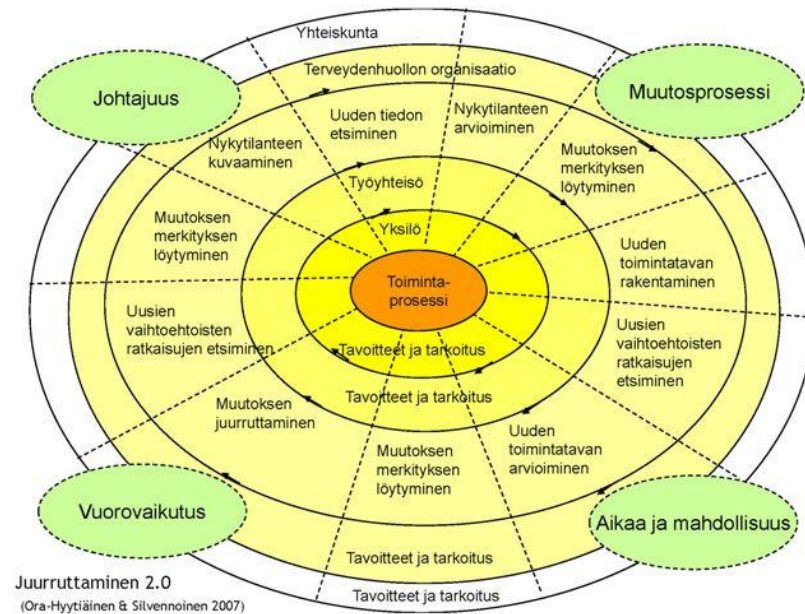
Vapaa teksti: Verenpaineet normalisoitui lääkityksellä kolmessa päivässä.

6 KEHITTÄMISMENETELMÄT JA TOTEUTUS

6.2 Learnin by developing (LbD)

Learning by Developing on Laureassa kehitetty juurruttamisen innovatiivinen toimintamalli, joka perustuu aitoon oppimiseen, kumppanuuteen, kokemuksellisuuteen, tutkimuksellisuuteen ja luovuuteen. Lähtökohtana pedagogisessa toimintamallissa on aito työelämän käytäntöä uudistava kehittämishanke, minkä eteenpäin viemisessä edellytetään opettajien, opiskelijoiden ja työelämäosaajien yhteistyötä. Juurruttamisen toimintamallilla haetaan vastausta aitoon työelämässä olevaan ongelmaan, jonka ratkaiseminen vaatii uuden tiedon luomista. Vuorovaikutteinen yhteistyö yhdistää oppimisen, tutkimisen ja kehittämisen kokonaisuudeksi, jossa kaikilla osapuolilla on tilaisuus oppia sekä yksilönä että yhteisönä. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 24.) Yhteisen kehittämistoiminnan kautta juurruttamisprosessissa tuotetaan toimivaa ja työyhteisöä lähellä olevaa osaamista. Keskeistä juurruttamisen toimintamallissa on vuorovaikutukseen perustuvan oppimisprosessin määrittäminen ja uuden tiedon tuottaminen. (Kallioinen 2008, 6.)

6.3 Juurruttamisprosessi



KUVIO 1. Juurruttamisprosessin vaiheet (Ora-Hyytiäinen ja Silvennoinen 2007).

Kehittämissyhteistyössä juurruttamisprosessi etenee vaiheittain. Kehittämistoiminnan alussa ammattikorkeakoulu muodostaa aluetyöryhmän ja valitsee siihen jäsenet. Työyksikössä valitaan aluetyöryhmään yhdyshenkilöt edistämään juurruttamisprosessia työyhteisössä. Muutoksen merkitys muodostuu työyhteisön sitouttamisesta hankkeeseen. Työyhteisössä keskustellaan tulevasta muutoksesta ja sen mukanaan tuomista vaikutuksista. Aluetyöryhmässä laaditaan juurruttamisprosessille alustavat tavoitteet sekä aikataulu. (Takaluoma & Ahonen 2009, 16.)

Kehittämissyhteistyön kumppanuus muodostetaan ja työyhteisössä kuvataan hoitotyön kirjaamisen nykytila. Kuvauksen avulla työyhteisön nykyistä toimintatapaa ja teoreettista tietoa vertaillaan keskenään ja nähdään muutostarpeita. Muutosprosessissa tarvittavaa uutta tietoa etsitään valtakunnallisissa ja ammattikorkeakoulun järjestämissä työpajoissa. Uuden tiedon kautta työyhteisö vertaa nykyistä toimintatapaansa ja uutta tietoa. Vertailun kautta työyhteisö arvioi toimintansa ja havaitsee siinä muutostarpeita. Muodostuneen ymmärryksen kautta työyhteisössä löydetään muutoksen tuoma merkitys, joka mahdollistaa kehittämiskohteen valitsemisen. (Takaluoma & Ahonen 2009, 19 - 20.)

Uutta toimintatapaa rakennettaessa teoreettinen ja tutkittu tieto kootaan ja tiivistetään uudeksi toimintamalliksi. Työyhteisö kokoontuu tiimipalaverissa, joissa he arvioivat ehdotettua toimintamallia ja tekevät muutosehdotuksia. Työyhteisön kanssa etsitään toimintamallin sisältöön vaihtoehtoisia ratkaisuja. Uutta toimintamallia muokataan saadun palautteen perusteella, kunnes se vastaa työyhteisön tarpeita. (Takaluoma & Ahonen 2009, 21.)

Juurruttamisprosessissa muutoksen juurruttaminen tapahtuu koko ajan muutosprosessin rinnalla. Työyhteisössä siirretään uutta tietoa käytännön työhön ja keskustellaan uuden toimintamallin käyttöönottamisen vaatimista toimenpiteistä, jotka mahdollistavat muutoksen juurruttamisen jokapäiväiseen työhön. Kierroksen lopuksi opinnäytetyöntekijä laatii työyhteisölle arviointilomakkeen, minkä avulla työyhteisö arvioi juurruttamisprosessia. Opinnäytetyöntekijä raportoi arvioinnin tulokset opinnäytetyössään. (Takaluoma & Ahonen 2009, 22 - 24.)

6.3.1 Muutosprosessi

Muutosprosessin syntyminen vaatii uutta tietoa. Muutosprosessissa etsitään vastausta työelämässä olevaan ongelmaan ja oppimisella on selvä kohde. Ongelman ratkaiseminen vaatii tutkivaa oppimista ja uuden tiedon juurruttamista käytäntöön. Juurruttamisessa ajatellaan, että käytännössä olevalla tiedolla on kaksi luonnetta. Käytännössä oleva tieto on toisaalta toimintaan kytkeytyvää ja toiminnassa olevaa hiljaista tietoa. Toisaalta tieto on teoreettista ja tutkittua tietoa, jota voidaan jakaa tieteellisinä periaatteina. Käytännössä oleva hiljainen tieto tulee muuttaa jaettavaan muotoon, esimerkiksi sanoiksi tai numeroiksi. Muutosprosessissa käytännössä olevaa hiljaista tietoa ja käsitteellistä eli eksplisiittistä tietoa vertaillaan keskenään ja näiden kahden tiedonlajin vuorovaikutussuhteessa tuotetaan uutta tietoa. Tiedonlajien vertailuprosessin ajatellaan synnyttävän uusia toimintamahdollisuuksia, joiden kautta rakennetaan uutta toimintatapaa. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 2.)

Muutosprosessiin osallistuvilla on käytössään monenlaista osaamista. Jokaisella on tuotavanaan sekä näkyvään että hiljaiseen tietoon pohjautuvaa osaamista. Työyhteisössä on osaamista päivittäisen toiminnan toteuttamiseksi. Ammattikorkeakoululla on osaamista teoreettisen tiedon hankkimisesta, tietokannoista, oleellisen tiedon tunnistamisesta, ja tiedon luotettavuuden arvioinnista. (Ahonen ym. 2005, 5.) Tietoon ja sen käsittelyyn vaikuttaa toimintaympäristö. Organisaatiolla on omat arvonsa ja sääntönsä. Hoitotyössä on omat arvot ja säännöt. Nämä molemmat vaikuttavat myös muutosprosessissa. (Ahonen ym. 2005, 3.) Vuorovaikutuksen ja yhteisen toiminnan onnistuessa muutosprosessissa tuotetaan toimivaa käytännön osaamista joka on työyhteisöä lähellä. (Kallioinen 2008, 6.)

6.3.2 Aikaa ja mahdollisuus

Työtapojen uudistamisessa muutoksen ydin on yksilön oppimisessa. Oppiminen itsessään on kuitenkin yksilöllistä ja vaatii aikaa. Henkilökohtainen asenne ja ajattelutapa muodostavat oppimiselle pohjan. Muutosprosessissa tavoitellaan muutosta sekä hoitajan ajattelutavassa että hänen tavassaan toimia. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 24.) Työyhteisössä esimiehen johdolla luodaan resursseja ja järjestetään riittävästi aikaa viedä läpi muutosprosessi. (Virtanen 2007, 5).

6.3.3 Vuorovaikutus

Juurruttaminen tarvitsee toimiakseen alustan (BA), joka tarkoittaa tiedon kehittymiselle otollista henkistä ja fyysistä tilaa. Parhaimmillaan kehittämishankkeen ympärille muodostuu vuorovaikutteinen oppimisympäristö. (Kallioinen 2008, 6.) Oppimisympäristö perustuu yhteisöllisyyteen ja siinä opitaan yksin ja yhdessä. Innostus kehittämistoimintaan ja oman työnsä kehittämiseen on välttämätöntä (Ahonen ym. 2006, 5.) Vuorovaikutteisessa avoimessa ilmapiirissä kaikki osapuolet ovat tasavertaisia ja voivat vaikuttaa. Yhteisessä muutosprosessissa kaikkien osapuolten asenteilla ja vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys sekä ilmapiirin, että kumppanuuden ja muutoksen syntymiselle. Välttämätöntä on että toimijat

antavat arvoa toistensa osaamiselle ja jokaisen panos nähdään tärkeänä. Läheinen ja kritiikkiä salliva ilmapiiri rikastuttaa työyhteisöä ja se on innovatiivisen, luovan toiminnan edellytys. (Kallioinen 2008, 22.)

6.3.4 Johtajuus

Muutosjohtamisessa asioita ohjataan ihmisten kautta ja heidän avullaan. Työyhteisön kannustaminen ja sitouttaminen toimintaan ovat tärkeitä onnistumisen edellytyksiä ja työntekijän antama työpanos nähdään tärkeänä voimavarana. Esi-miehen tehtävänä on toimia muutoksen onnistumisen mahdollistajana ja luoda resursseja uudelle toiminnalle. Muutosjohtajan vahvuutena pidetään kykyä jakaa vastuuta ja delegoida työtehtäviä. Muutoksen läpivientiin organisaatiossa muutosjohtajan tulee jakaa tietoa uudesta toiminnasta. Toimintatapojen muuttaminen työyhteisössä tapahtuu vasta uuden tiedon omaksumisen ja oivaltamisen kautta. (Virtanen 2007, 5, 18.) Nonaka, Konno ja Toyama (2001) ovat esittäneet muutoksen sisältämäksi elementeiksi ja onnistumisen edellytyksiksi; vuorovaikutuksen, autonomian, luovan kaaoksen, runsaan informoinnin, turvallisuuden ja luottamuksen. (Ahonen ym. 2006, 8; Takaluoma & Ahonen 2009, 6.)

7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS KOTIHOIDOSSA

7.1 Kehittämistoiminnan aloitus

eNNIn ensimmäiseen osahankkeeseen osallistui Launeen kotihoito Lahden kaupungista. Lahden kaupungin kotihoidolle oli luonnollista jatkaa kehittämistyötä eNNIn toisessa osahankkeessa. Lahden kaupungin johtava kotihoidon ohjaaja valitsi Lepolanmäen kotihoidon osallistumaan eNNIn toiseen osahankkeeseen. Toisen osahankkeen käynnistystilaisuus pidettiin Hämeenlinnassa 21.9.2009 ja Lepolanmäen kotihoidosta osallistuttiin tähän tilaisuuteen.

Lepolanmäen työyhteisön jäsenet lähtivät mukaan prosessoimaan tulevaa muutosta ja Lepolanmäen kotihoito sitoutui valtakunnalliseen eNNI II-osahankkeeseen vuosille 2009 - 2010. Edellisinä vuosina eNNIn ensimmäiseen osahankkeeseen osallistuttuaan Launeen kotihoidossa koettiin, että yhdyshenkilöinä olisi ollut hyvä olla sekä tiiminvetäjä että lähihoitaja. Saadun kokemuksen perusteella Lepolanmäen kotihoidosta valittiin työelämän edustajiksi ja yhdyshenkilöiksi aluetyöryhmään sekä terveydenhoitaja että lähihoitaja.

Aluetyöryhmän ensimmäinen info-tilaisuus järjestettiin 2.11.2009 Lahden kaupunginsairaalan tiloissa, osastolla L21. Paikalla oli työyhteisön yhdyshenkilöt, opiskelijajäsenet, opettaja ja informaattikko. Tässä info-tilaisuudessa aluetyöryhmän jäsenet tapasivat ensimmäisen kerran toisensa. Info-tilaisuudessa käytiin läpi alueellisen hankkeen tavoite ja tarkoitus sekä hankkeen alueellinen eteneminen. Tilaisuuden lopuksi kartoitettiin alustavaa aluesuunnitelmaa ja suunnitelman aikataulua sekä selvennettiin roolijakoa. Päätteeksi keskusteltiin aloitustilanteen tunnelmista sekä osallistumisen merkityksestä. Aluetyöryhmä kokoontui toisen kerran 3.12.2009 samassa paikassa osasto L21:llä. Tilaisuuden tarkoitus oli saada aluesuunnitelma valmiiksi ja se käytiin yhdessä läpi. Opettajan alustama suunnitelma täydentyi aluetyöryhmän jäsenten näkemyksillä. Täydennysten jälkeen pohdittiin yhdessä hankkeen tavoitteiden merkitystä itse hoitotyössä. Alueellisen suunnittelutyön valmistuttua aluetyöryhmässä siirryttiin seuraavaan vaiheeseen, eli kehittämissyhteistyön toteutusvaiheeseen työyksikössä.

Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opettaja piti Lepolanmäen kotihoidon aloitusinfon 28.1.2010. Paikalla olivat kaikki työyhteisön jäsenet ja opinnäyte-työntekijä. Aluksi osapuolet esittäytyivät toisilleen. Aloitusinfossa työyhteisö tutustui eNNI -hankeeseen. Lisäksi tilaisuudessa avattiin kansallista kirjaamisen mallia sekä sen myötä tulevia muutoksia ja käytiin läpi tulevasta kansallisesta kirjaamismallista saatavia hyötyjä. Hankkeen eteneminen sekä toimijoiden roolit kerrattiin ja keskusteltiin työyhteisön näkemyksistä kehittämistoiminnassa. Työyhteisöä kannustettiin muutosprosessiin ja päätteeksi keskusteltiin asenteiden

merkityksestä muutosprosessissa sekä muutoksen tuomista hyödyistä työyhteisössä.

7.2 Kotihoidon kirjaamisen nykytilan kuvaaminen

Teemahaastattelu pohjautuu Mertonin, Fisksen ja Kendallin (1956) julkaisemaan kirjaan *The Focused Interview*. Teemahaastattelun tarkoituksena on tiedonhankinta. Se sopii käytettäväksi kun halutaan selvittää asioita, jotka eivät ole jokapäiväisenä puheenaiheena tai tekemistä, mitä ei ole totuttu sanallisesti ilmaisemaan. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 35.) Teemahaastattelun luonnetta voidaan kuvata keskusteluna jolla on ennalta päätetty tarkoitus. Haastattelussa esitetään pääasiassa avoimia kysymyksiä eli kysymyksiä joihin ei ole valmiita vastauksia. Haastattelun kulku muistuttaa tavanomaista keskustelua monessa suhteessa ja käsittää sekä kielellisen että ei-kielellisen ilmaisun. Keskustelussa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja tuottavat esiin ajatuksia. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 36.)

Opinnäytetyöntekijä kartoitti kirjaamisen nykytilan 18.2.2010 teemahaastattelun avulla. Haastateltavia oli kaksi. Haastattelua ohjasi opinnäytetyöntekijän erilliselle lomakkeelle suunnittelema teemahaastattelurunko. Teemahaastattelurunko koostui neljästä kysymyksestä, jotka haastattelussa esitin haastateltaville. Haastattelun aikana tein myös tarkentavia lisäkysymyksiä. (Liite 1). Haastattelu toteutettiin yhteishaastatteluna ja se nauhoitettiin. Nauhoitus purettiin käsittekartalle (Liitteet 2-5) ja sen jälkeen nauhoitus tuhottiin. Teemahaastattelun avulla oli tarkoitus tehdä näkyväksi työyhteisössä oleva hiljainen tieto ja muodostaa alustava kuvaus työyhteisön nykyisestä kirjaamistavasta. Teemahaastattelun tarkoituksena ei ollut aikaansaada valmista kuvausta, vaan tarkentaa ja muokata sitä tiimipalaverissa työyhteisön kanssa yhdessä, vastaamaan heidän nykyistä kirjaamistapaansa.

Teemahaastattelun aihe-alueena olivat:

1. Millaista kartoittamistilanteen kirjaaminen on ja miten se toteutuu?
2. Miten hoidon suunnittelua kirjataan?
3. Miten hoidon toteutumista kirjataan?

4. Miten hoidon arviointia kirjataan?

7.3 Uuden tiedon etsiminen

Lepolanmäen kotihoidosta eNNI-hankkeen aluetyöryhmään valitut kotihoidon-ohjaaja, terveydenhoitaja ja lähihoitaja sekä opinnäytetyöntekijä osallistui valtakunnallisiin ohjauspäiviin sekä aluetyöryhmän työpajapäiviin. Aluetyöryhmän työpajapäiviin osallistui myös muut työyhteisön jäsenet.

eNNI -hankkeen valtakunnallisia ohjauspäiviä järjestettiin useita. Tilaisuudet toteutettiin lähinnä pääkaupunkiseudulla. Tilaisuuksissa saatiin laajasti tietoa hoitotyön kirjaamisen uudistamistarpeista sekä kansallisen kirjaamismallin tuomista vaatimuksista. Ohjauspäiviin sisältyi luentoja ja harjoitustilanteita. Valtakunnallisten ohjauspäivien luennoitsijoina toimivat alan asiantuntijat. Luento-osuuksien jälkeen harjoiteltiin kansallisen mallin mukaista kirjaamista ja hoitotyön luokitusten käyttöä työryhmittäin. Valtakunnallisilla ohjauspäivillä opetustilanteina käytettiin myös yhteisiä keskusteluja. Keskusteluissa tuli esille käytännössä esiintyvät ongelmakohdat. Keskustelujen avulla saatiin monipuolista näkemystä ja tarkennusta kansallisen mallin mukaisesta kirjaamisesta ja valtakunnallisen hankkeen tavoitteista.

Aluetyöryhmän työpajapäivät ajoittuivat keväälle 2010. Alueellisia työpajapäiviä oli järjestetty kolme. Työpajapäivillä kouluttauduttiin kansallisen kirjaamismallin rakenteeseen ja sisältöön aihealueittain. Jokaista toteutusta oli neljä kertaa. Usealla toteutuksella varmistettiin kaikkien työelämän edustajien mahdollisuus osallistua koulutuspäiviin. Tilaisuudet järjesti Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opettaja. Alueellisilla työpajapäivillä sai täsmällistä ja tarkkaa tietoa kansallisen mallin mukaisesta kirjaamisesta. Ensimmäisellä kerralla syvennyttiin lainsäädäntöön ja sen hallitsemiseen hoitotyön kirjaamisessa. Toisella kerralla perehdyttiin hoitotyön prosessiin sekä prosessiajattelumallin. Kolmannen työpajapäivän aiheena oli hoitotyön rakenteinen kirjaaminen. Jokaisessa työpajapäivässä sai monipuolisesti tietoa hoitotyön kansallisen kirjaamismallin sisällöstä sekä

hoitotyön kirjaamisessa huomioon otettavista tekijöistä. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osuudessa harjoiteltiin kansallisen mallin mukaista rakenteista kirjaamista konkreettisesti. Harjoittelutehtävä toteutui prosessimallin mukaan, kansallisia luokituksia käyttäen.

Neljäs alueellinen työpajapäivä koostui informaation järjestämästä tiedonhakupajasta ja se toteutettiin työyksikössä. Tiedonhakupajassa tutustuttiin informaation johdolla terveystieteen oleviin tietokantoihin ja saatiin ohjausta Duodecim-lääkeoppaan käyttämisestä. Informaatikko esitteli keskeiset tiedonlähteet, kuten Nelli-portaalin sekä Linda, Thesaurus ja Medic -tietokannat. Tietokannoista tehtiin esimerkkihakua kotihoidon kirjaamista koskevista julkaistuista, artikkeleista ja opinnäytetöistä.

Aluetyöryhmää varten perustettiin virtuaalinen opetusympäristö Salkku. Salkku on Lahden ammattikorkeakoulun erilaisten projektien, kehityshankkeiden ja mm. täydennyskoulutuksen käyttöön tarkoitettu sähköinen viestintä- ja työskentelyympäristö, joka toimii Moodle-alustalla. Virtuaalisesta opetusympäristöstä löytyi aluekehityssuunnitelma, kehityshankkeen alueellinen aikataulu sekä kaikki työpajapäivien materiaali. Salkku toimi aluetyöryhmän tiedotuskanavana ja sieltä löytyi asiaan liittyviä ajankohtaisia linkkejä. Informaatikko järjesti opetusalustalle opetusvideoita tiedonhausta sekä tiedonhaun itseopiskelutenttejä. Materiaalin avulla jokaisella osallistujalla oli mahdollisuus tarkistaa oma tiedonhaun osaaminen sekä mahdollinen tiedontarve. Salkussa oli myös mahdollisuus esittää informaatikolle kysymyksiä ja saada sitä kautta opastusta tietokantojen käyttämisestä sekä vinkkejä tiedonhakuun.

7.4 Kirjaamisen nykytilan arvioiminen ja kehittämiskohteen valinta

Käsittekartalle muodostettu työyhteisön hoitotyön kirjaamisen nykytilan kuvaus (Liitteet 2 - 5) esiteltiin työyhteisölle tiimipalaverissa 9.4.2010. Paikalla olivat opinnäytetyöntekijä, aluetyöryhmän opettaja sekä kolme työyhteisön jäsentä. Työyhteisössä oli menossa tiimien uudelleen jako, joka aiheutti työyhteisön jä-

senten vähyden. Uusia tiimin jäseniä työyhteisö ei tässä vaiheessa ottanut mukaan täydentämään hoitotyön kirjaamisen nykytilan kuvausta. Työyhteisöltä saadun palautteen perusteella kuvaus vastasi työyhteisön käsitystä heidän hoitotyön kirjaamisen nykytilastaan hyvin. Kuvausta ei ollut tarpeen täydentää. Työyhteisön jäsenille, jotka eivät olleet paikalla, jätettiin nykytilan kuvauksesta paperiversiota ja heitä pyydettiin antamaan opinnäytetyöntekijälle palautetta, mikäli he havaitsivat kuvauksessa puutteita. Jälkipalautetta ei tullut.

Tiimipalaverissa hoitotyön kirjaamisen nykytilan kuvausta verrattiin kansalliseen hoitotyön kirjaamisen malliin. Työyhteisön hoitotyön kirjaamisen nykytilaa arviointiin vertailun avulla ja käytiin näistä keskustelua. Syntyneen keskustelun perusteella työyhteisö löysi muutostarpeita. Työyhteisön suurimmat ongelma-alueet liittyivät päivittäiseen hoitotyön kirjaamiseen. Päivittäiset hoitotyön kirjaukset eivät olleet ajan tasalla. Asiakaskäynneistä kirjattiin keskimäärin kerran viikossa. Resurssipula koettiin suureksi ja hoidon suunnittelun tekemiseen oli vaikea löytää aikaa. Muutokset hoidon suunnittelussa jäivät usein kokonaan tekemättä. Asiakkaan voinnin muutoksista tiedotettiin suullisesti tai viestivihossa. Akuutit asiakkaan voinnin muutokset oli kuitenkin aina pyritty kirjaamaan mahdollisimman pian. Kirjaamisen sisältö ei ollut täsmällistä ja komponenttien käyttö oli puutteellista. Komponentteja valittiin useita ja vapaa hoitotyön teksti kirjattiin suoraan valittujen komponenttien alle. Asiakkaan hoitoa kirjattiin vain osittain pegasosjärjestelmään. Kirjaamisen sisältö ja laatu vaihtelivat hoitajan osaamisen mukaan. Ongelmana kirjauksissa oli se, että esimerkiksi sijainen ei saanut selkeää käsitystä siitä, miten asiakkaan hoitoa tulee toteuttaa. Hoitotyön kirjaamisen nykytilassa hoidon arviointi toteutui ainoastaan suullisena. Pääasiassa tieto siirtyi suullisesti hoitajalta toiselle, jolloin hoitotyön tieto ei ollut hyödynnettävissä tietojärjestelmästä suoraan. Pällekkäinen hoitotyön kirjaaminen vei osan resursseista. Tästä hyvä esimerkki oli asiakkaan kotona käytössä oleva viestivihko, josta tieto välittyy eri tahoille. Viestivihon tarpeellisuutta ja laillista näkökulmaa työyhteisössä mietittiin kriittisesti. Tilaisuuden loppuun sovittiin seuraavan tiimipalaverin ajankohta, jossa työyhteisö valitsee kehittymiskohteensa.

Kehittämiskohteen valintaa varten 5.5.2010 järjestetyssä tiimipalaverissa paikalla oli opinnäytetyöntekijän ja alueellisen työryhmän opettajan lisäksi yhdeksän työyhteisön jäsentä. Tilaisuudessa käytiin läpi kansallisen hoitotyön kirjaamismalli ja siitä saatavat hyödyt. Työyhteisön hoitotyön kirjaamisen nykytilan kuvausta peilattiin kansalliseen kirjaamismalliin. Keskustelua käytiin kirjaamisen ajantasaisuudesta, päällekkäisestä kirjaamisesta, komponenttien monipuolisesta käytöstä, hoidon suunnittelun merkityksestä, tulevista laiteuudistuksista sekä lainvaatimuksista. Työyhteisössä mietittiin löytyneitä muutostarpeita ja he kokivat, että kehittämisen tarvetta olisi lähes koko kirjaamisen alueella. Muutostarpeiden priorisoinnin jälkeen työyhteisö valitsi kaikkein tärkeimmäksi muutostarpeeseen asiakkaan hoidon suunnittelun, josta muodostui kehittämiskohde.

7.5 Uuden kirjaamismallin rakentaminen

Opinnäytetyöntekijä suoritti Lepolanmäen kotihoidossa projektityöharjoittelua 3 opintopistettä. Harjoittelujakson aikana opinnäytetyöntekijä perehtyi työyhteisön nykyiseen hoitotyön kirjaamistapaan. Perehtyminen tapahtui osallistumalla asiakaskäynteihin ja niiden kirjaamiseen. Työyhteisön kanssa keskusteltiin hoitotyön kirjaamisen sisällöstä ja opinnäytetyöntekijä seurasi työyhteisössä hoitotyön kirjaamiseen liittyvää toimintaa. Kehittämiskohteeseen tutustumisen jälkeen opinnäytetyöntekijä haki teoreettista ja tutkittua tietoa kehittämiskohteesta. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijä koosti asiakkaan hoidon suunnittelusta alustavan HandOut -käsikirjan. Käsikirjassa avataan uuden toimintamallin keskeiset hoitotyön kansallisen kirjaamismallin mukaiset käsitteet ja sen loppuosassa on Case muodossa esimerkkitapaus asiakkaan hoidon suunnittelusta sekä FinCC -luokituskokonaisuuden käyttämisestä.

7.6 Vaihtoehtoisten ratkaisujen etsiminen

Opinnäytetyöntekijä esitteli alustavan suunnitelman HandOut -käsikirjasta työyhteisölle 11.5.2010 tiimipalaverissa. Tilaisuudessa oli läsnä kuusi työyhteisön

jäsentä sekä yksi lähihoitajaopiskelija. Aluksi työyhteisön kanssa käytiin läpi hoitotyön kansallisen kirjaamismallin teoreettinen osuus ja sen keskeinen sisältö. Ajatuksia ja näkökulmia uudesta toimintamallista ja sen tuomasta merkityksestä vaihdettiin. Työyhteisössä mietittiin muutostarpeita, joita uusi toimintamalli tulisi aiheuttamaan ja uuden toimintamallin merkitystä käytännön työssä. Tämän jälkeen tutustuttiin Case -esimerkkiin asiakkaan hoidon suunnittelusta. Esimerkkitapauksen rinnalla nykyistä hoitotyön kirjaamistapaa sekä kansallista hoitotyön kirjaamismallia peilattiin jälleen kerran keskenään. Keskustelu uudesta toimintamallista kävi vilkkaana ja työyhteisö tuntui asiaan innostuneelta. Opinnäytetyöntekijä sai tilaisuudessa työyhteisöltä uusia vinkkejä esimerkkitapauksen laatimiseen.

Työyhteisö antoi opinnäytetyöntekijälle palautteen alustavan HandOut -käsikirjan sisällöstä. 20.5.2010. Työyhteisössä alustava toimintamalli koettiin selkeäksi ja heidän tarpeitaan vastaavaksi, eikä työyhteisö esittänyt tässä vaiheessa parannus tai muutosehdotuksia HandOut -käsikirjan sisältöön. Opinnäytetyöntekijä oli saanut opinnäytetyön ohjaajalta vinkkejä sekä parannusehdotuksia ja muokannut palautteen perusteella HandOut -käsikirjan sisältöä.

Palautekeskustelussa keskusteltiin hoitotyön kirjaamisesta. Päivittäisessä hoitotyön kirjaamisessa hoidon suunnitteluvaiheen merkitys oli työyhteisössä havaittu tärkeäksi. Työyhteisössä osa hoitajista kertoi kirjanneensa edellisestä viikosta alkaen jokaisen asiakaskäyntinsä. Yksi hoitajista oli ennättänyt kokeilla asiakaskäyntien kirjaamista, valitsemalla ainoastaan hoidon suunnittelun mukaiset luokitukset. Hän oli tarkoituksella jättänyt asiakaskohtaisen tiedon kirjaamisen tässä vaiheessa pois. Saadun kokemuksen perusteella toteutuneen hoidon kirjaaminen ei vienyt häneltä enempää aikaa suhteessa nykyiseen hoitotyön kirjaamistapaan. Hoidon suunnittelun ajantasaisuudesta käytiin paljon keskustelua. Tulevaisuudessa asiakkaan hoidon suunnittelu on prosessi, jota tuotetaan jatkuvasti. Tarkoituksena on, että jokaisen käynnin yhteydessä määritellään havaitut hoidon tarpeen muutokset ja ne täydennetään hoidon suunnitteluun mahdollisimman pian. Näin tehden hoidon suunnittelu päivittyy jatkuvasti, eikä siitä muodostu suurta urakkaa.

7.7 Muutoksen merkityksen löytyminen

Uuden toimintamallin palautetilaisuudessa oli paikalla yhdeksän työyhteisön jäsentä sekä johtava kotihoidon ohjaaja. Palautetilaisuus synnytti vilkasta ja monipuolista keskustelua. Uudesta toimintamallista löydettiin selviä hyötyjä. Hyötynä nähtiin esimerkiksi se, että tulevaisuudessa päällekkäinen hoitotyön kirjaaminen poistuu. Luokituksien avulla asiakkaan hoidosta kirjattu tieto löytyy nopeasti oikeasta paikasta, silloin kun kyseistä tietoa tarvitaan. Tarkalla ja selkeällä kirjaamistavalla asiakkaan hoidon arviointi mahdollistuu. Samalla potilasturvallisuus ja hoidon laatu kasvaa. Tärkeimpinä muutoksina nähtiin kirjaamisen ajantasaisuus sekä sisällön asiakaslähtöisyys. Uudessa toimintamallissa hoitotyötä kirjataan asiakkaan toimintaa kuvaavana, ei enää hoitajan tekemisenä ja toimintana. Asiakaslähtöisyys auttaa kuvaamaan asiakkaan voinnin selkeästi. Samalla hoidon arviointi helpottuu. Hoidon tavoitteet ja tarpeet ilmaistaan konkreettisesti, jolloin jokainen hoitotyöhön osallistuva saa selkeän käsityksen asiakkaan voinnista.

Lahden kotihoito piti työyhteisön ja opinnäytetyöntekijän prosessoimaa hanketta merkittävänä ja HandOut -käsikirjan arvioitiin tulevan myös laajempaan käyttöön. Lahden kotihoidon puolesta pidettiin tilaisuudessa myös puhe, jossa puhuja perusteli laajasti hoitotyön kirjaamisen muutostarpeita kotihoidossa ja kannusti työyhteisöä panostamaan uuteen toimintamalliin. Lahden kotihoidolle on tärkeää, että työyhteisössä valmistaudutaan ottamaan käyttöön uusi teknologia. Syksyllä kotihoidossa käyttöön otettavat mobiililaitteet tulevat edellyttämään rakenteisen hoitotyön kirjaamistavan hallintaa. Tulevaisuudessa asiakkaan toteutunut hoito kirjataan etäyhteydessä mobiililaitteella. Uusi teknologia mahdollistaa asiakkaan kotona olevan viestivihon pois jättämisen. Viestivihon käyttämiseen liittyy selkeitä eettisiä ongelmia ja mahdollisuus, että salassa pidettävä tieto välittyy väärälle taholle. Tulevaisuudessa tieto omaisille välitetään uuden teknologian avulla.

7.8 Uuden toimintatavan arvioiminen ja muutoksen juurruttaminen

Uusi kansallisen kirjaamismallin mukainen toimintamalli esiteltiin ja julkaistiin työyhteisölle tiimipalaverissa 3.6.2010. HandOut -käsikirja annettiin työyhteisölle neljänä kappaleena sekä sähköpostissa PDF -tiedostona. Työyhteisölle toimitettu 3.6.2010 julkaistu käsikirja oli työyhteisön koekäytössä kesän 2010 ajan.

7.9 Uusien vaihtoehtoisten ratkaisujen löytyminen

Mikäli työyhteisö havaitsee HandOut -käsikirjassa puutteita tai korjaamistarpeita, voidaan muutoksia tehdä vielä syksyllä 2010 ennen arviointi- ja päätöstilaisuutta. Opinnäytetyöntekijä otti puhelimitse yhteyttä kotihoitoon 26.8.2010. Puhelun tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten uusi toimintamalli oli kesäajan toiminut ja oliko työyhteisö löytänyt siihen jotain korjaamisen tarvetta. Työyhteisö ei esittänyt korjaamishdotuksia, joten puhelinkeskustelun perusteella HandOut -käsikirja oli lopullisessa muodossaan. Muutoksia siihen ei ajateltu enää tehdä. Yhdys henkilön kanssa sovittiin, että siirrymme arviointivaiheeseen.

8 ARVIOINTI

Realistisen evaluaation eli arvioinnin tavoitteena on suunnata kehittämissyhteistyön toimijat arvioimaan omaa toimintaansa ja synnyttää vuorovaikutteista arviointia kehittämissyhmän sisällä. Realistinen evaluaatio arvottaa itse kehittämistoimintaa ja jättää toimintaa ulkopuolelta tarkastelevat näkökulmat sivuun. Arvioinnissa muodostuu tilaa sekä yksilön että yhteisön oppimiselle. Strategisesti menetelmä asettuu omaksi, prosesseja eritteleväksi arvioimismenetelmäksi. Sen tarkoituksena on arvioida toiminnan tapahtumia sekä toiminnan vaikuttavuutta ja tähdätä parantuvaan suoritukseen tulevaisuudessa. (Anttila 2009, 49 - 56.)

Opinnäytetyöntekijä toimitti 2.9.2010 työyhteisön yhdys henkilöille 18 kpl arviointilomakkeita. (Liite 7). Arvioinnin ajalliseksi kestoksi sovittiin yksi viikko. Työyhteisön pyynnöstä arviointiaikaa jatkettiin viisi päivää ja opinnäytetyöntekijä

haki työyhteisön täyttämät arviointilomakkeet kotihoidon toimistolta 15.9.2010. Työyhteisön jäsenistä yhdeksän vastasi arviointilomakkeeseen. Arviointilomake sisälsi 17 kappaletta kysymyksiä. Viiteentoista kysymykseen pyysin vastaamaan Likert -asteikolla. 1= täysin erimieltä, 2= jokseenkin erimieltä, 3= en osaa sanoa, 4= jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä. Yhdessä väittämässä pyysin vastaajaa myös perustelemaan vastauksensa. Kaksi kysymyksistä oli avoimia kysymyksiä. Kysymykset olin laatinut niin, että arviointi kohdistui neljään kehittämissyhteistyön osa-alueeseen. Osa-alueet olivat: prosessin kuvaaminen, tulosten kuvaaminen, kontekstin kuvaaminen ja vaikutusten kuvaaminen.

Kehittämishankkeen prosessia kuvaavissa kysymyksissä pyysin vastaajaa arvioimaan miten aktiivisesti hän oli kokenut osallistuneensa hankkeen koulutukseen ja muuhun toteutukseen. Oliko vastaaja hankkeen aikana voinut mielestään riittävästi vaikuttaa uuden toimintamallin rakentamiseen ja miten hän koki juurruttamisen oppimismenetelmän edistäneen koko työyhteisön sitoutumista kehittämistoimintaan. Arvioinnin tulosten perusteella työyhteisö oli kokenut osallistuneensa hankkeen koulutustilaisuuksiin ja toteutukseen aktiivisesti. Ainoastaan kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä omasta osallistumisaktiivisuudestaan. Saatujen vastausten perusteella uuden toimintamallin rakentamiseen työyhteisö ei mielestään ollut voinut riittävästi vaikuttaa. Kolme vastaajista oli jokseenkin sitä mieltä että oli voinut riittävästi vaikuttaa ja kolme vastaajaa oli tästä jokseenkin eri mieltä. Kolme työyhteisön jäsentä ei osannut sanoa ja yksi vastaajista ei mielestään ollut voinut riittävästi vaikuttaa uuden toimintamallin rakentamiseen. Kuitenkin arvioinnin tulosten perusteella työyhteisö oli sitoutunut muutokseen ja eNNI -hankkeen toimintamalli (Lbd) oli työyhteisön mielestä edistänyt muutokseen sitoutumista.

Hankkeen tuloksia kuvaavissa kysymyksissä halusin selvittää oliko vastaaja kokenut näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämisen lisääntyneen hoitotyön kirjaamisessa ja oliko moniammatillinen yhteistyö edistänyt vastaajan hoitotyön kirjaamisen kehittymistä. Tuloksia kuvaavissa kysymyksissä kysyin myös sitä, oliko hoitotyön kirjaaminen muuttunut vastaajan mielestä laadukkaammaksi. Tämän

kysymyksen pyysin perustelemaan. Seuraava kysymys oli avoin ja siinä pyysin vastaajaa kertomaan millaisia muutoksia hanke oli tuonut hänen ammatilliseen osaamiseensa. Työyhteisö arvioi näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämisen työyhteisössä lisääntyneen. Ainoastaan yksi vastaaja oli tästä jokseenkin eri mieltä ja yhden mielestä näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen ei ollut lisääntynyt. Perusteluna tälle oli se, että työyhteisössä esiintyi edelleen päällekkäistä hoitotyön kirjaamista. Moniammatillisen yhteistyön vaikutusta kuvaavassa kysymyksessä viisi vastaajaa ei osannut sanoa, oliko moniammatillinen yhteistyö edistänyt työyhteisön hoitotyön kirjaamista. Yksi vastaaja vastasi moniammatillisen yhteistyön edistäneen työyhteisön hoitotyön kirjaamista ja kolme vastaajaa oli asiasta jokseenkin samaa mieltä.

Kirjaaminen oli enemmistön mielestä muuttunut laadukkaammaksi. Ainoastaan yksi vastaaja oli tästä jokseenkin eri mieltä. Tässä kysymyksessä olin pyytänyt perusteluita, miten kirjaamisen laatu oli muuttunut. Sanallisia perusteluita esitettiin viidessä vastauksessa (5/9). Sanallisten vastausten perusteella hoitotyön kirjaaminen oli muuttunut laadultaan asiakaslähtoisemmäksi ja tarkemmaksi. Komponenttien monipuolinen käyttö ja niiden hyödyntäminen koettiin lisääntyneen. Samalla tarpeeton päällekkäinen vapaan tekstin määrä oli vähentynyt. Hoitotyötä kirjattiin kokonaisuudessaan monipuolisemmin ja jokaisesta asiakaskäynnistä oli pyritty kirjaamaan. Avoimessa kysymyksessä pyysin työyhteisöä kertomaan millaisia muutoksia vastaaja oli kokenut hankkeen tuoneen vastaajan ammatilliseen osaamiseen. Avoimeen kysymykseen vastasi viisi vastaajaa 5/9. Saamieni vastausten perusteella ammatillinen osaaminen oli työyhteisössä kasvanut monipuolisesti. Hoitotyön kirjaamisen merkitys sekä laillinen näkökulma oli selkiytynyt ja hoitotyön kirjaamisen sisältöön kiinnitettiin enemmän huomiota. Myös potilaan oikeuksiin ja vaitiolovelvollisuuteen liittyvistä asioista oli opittu lisää. Hoitotyön kirjaaminen työvaiheena oli tuntunut helpommalta suorittaa ja työn organisointikyky oli koettu lisääntyneen.

Kontekstia kuvaavia kysymyksiä oli viisi. Nämä kysymykset koskivat eri henkilöiden toiminnan ja muiden yhteydessä olevien tekijöiden vaikutusta yksilön ke-

hittymisprosessiin. Kaksi työyhteisön jäsentä oli kokenut lähiesimiehen tukeen hänen kehittymistään jokseenkin hyvin ja kaksi vastaaja oli tästä jokseenkin eri mieltä. Viisi työyhteisön jäsenistä ei osanneet sanoa, oliko lähiesimies tukenut heidän kehittymistään. Työyhteisön mielestä ammattikorkeakoulun vastuuhenkilöiden toiminta oli edistänyt työyhteisön kehittymistä hyvin. Ainoastaan yksi vastaaja oli tästä jokseenkin eri mieltä. Enemmistö työyhteisön jäsenistä koki, että työyhteisön yhdyshenkilöiden toiminta tuki heidän kehittymistään. Verkkoympäristöä työyhteisö ei ollut kokenut heidän kehittymistään edistäväksi tekijäksi. Työyhteisön ilmapiirin myönteisestä vaikutuksesta yksilön kehittymiselle ei viisi vastaajista osannut sanoa. Kolme vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä, että työyhteisön ilmapiiri oli edistänyt myönteisesti heidän kehitystään. Yksi oli tästä jokseenkin eri mieltä.

Neljä viimeistä kysymystä koskivat hankkeen vaikutuksia ja niiden arvioimista. Näissä kysymyksissä kysyin, uskoiko vastaaja rakenteisen kirjaamisen jäsentyvän rakenteisen kirjaamisen myötä. Oliko vastaaja sitoutunut kirjaamisen uudistukseen ja uskoiko vastaaja työyhteisön ajattelutavan sekä toimintatavan muuttuvan. Lopuksi pyysin avoimessa kysymyksessä kertomaan mitä uuden toimintatavan toteutuminen vastaajan mielestä edellyttää työyhteisöltä tulevaisuudessa.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että hoitotyön rakenteinen kirjaaminen tulee jäsentämään hoitotyötä aiempaa paremmin ja kaikki vastaajat olivat sitoutuneet hoitotyön kirjaamisen uudistukseen. Lähes kaikki uskoivat työyhteisön ajattelutavan ja toimintatavan muuttuvan. Ainoastaan kaksi ei osannut sanoa mielipidettään. Viimeisessä kysymyksessä pyysin sanallisesti arvioimaan, mitä vastaaja kokee uuden toimintamallin edellyttävän työyhteisöltä tulevaisuudessa. Tähän kysymykseen sain kolme vastausta 3/9. Kaikki vastaajat olivat kokeneet, että muutokseen tarvitaan paljon enemmän aikaa ja lisäksi kärsivällisyyttä. Muutoksen tekemiseen liitettiin oman ammattitaidon ylläpitäminen. Saatujen vastausten perusteella ammattitaidon ylläpitäminen hoitotyön kirjaamisessa vaatii lisäkoulutusta ja hoitotyön ajankäyttö tulee miettiä kokonaisuudessaan uudelleen. Hoitotyön kirjaamiselle tulee työnantajan järjestää selkeä aika. Tulevaisuudessa jokai-

nen kotihoidon työyksikkö tulee ottaa mukaan uuden toimintatavan kehittämiseen ja jokaisen kotihoidon työyksikön tulee mahdollistaa muutos ja sitoutua muutokseen.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelua

Tässä opinnäytetyössä tuotettiin Lepolanmäen kotihoidolle uusi kansallisen kirjaamismallin mukainen toimintamalli hoitotyön kirjaamiseksi hoidon suunnittelu-vaiheesta. Uusi toimintamalli perustuu valtakunnallisiin määritelmiin ja ydintietoihin. Kehittämistoiminnassa työyhteisöä autettiin ja tuettiin kirjaamisen yhdenmukaistamisessa laadukkaaksi, hoidon laatua parantavaksi ja potilasturvallisuutta lisääväksi kansallisen mallin mukaiseksi kirjaamistavaksi. Opinnäytetyöhön ei haettu erillistä tutkimuslupaa, koska kysymyksessä oli kehittämissyhteistyö, jossa tarkasteltiin hoitajien toimintaa ja kehitettiin työyhteisön toimintatapaa. Kehittämistoimintaan pyydettiin suullinen lupa johtavalta kotihoidon ohjajalta. Kehittämistoiminta oli ajankohtaista, koska kirjaamistavan muutos lainvoimaan astuessa on välttämätöntä. Valtioneuvoston päätöksellä julkisten terveydenhuollon palvelunantajien on liityttävä valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin 1.4.2011 mennessä. Liittyminen tulee edellyttämään kaikilta julkisen sektorin terveydenhuollon organisaatioilta yhtenäistä kirjaamistapaa.

Hoitotyön kirjaamista on kehitetty jo vuodesta 2005 kansallisessa terveyshankkeessa. eNNI II-osahankkeessa alueellista kehittämistoimintaa koordinoi Lahden ammattikorkeakoulu. Lahden kotihoito oli osallistunut edelliseen eNNI I-osahankkeeseen ja kotihoidolle oli luonnollista jatkaa myös toisessa osahankkeessa. Kotihoito oli valinnut aluetyöryhmään kaksi työyhteisön jäsentä yhdyshenkilöiksi. Lahden ammattikorkeakoulu valitsi opiskelijajäsenet. Aluetyöryhmän jäsenten tehtävä oli edistää hoitotyön kirjaamisen muutosta työyhteisössä. Kehittämissyhteistyö tuotettiin juurruttamisen (Lbd) toimintamallilla. Kehit-

tämisyhteistyö eteni vuorovaikutuksessa ja syveni kumppanuudeksi. Kumppanuus oli myös ammattikorkeakoulun tärkeänä tavoitteena. Kehittämishankkeen aikana työyhteisö sai teoreettista tutkittua tietoa kansallisesta kirjaamismallista valtakunnallisilla ohjauspäivillä, ammattikorkeakoulun järjestämällä työpajapäivillä sekä järjestetyissä tiimipalavereissa. Kehittämissyhteistyössä oli mukana myös informaattikko, jonka toiminta edisti uuden tiedon etsimistä ja kehittämistoimintaa.

Kehittämistoiminnassa uutta toimintamallia tuotettiin yhteistyössä. Jokaisella kehittämistoimintaan osallistuneella oli samanarvoinen mahdollisuus vaikuttaa työskentelyyn ja lopputulokseen. Learning by developing (Lbd) toimintamallissa ajatellaan uuden osaamisen syntyvän tasavertaisessa vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä työelämän edustajien, opiskelijan ja opettajan kanssa. (Kallioinen 2007, 8). Työyhteisössä on osaamista päivittäisen toiminnan toteuttamiseksi. Ammattikorkeakoululla on osaamista teoreettisen tiedon hankkimisesta, tietokannoista, oleellisen tiedon tunnistamisesta, ja tiedon luotettavuuden arvioinnista. (Ahonen ym. 2005) Tasavertaisessa vuorovaikutuksessa kaikki osapuolet olivat sekä uuden tiedon tuottajana että uuden tiedon oppijana. Kaikkien osapuolten osallistuminen ja sitoutuminen kehittämisprosessin oli tärkeä osa kehittämistoiminnan onnistumista.

Arvioinnissa saatujen vastausten perusteella työyhteisö oli sitoutunut kirjaamisen muutokseen ja oli osallistunut hankkeen koulutustilaisuuksiin sekä muuhun toteutukseen aktiivisesti. Juurruttamisen (Lbd) toimintamallin työyhteisö koki edistäneen heidän kirjaamisen muutosta hyvin. Uuden toimintamallin rakentamiseen työyhteisö ei ollut kokenut voineensa riittävästi vaikuttaa. Tässä saattaa olla jonkinlaista ristiriitaa, koska työyhteisö kuitenkin koki osallistuneensa aktiivisesti hankkeen toteutukseen. Aktiivisella toiminnalla juurruttamisen toimintamallissa tarkoitetaan muun muassa omien ajatusten ilmaisemista ja uusien ideoiden esiin tuomista (Kallioinen 2008a, 6). Uutta toimintamallia rakennettaessa uutta tietoa juurrutettiin käytännön työhön. Uutta toimintamallia rakennettiin vertaamalla uutta tietoa nykyiseen ja käytiin innovatiivisia keskusteluja. Alustava

toimintamalli käytiin läpi työyhteisön kanssa useaan kertaan. Kaikissa vaiheissa uutta toimintatapaa rakennettaessa jokaisella työyhteisön jäsenellä oli mahdollisuus muokata ja tehdä siihen parannusehdotuksia. Uutta toimintamallia rakennettaessa saattoi vaikuttaa myös se, että kehittämissyhteistyön aloittamisen jälkeen työyhteisössä oli tehty tiimien uudelleen jako. Tiimin uudet jäsenet eivät entuudestaan tunteneet uuden tiimin kirjaamistapoja, minkä vuoksi työyhteisö ei ottanut heitä heti alussa mukaan nykytilan kuvaukseen. Tämä saattoi lopulta vaikuttaa sen, että tiimin uusien jäsenten oli vaikea ottaa osaa käytyihin keskusteluihin. Uuden toimintamallin rakentamiseen saattoi vaikuttaa lisäksi se, etteivät työyhteisön jäsenet kiireen vuoksi osallistuneet kaikkiin tiimipalaveriin. Tiimipalaverit olivat keskeisiä tilaisuuksia uuden toimintamallin rakentamisessa.

Juurruttaminen vaatii toimiakseen oppimiselle otollisen alustan. Siksi yhteisessä muutosprosessissa vuorovaikutustaidoilla ja osallistumisella on suuri merkitys. Työyhteisön esimiehen tehtävä on kannustaa työyhteisöä ja mahdollistaa muutoksen läpivienti. Esimiehen muutosprosessia tukeva toiminta työyhteisössä ja hyvän ilmapiirin luominen on välttämätöntä. Ainoastaan resurssien mahdollistumisella ja hyvässä ilmapiirissä voi muodostua sekä fyysisesti että psyykkisesti toimiva oppimisalusta. (Kallioinen 2006; Ahonen ym. 2006.) Arvioinnin tulosten mukaan työyhteisö ei osannut vastata oliko lähiesimiehen toiminnalla ja työyhteisön ilmapiirillä ollut myönteistä vaikutusta heidän kehittymisessään. Yhdyshenkilöiden ja ammattikorkeakoulun toiminnan (opettajat, opiskelijat, informaattikko) työyhteisö oli kokenut kehittymistä edistäviksi tekijöiksi. Saatujen vastausten perusteella voisi ajatella, että kehittämishankkeissa olisi tarvetta kiinnittää laajempaa huomiota muutoksen johtamisen resursseihin ja järjestää myös esimiehelle tähän aikaa.

Muutokset organisaatioissa tapahtuvat yleensä hitaasti. Muutoksen läpiviemiseksi esimiehen tulee jakaa tietoa uudesta toiminnasta ja järjestää muutosprosessille aikaa. Oppiminen itsessään on yksilöllistä ja siihen vaikuttaa yksilön henkilökohtainen asenne sekä ajattelutapa. (Virtanen 2007.) Saaduissa vastauksissa lähes kaikki uskoivat työyhteisön ajattelu- ja toimintatavan muuttuvan. Muutokseen

työyhteisö kokee tarvitsevansa paljon enemmän aikaa ja kärsivällisyyttä sekä lisäkoulutusta. Hoitotyön kirjaamiseen liittyvissä tutkimuksissa tulokset ovat samankaltaisia ja niissä on todettu, että kansallisen hoitotyön kirjaamismallin omaksuminen vaatii hoitajalta riittävää perehtymistä ja siihen tulee saada koulutusta (Hyvärinen 2009, 28).

Parhaimmillaan kehittämissyhteistyön tuloksena syntyy uusia työmenetelmiä, uusia malleja, uusia toimintatapoja, uutta työkulttuuria, uutta tietoa ja uutta osaamista, joita voidaan levittää ja hyödyntää laajemminkin. (Kallioinen 2008, 4) Työyhteisö oli kehittämissyhteistyön tuotokseen tyytyväinen ja Lahden kotihoitossa pidettiin HandOut -käsikirjaa hyvänä työvälineenä. Lahden kotihoito on pyytänyt opinnäytetyöntekijältä luvan saada käyttää uutta toimintamallia rakenteisen kirjaamisen koulutustilaisuuksissa.

Kansallisessa hoitotyön kirjaamismallissa hoitotyön prosessi jäsentää hoitajan toimintaa ja selkeyttää kirjaamista, jolloin kirjaaminen on systemaattista. Kansallisen mallin mukaan hoitotyötä kirjatessa, kirjaaminen on selkeää ja hoitotyön päätöksenteko tulee esille, mitä valtioneuvoston Asetus (298/2009) edellyttää. Kansallisessa kirjaamismallissa hoitotyön prosessi toimii hoidon suunnittelun jäsentäjänä ja kirjaamisen viitekehysenä. Hoitoprosessi on vaiheistettu neljään vaiheeseen: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Prosessivaiheiden alle kirjataan hoitotyön ydintiedot: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto. Nämä ydintiedot kirjataan kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla FinCC -luokituskokonaisuutta käyttäen. Ainoastaan asiakaskohtainen tieto kirjataan hoitajan vapaalla tekstillä ja asiakkaan toimintaa kuvaavana. Aiemmin hoitotyötä on kirjattu enimmäkseen hoitajan toimintaa kuvaavana. Uudessa toimintamallissa hoitotyötä kirjataan asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöinen kirjaaminen tapahtuu asiakkaan tarpeiden pohjalta ja asiakkaan toimintaa kuvaavien verbein. Kirjaukset tehdään mahdollisimman konkreettisesti, kuvaavasti ja tarkasti. Laadukkaassa kirjaamisessa ei pidä käyttää sellaisia käsitteitä, joita ihmiset ymmärtävät eri tavalla. Oikeampi tapa ilmaista konkreettisesti, kuvaavasti ja tarkasti on kirjata mitattu tulos.

Kaikki työyhteisön jäsenet kokivat, että rakenteisen kirjaaminen avulla hoitotyö jäsentyy aiempaa paremmin. Hoitotyön kirjaamisen työyhteisö koki muuttuneen laadukkaammaksi ja heidän ammatillinen osaaminen kasvoi monipuolisesti kehittämishankkeen aikana. Kirjaamisen sisältöön ja potilaan oikeuksiin sekä lailliseen näkökulmaan osattiin kiinnittää laajemmin huomiota. Hartikaisen (2008) tutkimuksessa oli saatu samankaltaisia tuloksia ja myös sairaanhoitajat kokivat sähköisen rakenteisen kirjaamisen lisäävän kirjaamisen laatua. Tämän perusteella voisi ajatella, että rakenteinen kirjaaminen lisää kirjaamisen tasoa yleisesti.

Hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa hoitajan ammattitaitoa ja näyttöön perustuva toimintaa. Työyhteisössä hoitotyön kirjaamisen yleinen taso vaihteli paljon. Toiset olivat perehtyneempiä kirjaamiseen kuin toiset. Joillakin työyhteisön jäsenillä saattoi olla vaikeuksia pelkästään jo tietokoneen käyttämiseen liittyvässä osaamisessa. Kaikille ei myöskään ole luonteenomaista käyttää tietojärjestelmää työvälineenä, jolloin verkkoympäristön käyttäminen voi olla haasteellista. Nämä tekijät saattoivat vaikuttaa siihen, ettei työyhteisö kokenut verkkoympäristöä heidän kehittymistä edistävänä tekijänä. Toisaalta verkkoympäristön käyttäminen on nykyaikana lähes välttämätöntä ja hoitoalalla yleisesti ajatellaan, että oman työn kehittäminen vaatii omaa aktiivisuutta ja itsenäistä tiedonhakua.

Viestivihon käyttämistä kirjaamisvälineenä asiakkaan kotona tarkasteltiin työyhteisössä kriittisesti. Viestivihon käyttäminen asiakaskäynnillä tapahtuneen hoidon kirjaamiseksi on kotihoidoissa yleinen ja pitkään jatkunut ongelma. Asiakkaan kotona käy usein vieraita ja viestivihkoon kirjattua tietoa voi lukea kuka tahansa. Viestivihon hävittämistä ei myöskään kotihoidon toimesta valvota mitenkään. Todennäköistä on, että se aikanaan kulkeutuu yleiselle kaatopaikalle hävitettäväksi. Viestivihon käyttämiseen liittyy siis selviä eettisiä ongelmia ja tietoturvariski, jotka tulee kotihoidossa huomioida ja esiin tulleet ongelmat tulee jatkossa voida poistaa. Ongelmaan on kotihoidossa kiinnitetty huomiota ja sitä on pyritty ratkaisemaan. Kotihoitoon on syksyllä tulossa mobiililaitteet, joiden avulla hoitotyötä kirjataan. Mobiililaitteisiin siirryttäessä hoitotyön kirjaaminen tapahtuu asiakkaan kotona, suorassa tietojärjestelmäkirjauksessa. Tämä tulee helpottamaan tie-

don välittämistä sekä hoitajien että omaisten välillä. Kehittämissyhteistyön aikana saamani tiedon perusteella, tietoa omaisille tullaan tulevaisuudessa välittämään uusien apuvälineiden avulla. Tällöin viestivihon aiheuttamat ongelmat tulevat viimeistään poistumaan.

Informaatioteknologia lisääntyy ja tulevaisuudessa ammattilaisella tulee olemaan työasema aina mukanaan (Ensio 2008, 2). Uusi kansallinen hoitotyön kirjaamismalli on luotu suoraan tietojärjestelmäkirjaamiseen. (Hyvärinen 2009, 28.) Työyhteisölle tuotettu uusi hoitotyön kansallisen kirjaamismallin mukainen uusi toimintamalli hoidon suunnittelusta, on siis toteutuneen hoidon kirjaamisen perusta. Hyvin toteutettu asiakkaan hoidon suunnittelu nopeuttaa toteutuneen hoidon kirjaamista ja jättää itse asiakastyöhön enemmän aikaa. Tämän vuoksi työyhteisö tulee hyötymään merkittävästi kehittämistoiminnan aikana saamastaan tiedosta ja uudesta toimintamallista.

Opinnäytetyöprosessi kesti vähän yli vuoden ja kehittämissyhteistyö täytti tämän ajan lähes koko ajatusmaailmani. Opinnäytetyöhöni olen pyrkinyt keräämään keskeisen tiedon hoitotyön kansallisesta kirjaamisen mallista. Nyt opinnäytetyön ollessa loppuvaiheessa olen tekemääni työmäärään erittäin tyytyväinen. Ammatillinen osaamiseni on kehittämissyhteistyössä kasvanut monipuolisesti ja tiedonhankintataitoni ovat lisääntyneet. Kehittämissyhteistyö antoi minulle laajaa osaamista sairaanhoitajan ammatissa vaadittaviin taitoihin: kriittiseen ajatteluun ja oman työn kehittämiseen.

9.2 Eettisyys

Hoitotyön kirjaaminen on keskeinen osa asiakkaan laadukasta hoitoa, joka tulee terveydenhuollon ammattihenkilön hallita. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja kehittämissyhteistyön avulla lisättiin työyhteisön tietämystä hoitotyön kirjaamisesta ja kansallisesta kirjaamisen mallista. Aikaisemmat tutkimukset aiheesta on huomioitu uuden toimintamallin rakentamisessa. Tutkimuslupaa kehittämissyhteistyöhön ei haettu, koska työssä tarkasteltiin ainoastaan hoitajien toimintaa. Työ-

hön pyydettiin ja saatiin kuitenkin suullinen lupa. Haastateltavilta pyydettiin suostumus haastatteluun ja sen nauhoittamiseen. Työssä säilytettiin anonymiteetti ja työyhteisö sai työstä hyötyä. Uusi toimintamalli parantaa hoitotyön laatua ja lisää potilasturvallisuutta.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Rakenteinen kirjaaminen edellyttää hoitajalta perehtyneisyyttä ja näyttöön perustuvaa osaamista. Terveystieteiden organisaatioissa on yleisesti tarpeellista kehittää hoitotyön kirjaamista. Voidaankin todeta että tämä opinnäytetyö palveli valtakunnallista hoitotyön kirjaamisen kehittämistä yhtenä osana. Jatkossa olisi hyvä tutkia uudesta toimintamallista saatuja käytännön kokemuksia sekä siitä saatuja hyötyjä. Kotihoidolle olisi hyödyllistä tuottaa myös hoidon arviointi -vaiheesta uusi toimintamalli.

LÄHTEET

Ahonen, O., Ora –Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. ProTerveys 6/2005.

Anttila, P. 2009. Realistinen evaluaatio kehittämiseen tähtäävän arvioinnin menetelmänä. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E.(toim.) Learning by developing – toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Laurea – ammattikorkeakoulun julkaisusarja B23. Helsinki: Edita Prima. ISBN 978-951-799-143-8.

Arkistolaki 831/1994. Annettu Helsingissä 23.9.1994.

Asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Annettu Helsingissä 30.3.2009.

Autere, K., Paavola, M., Selander, M. & Kilkku. 2009. N. Tavoitteet esiin hoitotyön kirjaamisessa. Sairaanhoidajalehti 2/2009, 24 -25.

Ensio, A. 2008. Sähköinen kirjaaminen ja sen kehittäminen suomalaisessa terveydenhuollossa. Terveystieteiden ja talouden laitos. Kuopion Yliopisto. [Viitattu 19.11.2009]. Saatavissa:

www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5C7TK9A70/Ensio_eN_NI_seminaari_291008.pdf

Haapalainen -Suomi, S. 2009. Hoitotyötä näkyväksi – Hoitotyön toimintojen kirjaaminen tehohoitoon narratiiveihin - Retrospektiivinen asiakirja-analyysi lasten teho-osaston hoitokertomuksista. Pro Gradu -tutkielma. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos/Lääketieteellinen tiedekunta.

Hartikainen, K., Häyrinen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmäe, J. & Suhonen, M. 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioituneet tietosisällöt. Opas Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokoh-

taisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. Suomen Kuntainliitto, Kuopion yliopisto & työryhmä.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto.

Hassinen, T. & Tantt, K. 2008. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Sairaanhoidajalehti 3/2008, 18 - 20.

Helakorpi, S. 2009. Tietokäsitys. [Viitattu 15.12.2009]. Saatavissa: <http://openetti.aokk.hamk.fi/seppoh/web4/uusi%20web/tietok%C3%A4sitys.htm>

Henkilötietolaki. 523/1999. Annettu Helsingissä 22.4.1999.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1979. Teemahaastattelu. 7. painos. Yliopistopaino: Helsinki 1995.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Gummerus: Helsinki.

Hyvärinen, H. 2009. Hoitotyön kirjaamismallille kansainvälinen palkinto. Sairaanhoidajalehti 12/2009, 28.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: Wsoy

Häyrinen, K. 2009. Luentomateriaali. Työpajapäivät. Helsingin Diakonissalaitos. [Viitattu 6.12.2009].

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Ikonen, H. 2009a. eNNI -Hankekuvaus. [Viitattu 20.11.2009]. Saatavissa: www.enni.fi

Ikonen, H. 2009b. eNNI-hanke 2008 – 2012. eNNIn toisen osahankkeen tiedotustilaisuus, syksy 2009. [Viitattu 6.12.2009].

Ikonen, H., Rajalahti, E. & Ahonen, O. Potilasturvallisuus-osaamisen kehittäminen eNNI -hankkeessa. Osaajat.net nro 3. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu. [Viitattu 20.11.2009]. Saatavissa: <http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/viewArticle/446>

Jokinen, T. 2005. Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos. [Viitattu 23.11.2009]. Saatavissa: <http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/TainaJokinengradu.pdf>

Junttila, K. 2007. Hoitotyön luokitukset sähköisessä potilaskertomuksessa. [Viitattu 12.4.2010]. Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. Osa 2. Hankearvioinnin osaraportit. Saatavissa: <http://www.salpanet.fi>

Kaakkinen, M., Mäkilä, M., Jarmas, R. & Väättäinen, E. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit. Sairaanhoitaja 8/2008, 23 - 24.

Kallioinen, O. 2009. Learning by Developing – toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Laurea-ammattikorkeakoulu. Elina Ora-Hyytiäinen (toim.) Edita Prima. Helsinki. [Viitattu 23.11.09]. ISSN 1458-7238

Kallioinen O, 2008a. Learning by developing – työelämäläheinen oppiminen verkostojen mahdollisuutena. [Viitattu 31.10.2010]. Saatavissa:

http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eN NI-hankkeen_kuvaus.pdf

Kallioinen, O. 2008. Oppiminen Learning by Developing-toimintamallissa. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Publications A 61. [Viitattu 23.11.2009]. Saatavissa: <http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/a/a61.pdf>

Kaminski, J. 2009. Dr. Saba's NI Journey and the Clinical Care Classification (CCC) System. Journal of Nursing Informatics (OJNI) Summer 2009 Volume 13, Number 1. ISSN # 1089-9758 indeksoitu CINAHL © 2009 ISSN # 1089-9758 Indexed in CINAHL © 2009

Kaniz, M. 2006. Lahden kaupungin kotihoidon kriteerit ja palvelujen sisältö 1.4.2008. [Viitattu 11.4.2010]. Saatavissa: [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/77DFB6204620FD38C22576F7002B620A/\\$file/081030](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/77DFB6204620FD38C22576F7002B620A/$file/081030)

Knuuttila, M., Koivukoski, S., Wilskman, K. & Isotalo, T. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee. Sairaanhoidaja nro 6-7/2007, 18 -19.

Kuivalainen, L. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit. Sairaanhoidaja nro 10/2008, 26 -27.

Kuusisto, A. 2008. ”Kirjaamalla näkyväks.” Hoitotyön kirjaamista koulutettiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Sairaanhoidaja nro 4/2008, 34 - 37.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Annettu Helsingissä 9.2.2007.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta. 621/1999. Annettu Helsingissä 21.5.1999.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Liljamo, P., Kaakkinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke 2007 – 2008. [Viitattu 21.11.2009]. Saatavissa: <http://sty.stakes.fi>

Nonaka, I., Konno, N., Toyama, R. 2001. Emergence of Ba. Teoksessa: I. Nonaka, T. Nonaka (Ed.) 2001. Knowledge Emergence. Social, Technical, and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation. New York: Oxford University Press.

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamis-mallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittely-tieteiden laitos. Julkaisusarja D-verkkajulkaisu. ISBN 978-951-44-8150-5.

Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. eNNI:n osaamisen kehittämissuunnitelma vuodelle 2008 – 2009. [Viitattu 24.5.2010]. Saatavissa: http://www.amk.fi/enni/osaamisenkehittaminen_6/osaamisenkehittamissuunnitelma20082009_13.html

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. [Viitattu 15.12.2009]. Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvityksiä 2006: 24, 63-72. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Projektiryhmä. 2008. eNNI -hanke. Kehittämiskohteet eNNI -hankkeessa. [Viitattu 7.12.2209] Saatavissa:

http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf

Quinn L. & Gordon J. 2010. Documentation for rehabilitation. Elsevier Ltd: Oxford.

Remes, K –M. 2006. Rakenteisesti kirjattu tieto hoitopalautteissa. Pro Gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. [Viitattu 12.4.2010]. Saatavissa:

www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3310&GUID...7938...

Roper, N., Winifred, W. & Tierney, A. 1991. Hoitotyön perusteet. Kirjayhtymä: Helsinki.

Saranto, K. & Ensio, A. 2008. Teoksessa: Hoida ja kirjaa. Iivanainen, A. & Syväoja, P. Tammi: Helsinki.

Saranto, K., Ensio, E., Tantt, K. & Sonninen A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY: Helsinki.

STM. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. [Viitattu 12.4.2010]. Saatavissa: pre20031103.stm.fi/suomi/.../paosisallys80.htm

Takaluoma, M. & Ahonen, O. 2009. Koulutuksen ja käytännön yhteistyössä tapahtuva oppiminen ja jatkuva kehittäminen. eNNI -hanke. Työpaja Pori, Oulu, Jyväskylä ja Helsinki.[Viitattu 6.12.2009].

Tanttu, K. 2008a. FinCC. Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL versio 2.0.1. [Viitattu 21.11.2009]. Saatavissa:

<http://sty.stakes.fi/Fl/koodistopalvelu/koodisto.htm>

Tanttu, K. 2008b. FinCC. Suomalainen hoitotyön tarveluokitus SHTaL versio 2.0.1 [Viitattu 21.11.2009]. Saatavissa:

<http://sty.stakes.fi/Fl/koodistopalvelu/koodisto.htm>

Tanttu, K. 2008c. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. [Viitattu 23.11.2009]. Saatavissa: www.vsshp.fi

Tanttu, K. 2009. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05 – 31.5.08 (HoiDok-hanke). Loppuraportti, Osa 1. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. [Viitattu 20.11.2009]. Saatavissa: www.vsshp.fi

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

Tuomi, J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Tammi: Helsinki.

Tuomikoski, A –M. 2008. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Pro Gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. LTK, Terveystieteiden laitos.

Virtanen, K. 2008. Kirjaamisen sisältö hoito- ja palvelusuunnitelmissa vanhusten palvelukeskuksessa. Pro Gradu -tutkielma. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos/Lääketieteellinen tiedekunta.

Virtanen, P. 2007. Muutoksella menestykseen. Puheenvuoro kansallisessa kaupunkifoorumissa 29.5.2007 Rovaniemellä. [Viitattu 31.3.2010]. Saatavissa: <http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/aky/home.nsf/files/Virtanen>

Virtanen, T. 2008. eNNI-hanke. STM-puheenvuoro. Sosiaali ja terveysministeriö. [Viitattu 19.11.2009]. Saatavissa:

http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5C7TqsjQK/STMn_puheenvuoro__Enni_291008.pdf

Ylöstalo –Laine, R. 2006. Polikliinisen hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi. Pro Gradu -tutkielma. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

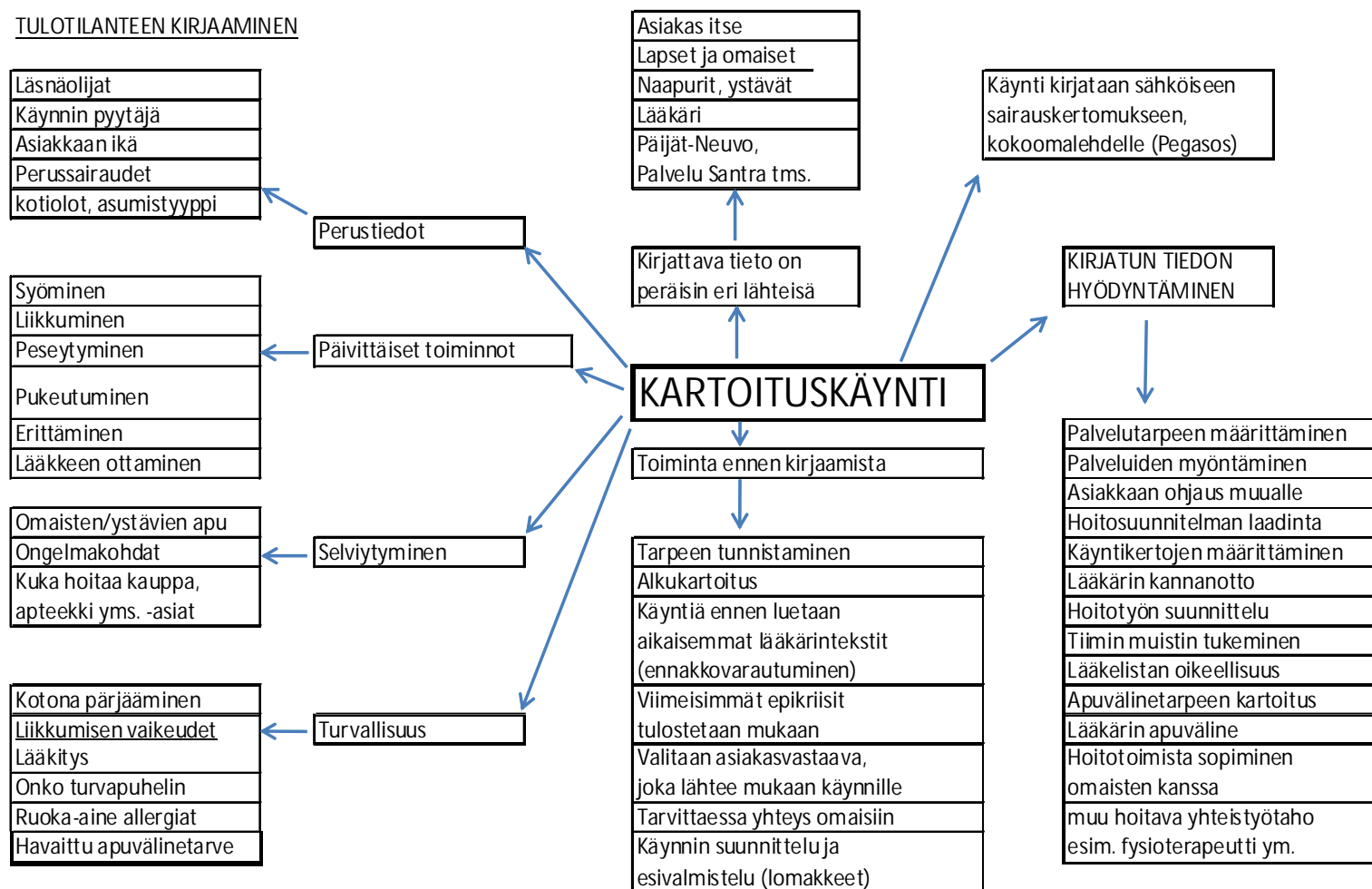
LIITTEET 1- 7

LIITE 1

TEEMAHAASTATELULOMAKE

1. Millaista kartoittamistilanteen kirjaaminen on ja miten se toteutuu?
2. Miten hoidon suunnittelua kirjataan?
3. Miten hoidon toteutumista kirjataan?
4. Miten hoidon arviointia kirjataan?

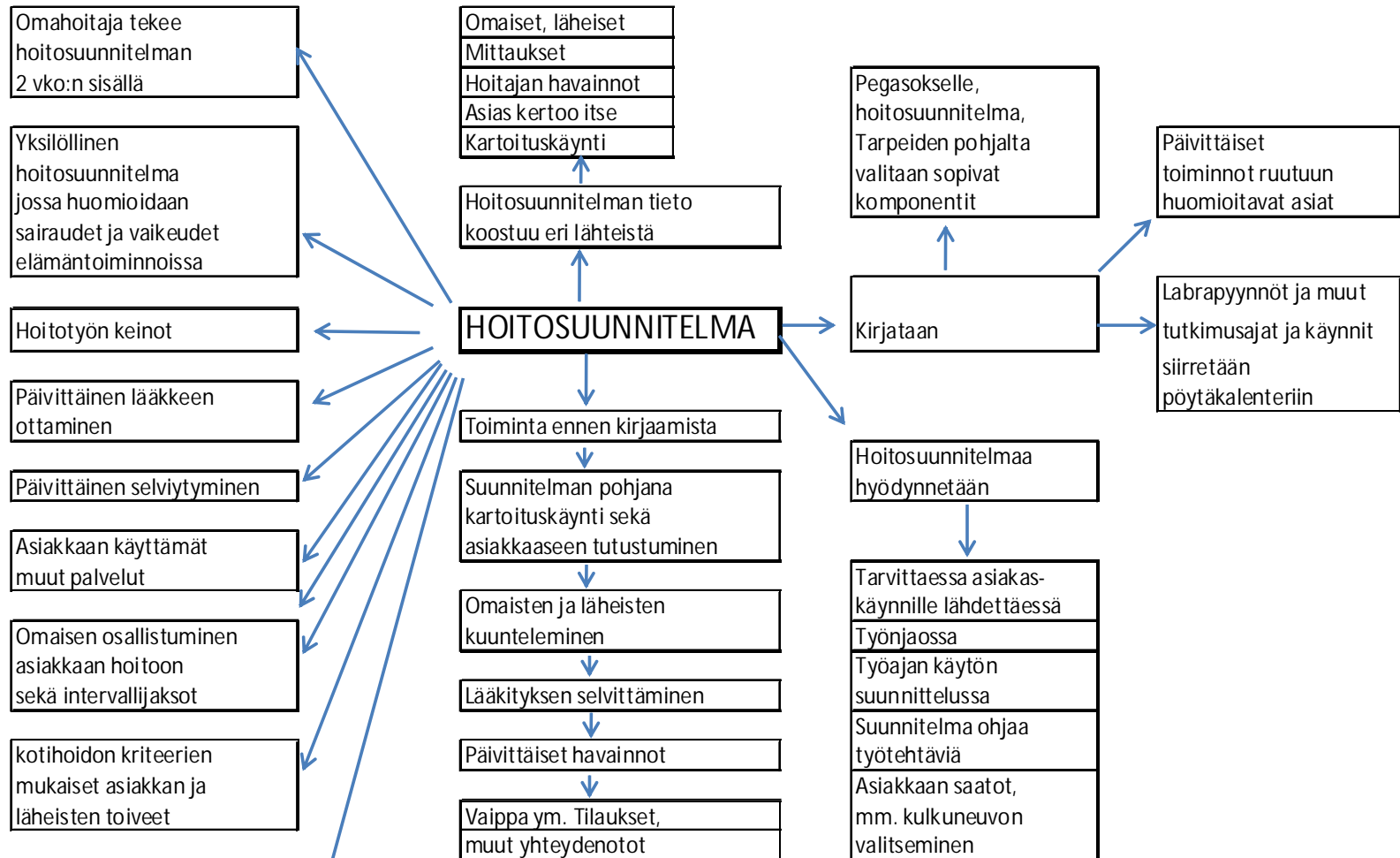
TULOTILANTEEN KIRJAAMINEN



KIRJAAMISEN NYKYTILAN KUVAUS / HOIDON SUUNNITTELU

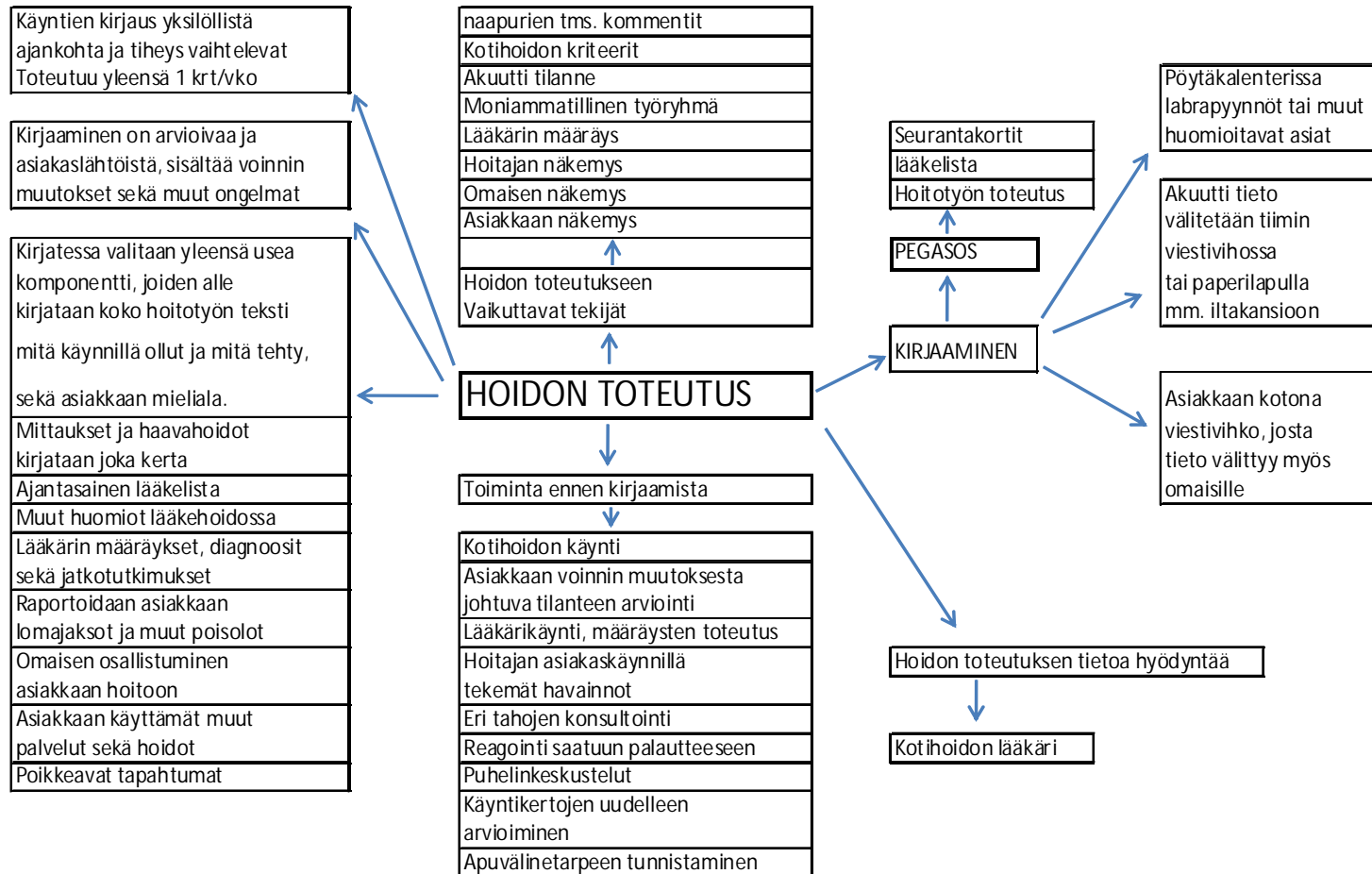
LIITE 3

HOIDON SUUNNITTELUN KIRJAAMINEN

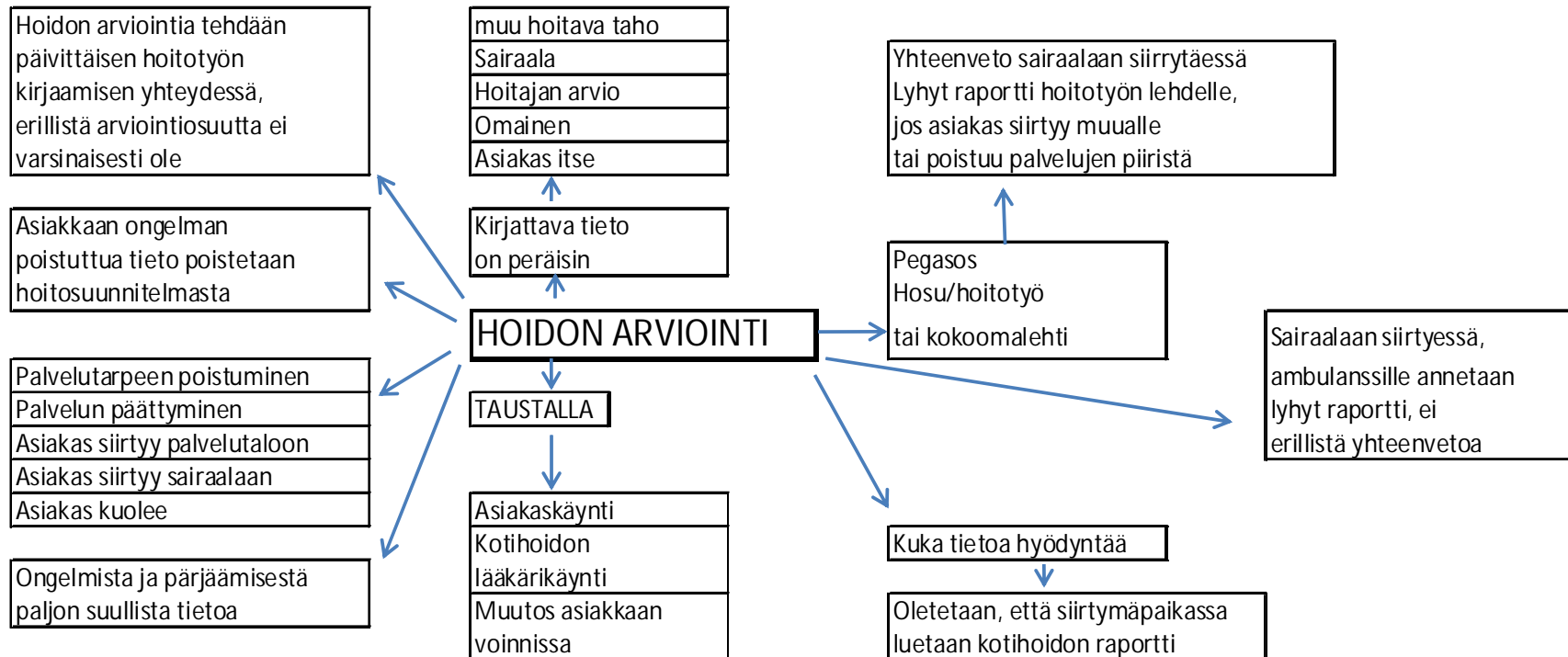


KIRJAAMISEN NYKYTILAN KUVAUS / HOIDON TOTEUTUS

LIITE 4



HOIDON ARVIOINNIN KIRJAAMINEN



Hand OUT

HOIDON SUUNNITTELU

Prosessikuvaus	2
Lähtökohdat	3
Prosessiajattelumalli	4
Hoidon suunnittelu	4
Hoidon tavoite	5
Suunnitellut toiminnot	7
Luokituskokonaisuus	8
Case	9

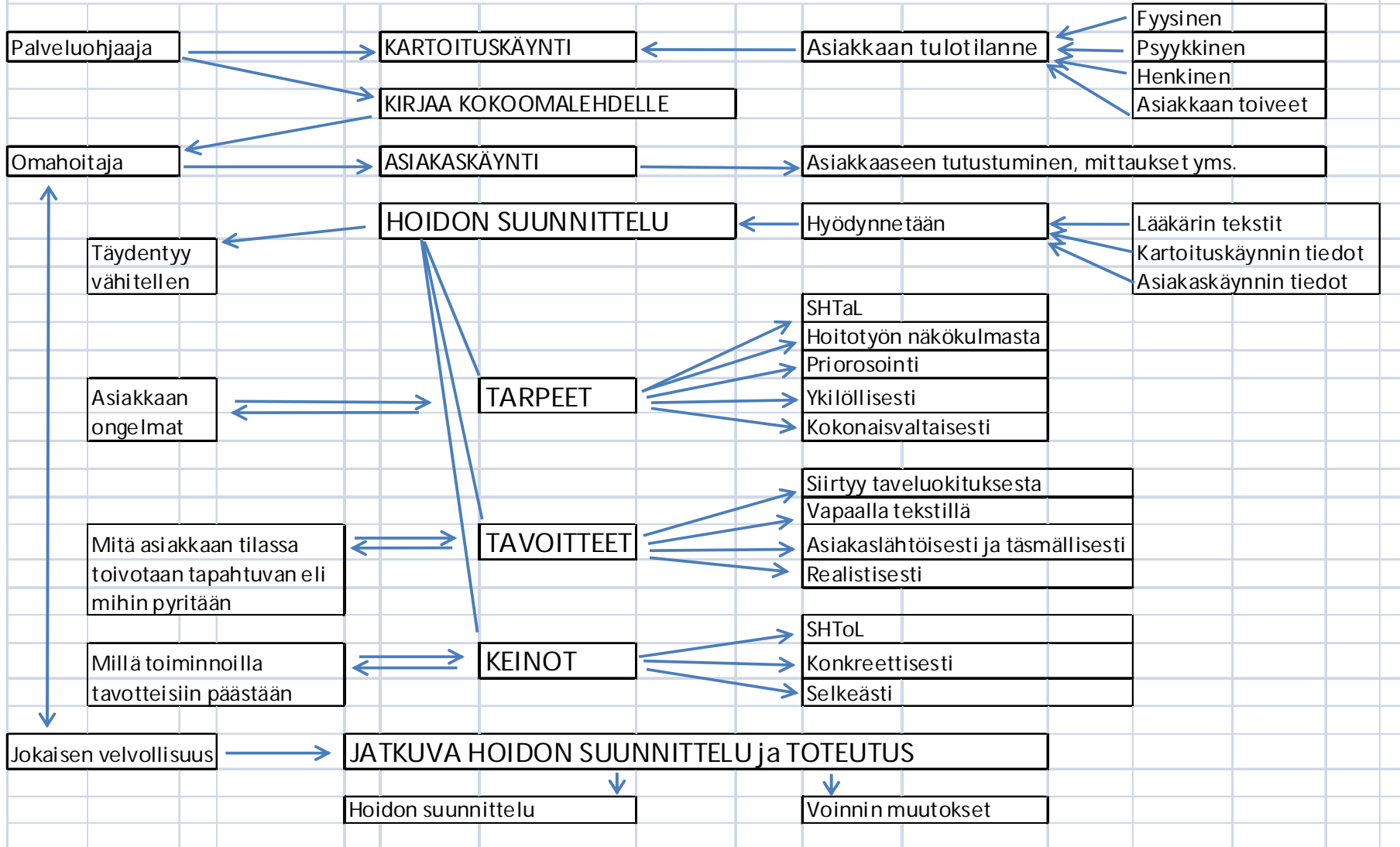


JAANA HALME

Lahden ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma

Hand OUT, Lepolanmäen kotihoidolle, 2010

PROSESSIKUVAUS TULOTILANTEESTA ➔ HOIDON SUUNNITTELUSTA



KANSALLISEN MALLIN MUKAINEN KIRJAMINEN ON TÄRKEÄÄ!

Hoitotyön kirjaaminen on osa asiakkaan tavoitteellista hoitoa. Se on myös juridinen asiakirja ja toimii hoitajan oikeusturvana. Laki vaatii, että jokainen kotihoidon asiakaskäynti on kirjattava. Lain mukaan kirjaamisen tulee olla ajantasaista, selkeää ja siitä tulee ilmetä keskeiset asiakkaan hoitoa koskevat tiedot. Hoitotyön kirjaamisesta säädetään 1.7.2007 voimaan tulleessa laissa (159/2007) Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Lailla määrätään, että julkisten terveydenhuollon organisaatioiden tulee liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi sekä valtakunnalliseen sähköiseen arkistoon 1.4.2011 mennessä. Lain tarkoituksena on toteuttaa valtakunnallisesti yhtenäinen tietojärjestelmäpalvelu. Tietojärjestelmäpalvelussa potilasasiakirjat siirtyvät sähköisesti tietojärjestelmästä toiseen. Potilasasiakirjojen sähköinen siirtyminen edellyttää, että hoitotiedot ovat kirjatut yhdenmukaisella rakenteella ja yhteisesti sovittuja luokituksia käyttäen. Kansallisesti on sovittu, että hoitotyön ydintiedot kirjataan **FinCC** (Finnish Care Classification) luokitusten mukaisesti. Hoitotyön prosessin mukainen, kansallinen kirjaamismalli selkeyttää hoitotyötä ja luo uusia tiedon käyttömahdollisuuksia. Kirjattava tieto on tarkempaa, asiakaslähtoisempää, monipuolisempaa ja hoidon arviointi on helpompaa. Kirjaamisen kehittymisen myötä asiakkaan hoidon laatu kasvaa ja potilasturvallisuus lisääntyy. Samalla kirjaamisen yhtenäistymisen mahdollistaa kirjaamisen jatkokehittämisen ja nykyaikaisten työmenetelmien käyttämisen, esim. kotihoitoon on tulossa mobiililaitteet. Mobiililaitteen avulla etäyhteydessä, kirjaaminen tapahtuu asiakkaan kotona. Kotona tapahtuvan kirjaamisen avulla asiakaskäyntiin ja asiakastyöhön jää enemmän aikaa. Lisäksi rakenteinen kansallisen mallin mukainen kirjaaminen ohjaa kirjaamaan oikeita asioita. Rakenteinen kirjaaminen vähentää vapaan kirjaamisen tarvetta, mutta ei tarkoita että vapaata tekstiä ei käytetä ollenkaan. Hoitotyön vapaassa kirjaamisessa säilyy kirjaamisen yksilöllisyys. Kansallinen kirjaamismalli poistaa turhan päällekkäisen kirjaamisen ja ATK-järjestelmä on tulevaisuudessa ainoa kirjaamisen väline. Kertaalleen kirjattua tietoa tulee voida hyödyntää kaikkialla, missä hoitotyön tietoa tarvitaan.

KANSALLISEN KIRJAAMISMALLIN LÄHTÖKOHDAT

1. **Hoitotyön prosessiajattelumalli**
2. **Hoitotyö kuvataan hoidollisen päätöksentekovaiheiden mukaisesti** (Tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus, hoidon arviointi)
3. **Hoitotyön ydintiedot** (Hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto)
4. **FinCC -luokituskokonaisuus** (SHTaL, SHToL, SHTuL)

HOITOTYÖN PROSESSIAJATTELUMALLI

Prosessiajattelumalli on tapa ajatella loogisesti potilaan hoito. Hoitotyössä prosessiajattelumalli tapahtuu luonnollisesti ja huomaamatta. Prosessiajattelu on hoitajilta unohtumassa, mutta hyvä hoitaja on käyttänyt ajattelumallia hoitotyössään aina. Prosessimalli toimii hoidon suunnittelun jäsenenä ja ohjaa hoitajan toimintaa. Hoitoprosessi on vaiheistettu neljään vaiheeseen: Tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Näiden prosessivaiheiden alle kirjataan hoitotyön ydintiedot, jotka ovat: Hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo. Ydintiedot kirjataan kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla. Hoidon suunnitteluvaiheessa määritellään asiakkaan hoidon tarve, hoidon tavoite sekä hoitotyön suunnitellut toiminnot. Kansallisen mallin mukainen kirjaaminen vaatii hoitotyön prosessin sisäistämistä, sillä hoitotyön prosessivaiheet toimivat kirjaamisen viitekehysenä. Hoitotyön prosessin mukaan kirjatessa, kirjaaminen etenee systemaattisesti ja hoitajan päätöksentekoprosessi tulee esille. Sillä tehdään myös hoitotyö näkyväksi.

HOIDON SUUNNITTELU = *Prosessivaihe*

Kotihoidon asiakkuus alkaa tulotilanteesta eli kartoituskäynnistä, joka on asiakkaan hoidon suunnittelun lähtökohta. Hoidon suunnitteluvaiheessa hyödynnetään tulotilanteen tiedot ja lääkärin tekstit. Tulotilanteeseen perehtymisen jälkeen tehdään asiakaskäynti, jossa tutustutaan asiakkaaseen. Asiakaskäynnillä kerätään lisätietoa asiakkaasta ja tehdään tarvittavat mittaukset. Hoidon suunnittelua ja ongelmien määrittelyä tehdään asiakkaan kanssa yhdessä, huomioiden asiakkaan fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja henkinen hyvinvointi. Hoidon suunniteltuja toimintoja määritettäessä, tarpeiden lisäksi otetaan huomioon asiakkaan toiveet ja hänen voimavaransa. Hoitotyön suunnittelun kirjaaminen aloitetaan heti asiakaskäynnin jälkeen, esimerkiksi kirjaamalla hoidon tarpeet tai niistä osa. Hoidon suunnittelua *jatketaan päivittäin* ja se *täydentyy vähitellen*. Tavoitteena on, että hoidon suunnittelusta muodostuu prosessi, jota tuotetaan jatkuvasti. Hoidon suunnittelu jatkuu *koko* asiakkuuden *ajan* ja se muuttuu asiakkaan voinnin muuttuessa. Hoidon suunnitteluun lisätään muuttuneita hoidon tarpeita ja hoitotyön toimintoja tai sieltä poistetaan niitä. Hoidon suunnittelua tehtäessä komponentteja käytetään monipuolisesti. Monipuolisella komponenttien käytöllä varmistetaan kirjatun tiedon löytyminen oikean komponentin alta, silloin kun kyseistä tietoa tarvitaan. Jokaisen hoitoon osallistuvan *velvollisuus* on päivittää hoidon suunnittelua tekemiensä huomioiden ja saamiensa tietojen perusteella.

HOIDON TARVE = *Ydintieto*

Lain mukaan hoitotyössä tulee aina määritellä hoidon tarve. Tarpeen määrittäminen on hoidon lähtökohta, josta asiakkaan hoito alkaa. Tarpeet tulee tunnistaa ja määritellä hoitotyön näkökulmasta. Tarpeita määriteltäessä asiakkaan hoitoa suunnitellaan yksilöllisesti ja asiakkaan tilanne huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Kaikki merkittävät tarpeet otetaan huomioon ja ne asetetaan tärkeysjärjestykseen.

Tarpeet kirjataan tärkeysjärjestyksessä komponenttien kautta. Komponenteista haetaan asiayhteys, tämän jälkeen tarveluokitukselta (SHTaL) etsitään mahdollisimman hyvin tarvetta kuvaava pää- tai alaluokka. Valinnan jälkeen luokitusta täydennetään vapaalla tekstillä. Tarpeelle voidaan asettaa varmuusaste. Luokituksia voidaan valita useita samasta komponentista ja jokaista luokitusta täydennetään vapaalla tekstillä tarpeen mukaan. Vapaassa tekstissä tarpeet määritetään mahdollisimman kuvaavin ilmaisin, mittareita apuna käyttäen.

Esimerkki hoidon tarpeen kirjaamisesta. SHTaL / komponentti + luokitus + vapaa teksti.

- **5080 NESTETASAPAINO / 5088 Turvotus**
Jalat runsaasti turvoksissa nilkkojen ja pohkeiden alueilta. Ympärysmitta merkkien kohdalta: Nilkka 31 cm; pohje 54 cm. Turvotus estää kenkien käytön.
- **5324 KUDOSEHEYS / 5331 Ihon kudovaurio**
Ristiselässä 2 x 3 cm kokoinen 2 cm syvä infektioitunut painehaava.

HOIDON TAVOITE

Tavoitteen asettaminen on osa hoitotyön päätöksentekoa ja se vaatii hoitajalta loogista ajattelu- ja arviointikykyä. Tavoitteen asettaminen ilmaisee mihin asiakkaan hoidossa pyritään. Mitä toivottuja muutoksia asiakkaan tilassa tai käyttäytymisessä odotetaan tapahtuvan sekä sen, mitä asiakas itse haluaa ja odottaa hoidossaan tapahtuvan. Tavoite voidaan ilmaista hoidon päätavoitteena, joka ilmaisee lopullisen tilan johon hoidolla pyritään. Tavoite voidaan määritellä myös osa- tai välitavoitteina, jotka ovat konkreettisemmin ilmaistuja ja joita on useampia. Tavoitteille ei ole omaa luokitusta, vaan ne siirtyvät suoraan tarpeista. Tavoitteet kirjataan vapaana tekstinä ja ilmaistaan asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan tilanteen kirjaamista **asiakkaan tekemistä / kognitiivista toimintaa** kuvaavilla verbeillä. **Ei hoitajan toimintana.** Tavoitteiden tulee olla tarkasti määritettyjä, realistisia ja saavutettavissa olevia. Hoidon arviointia tehdään suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin. Täsmällinen tavoitteiden asettaminen mahdollistaa hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Se luo pohjan myös moniammatilliselle yhteistyölle.

TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN

Asiakslähtöisesti verbein: Tekee, kokee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, kykenee, pystyy, oppii, jne.

- Kokee hengittämisen vaivattomaksi.
- Suoriutuu sanallisen ohjauksen avulla arkipäivän askareista.

Yksilöllisesti sairauden tuomien tavoitteiden mukaisena, esimerkkinä virtsanpidätyskyvyttömyys

- Virtsankarkailu ei rajoita sosiaalista elämää.
- Oppii vaihtamaan vaipan itse.
- Vaippa-alueen iho pysyy eheänä, kokee olonsa kuivaksi.

Realistisesti ei liian matalia / korkeita tavoitteita. Tavoitteena voi olla myös tilan pysyminen ennallaan.

- Suhteessa asiakkaan voimavaroihin, elämäntilanteeseen, persoonallisuuteen, hoitoaikaan sekä yksikön resursseihin
- Tavoite ei saa perustua toiveajatteluun, joka luo asiakkaalle väärää kuvaa.

Ilmaistaan selkeästi, konkreettisella tavalla, ei yleismaailmallisesti. Hyvin asetettu tavoite sisältää aika ja määräulottuvuuden.

- Syö vähintään puolet joka ruokailussa.
- Kiinnitetään huomiota, ettei piilota ruokaa.
- Aamuverensokerin tasoittuminen viikon kuluessa tasolle 6 – 7.

HOITOTYÖN SUUNNITELLUT TOIMINNOT

Tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitellaan hoitotoiminnot, joilla asetettuihin tavoitteisiin päästään. Hoitotyön suunnitellut toiminnot eli keinot määritellään selkeästi, konkreettisesti ja realistisesti. Keinoja määriteltäessä huomioidaan hoitotyön periaatteet. Keinojen määrittelystä tulee ilmetä, miten asiakkaan hoitoa toteutetaan. Hoitajan ammattitaito, kokemus ja luovuus korostuvat keinoja määritettäessä. Tärkeää on, että jokainen asiakkaan hoitoon osallistuva saa selkeän käsityksen lähtötilanteesta ja kykenee arvioimaan toteutunutta hoitoa.

Hoitotyön suunnitellut toiminnot kirjataan komponenttien kautta. Toimintoluokituksesta (SHToL) etsitään mahdollisimman kuvaava pää- tai alaluokka eli hoitotyön toiminto. Hoidon suunnitelluissa toiminnoissa komponentteja käytetään monipuolisesti. Myös luokituksia voidaan valita useampia samasta komponentista. Luokituksia täydennetään vapaalla tekstillä, tarpeen mukaan.

Keinoja:

- Ohjaaminen, opettaminen, tukeminen, rohkaisu, kuuntelu, avustaminen, seuranta, puolesta tekeminen, auttaminen jne.

Keinot kuvataan selkeästi ja konkreettisesti. Keinojen valinnassa huomioidaan hoitotyön periaatteet.

- Omatoimisuutta, osallistumista tukevat
- Kokonaisvaltaisuus
- Turvallisuus & yksilöllisyys

Realistisesti

- Huomioiden yksikön resurssit, käytettävät apuvälineet, asiakkaan voimavarat sekä itsehoitokyky

Esimerkki: SHToL / komponentti + luokitus + vapaa teksti.

- 1442 PÄIVITTÄISET TOIMINNOT / 1443 Puhtaudesta huolehtiminen
Ohjataan päivittäisen hygienian huolehtimiseen ja avustetaan intiimihygienian huolehtimisessa
- 1379 AINEENVAIHDUNTA / 1381 Verensokerin tarkkailu ja hoito
Verensokerin seuranta päivittäin x 2, ennen ateriaa ja 1 ½ h aterian jälkeen

FINNISH CARE CLASSIFICATION



Kansallinen hoitotyön luokituskokonaisuus Finnish Care Classification (FinCC) koostuu SHTaL, SHToL ja SHTuL –luokituskokonaisuuksista. Komponentit eli asiayhteydet helpottavat sopivien pää- tai alaluokkien löytymistä. Luokitukset ovat haettavissa THL:n (ent.Stakes) Koodistopalvelun testipalvelimelta. Luokitukset, ovat tietorakenteita joiden avulla hoitotyötä luokitellaan ja ryhmitellään sovitusti. Hoitotyön luokitusten avulla pyritään kuvaamaan hoitajien työn osuutta potilaan kokonaihoitosta, nostamalla esiin hoitotyön toteuttamiseen liittynyt päätöksenteko ja sen tulokset.

LUOKITUSTEN KOMPONENTIT

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| ○ Aineenvaihdunta | ○ Nestetasapaino |
| ○ Aistitoiminta | ○ Psyykkinen tasapaino |
| ○ Aktiviteetti | ○ Päivittäiset toiminnot |
| ○ Elämänkaari | ○ Selviytyminen |
| ○ Erittäminen | ○ Ravitseminen |
| ○ Hengitys | ○ Terveyskäyttäytyminen |
| ○ Jatkohoito | ○ Terveyspalvelujen käyttö |
| ○ Kanssakäyminen | ○ Turvallisuus |
| ○ Kudoseheys | ○ Verenkierto |
| ○ Lääkehoito | |

ASIAKKAAN HOIDON SUUNNITTELU (=Prosessivaihe)

CASE: 84-vuotias Anni asuu yksin kerrostalossa. Anni painaa 54 kg. Perussairauksina Annilla on verenpainetauti, DM-II sekä Alzheimerintauti. Anni kykenee liikkumaan ja pukeutumaan lähes itsenäisesti, mutta ei kykene valmistamaan ruokaansa itse. Virtsanpidätyskyky on heikentynyt ja hygienian hoitaminen tuottaa vaikeuksia. Anni on toisinaan pelokas ja hän kokee turvattomuuden tunnetta. Annin tytär Riina asuu Helsingissä ja käy tapaamassa äitiään kerran viikossa.

(Lihavoidut ja kursivoidut tekstit tulevat komponenteista ja luokituksista, tavallinen teksti on hoitajan vapaata tekstiä)

HOIDON TARVE (SHTaL)	HOIDON TAVOITTEET (Siirtyy tarpeesta)	SUUNNITELLUT TOIMINNOT (SHToL)
<p>5256 PÄIVITTÄISET TOIMINNOT →→ 5265 Ruokailuun liittyvä avun tarve Asiakas ei heikentyneen kognitiivisen toiminnan vuoksi kykene itse valmistamaan ruokaansa, eikä aina muista päivittäin syödä ja juoda tarpeeksi. 5263 Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avuntarve. Intiimihygienian hoitaminen tuottaa vaikeuksia. Suihkussa ei kykene pesemään hiuksia, jalkoja ja selkää itse. 5264 Pukeutumiseen liittyvä avuntarve Napittaminen vaikeaa.</p>	<p>PÄIVITTÄISET TOIMINNOT Asiakas saa iänmukaisen diabeetikolle soveltuvan ruokavalion ja riittävästi nestettä. Syö päivittäin vähintään puolet ruokannoksesta. Riittäväällä ruokamäärällä yleisvointi pysyy hyvänä ja makeanhimo vähenee, joka osaltaan tukee diabeteksen hoitoa ja ehkäisee lisäsairauksien syntymistä.</p> <p>Henkilökohtaisen hygienian hoito toteutuu. Asiakas kokee olonsa puhtaaksi ja raikkaaksi ja kykenee pukeutumaan siististi, toiveidensa mukaisesti.</p>	<p>1442 PÄIVITTÄISET TOIMINNOT 1248 Ravinnon saannin turvaaminen Ateriapalvelut. Aamulla puuro, 1/2 leipä ja maito. Päiväruoka lämmitetään valmiiksi. Välipalaa jätetään tarjolle. Iltapalaksi 1 ruisleipä, maito, jogurtti tms. 1119 Nesteytyksestä huolehtiminen Kehotetaan juomaan riittävästi. Raikasta juomista lasiin keittiön pöydälle. Iltakäynnillä yöpöydälle jätetään lasilinen vettä. 1249 Ruokailun seuranta Syömisestä laatua ja ruokamääriä seurataan päivittäin. Tarvittaessa tarjotaan lisäruokaa. 1261 Ravitsemukseen liittyvä ohjaus Ohjataan ruoka-aine valinnoissa ja pyritään sitouttamaan asiakas hoitoon. 1243 Ravitsemustilan seuranta</p>

		<p>Yleisvointia tarkkaillaan.</p> <p>1245 Painon kontrollointi Paino mitataan kerran kuukaudessa.</p> <p>1443 Peseytymisessä avustaminen Aamuisin avustetaan intiimipesuissa. Suihkussa avustaminen torstai iltapäivisin.</p> <p>1446 Suun ja hampaiden hoidossa avustaminen. Proteesit pestään iltakäynnillä ja laitetaan yön ajaksi tyhjään lasiin yöpöydälle.</p> <p>1445 Pukeutumisessa avustaminen Tarvittaessa avustetaan pukeutumisessa.</p>
<p>5127 LÄÄKEHOITO →→ 5140 Avun tarve lääkkeiden ottamisessa Muistihäiriöiden seurauksena asiakas unohtaa usein ottaa lääkkeensä. Lääke-laastarin vaihtaminen ei onnistu, asiakas ei kykene itse pistämään insuliinia, eikä laittamaan emätinpuikkoa.</p> <p>5141 Avun tarve lääkkeiden jakamisessa Lääkkeen jakaminen mediboxiin ei onnistu, jako virheellistä.</p>	<p>LÄÄKEHOITO Lääkkeenjako on suoritettu oikein ja asiakas saa oikean lääkkeen oikeaan aikaan. Aamuverensokeri pysyy alle 7. Lääkityksen hoitotasapaino säilyy ja dementian eteneminen hidastuu.</p>	<p>1201 LÄÄKEHOITO 1217 Lääkeinjektion anto Hoitaja pistää insuliinin, Levermir insuliini 28 ky aamulla ja Levermir insuliini 10 ky illalla</p> <p>1216 Lääke suun kautta Kotihoito antaa lääkkeet valvotusti mediboxista aamu-, päivä- ja iltakäynneillä. Iltakäynnillä Tenox 10 mg tbl. 1 x 1 ja vesilasi yöpöydälle.</p> <p>1220 Lääkelaastarin laittaminen Exelon 4 mg laastari vaihdetaan joka aamu. Kiinnityskohta vaihtuu päivittäin yksilöllisesti suunnitellun listan mukaan, joka on kotona mediboxissa.</p> <p>1221 Lääke emättimeen Hoitaja laittaa Vagifem emätinpuikon keskiviikko ja perjantai iltaisin.</p> <p>1237 Lääkkeenjako dosettiin Lääkkeet jaetaan mediboxiin parillisen viikon keskiviikkoisin iltapäivällä, voimassaolevan lääkelistan mukaan. Lääkkeet ovat asiakkaan kotona kotihoidon kaapissa.</p>

		<p>1203 Lääkkeen vaikutuksen seuranta Lääkkeiden sivuvaikutuksia sekä lääkelaastarin kiinnityskohdan ihoreaktioita seurataan. Hoitotoimissa huomioidaan Alzheimerintaudin eteneminen ja oireiden vaikutus käyttäytymiseen.</p>
<p>5204 VERENKIERTO →→ 5206 Verenpaineen muutos Huimausta. Verenpaine on ajoittain korkea. Verenpaine 178/97. Pulssi 62 epäsäännöllinen.</p>	<p>VERENKIERTO Verenpaineen lääkehoidon vaikutus saadaan sopivaksi, verenpaine pysyy hoitotasolla, huimaus vähentyy ja yleisvointi kohenee.</p>	<p>1359 VERENKIERTO 1361 Verenpaineen seuranta Verenpaine mitataan aamukäynnillä, kahden viikon ajan. Heti mittausjakson jälkeen pyydetään lääkärin arvio lääkehoidon vaikuttavuudesta.</p>
<p>5021 ERITTÄMINEN →→ 5024 Ummetus Tukala olo, Ajoittain vatsa ei toimi 5032 Virtsan pidätyskyvyttömyys Aamuyöstä virtsaaminen tapahtuu spontaanisti. Herää vasta vuoteen kastuttua.</p>	<p>ERITTÄMINEN Ummetus ja vatsan toiminnasta johtuva kipu poistuvat. Vatsa toimii vähintään joka 3. päivä. Asiakas kokee olonsa kuivaksi ja yöuni pitenee.</p>	<p>1022 ERITTÄMINEN 1026 Suoliston toiminnan ylläpitäminen Asiakkaalta kysytään vatsantoiminnasta. Tarvittaessa annetaan Movicol 1 pussi/päivä sekoitettuna lasilliseen vettä, kunnes vatsa toimii normaalisti. 1040 Virtsan pidätyskyvyttömyyden hoitaminen. Aamukäynnillä alapesujen yhteydessä pikkuhousun suojaaksi Tena lady. Iltakäynnillä ohjataan vessaan ja avustetaan inko-housujen pukemisessa. Yöksi Tenapants koko M.</p>
<p>5059 SELVIYTYMINEN →→ 5060 Heikentynyt selviytymiskyky Liikkuminen epävarmaa. Kognitiivisten ongelmien vuoksi ei selviä itsenäisesti kodinhoidollisista toimista eikä asioinneista</p>	<p>SELVIYTYMINEN Kodinhoidolliset tehtävät ja asiointit tulee hoidettua. Kotona pärjääminen mahdollistuu avustettuna. Asiakas kokee itsemääräämisoikeuden ja arvokkuutensa säilyvän.</p>	<p>1076 SELVIYTYMINEN 1078 Potilaan selviytymisen tukeminen Apteekki ja kauppalpalvelut. Asiakas osallistuu kauppalistan tekemiseen. Hoitaja valvoo, ettei kaupasta tilata diabeetikon ruokavalioon soveltumattomia verensokeria kohottavia tuotteita. Apteekkiasioinnit kerrotaan asiakkaalle. Kotihoito vie roskat ja tiskaa tiskit päivittäin. Asiakasta kannustetaan omatoimisuuteen ja pieniin as-</p>

		kareisiin. Tytär hoitaa siivouksen järjestämisen.
<p>5324 KUDOSEHEYS →→ 5327 Ihon rikkoutumisen riski Iho kuiva ja jalat hilseilee, riski saada vaikeahoitoinen säarihaava.</p>	<p>KUDOSEHEYS Jalkojen iho pysyy terveenä, eikä synny säarihaavoja.</p>	<p>1540 KUDOSEHEYS 1541 Ihon kunnon seuranta Varpaanvälit tarkistetaan päivittäin. Varotaan jalkojen ihon rikkoutumista. Kynnet pidetään lyhyinä, tarvittaessa tilataan jalkahoitaja. Puh. 04000 1545 Ihon perushoito Jalat rasvataan päivittäin perusvoiteella.</p>
<p>5269 PSYKKINEN TASAPAINO →→ 5288 Masentuneisuus / Varmuuste: varma 5282 Ahdistuneisuus 5283 Pelokkuus Asiakas levoton, kokee itsensä yksinäiseksi ja on pelokas.</p>	<p>PSYKKINEN TASAPAINO Asiakas kokee hoitosuhteen turvalliseksi. Mieli virkistyy ja ahdistus väistyy. Omaaloitteisuus säilyy.</p>	<p>1464 PSYKKINEN TASAPAINO 1484 Mielialan seuranta Toimintakykyä ja mielialaa seurataan päivittäin. 1493 Läsnaolo Asiakasta kuunnellaan ja tuetaan keskustelun avulla. Mietitään asiakkaan kanssa toiminta ja virkistysmahdollisuuksia. 1491 Psykkinen tuki Autetaan löytämään ratkaisuja ja uusia näkökulmia ongelmiin. Hoitotoimissa huomioidaan sairaudesta johtuvat mieliala- ja käytösoireet ja niihin vaikuttavat tekijät.</p>
<p>5000 AKTIVITEETTI →→ 5015 Unettomuus Nukahtaminen usein vaikeaa 5007 Liikunnan vähäisyys Muistamattomuuden vuoksi ei kykene ulkoilemaan yksin.</p>	<p>AKTIVITEETTI Asiakas nukkuu riittävän, säännöllisen yön. Kykenee liikkumaan sisätiloissa itsenäisesti ja lihaskunto säilyy.</p>	<p>1000 AKTIVITEETTI 1019 Unta tai valvetilaa edistävä toiminta Iltäkäynnillä sammutetaan valot ja laitetaan sälekaihtimet kiinni. Eteisvalo jätetään palamaan. Asiakasta muistutetaan ottamaan yöpöydälle kipotettu unilääke, katso ystävällisesti lääkehoito. 1004 virikkeiden järjestäminen Tytär käy asiakkaan kanssa ulkoilemassa, ulkoilua pyritään lisäämään mahdollisuuksien mukaan.</p>

<p>5216 AINEENVAIHDUNTA →→ 5219 Verensokeri muutos Verensokeriarvot vaihtelevat. Asiakas syö lähes päivittäin sokeripitoisia ruoka-aineita, jotka kohottavat veren sokeria.</p>	<p>AINEENVAIHDUNTA Aamuverensokeritaso pysyy alle 7.</p>	<p>1379 AINEENVAIHDUNTA 1381 Verensokerin tarkkailu ja hoito Verensokeri mitataan keskiviikko ja perjantai aamuisin.</p>
<p>5324 KUDOSEHEYS →→ 5334 Genitaalialueen limakalvo-muutokset Genitaalialueen kuivuus ja kirvely.</p>	<p>KUDOSEHEYS Genitaalialueen limakalvot pysyvät eheänä, kirvely helpottuu. virtsatie-infektioriski vähenee.</p>	<p>1540 KUDOSEHEYS 1560 Genitaalialueen perushoito Hoitaja kiinnittää perushoidossa erityistä huomiota genitaalialueen limakalvojen kuntoon. Katso ystävällisesti lääkehoito</p>
<p>5236 TURVALLISUUS →→ 5248 Tapaturmariski Unohtaa hellan päälle. 5251 Kaatumisriski Ympäristön, sairauksien ja elimistön ikääntymisen myötä syntyvät riskit</p>	<p>TURVALLISUUS Ympäristö on mahdollisimman turvallinen. Asiakas saa tietoa ja kykenee tunnistamaan vaaratilanteita. Ymmärtää riskien merkityksen ja varotoimien merkityksen terveydelleen.</p>	<p>1402 TURVALLISUUS 1409 Turvallisen ympäristön järjestäminen Hellan ajastin käytön jälkeen nollille. Tytär vähentää tarpeettomien tavaroiden ja mattojen määrää. Ohjataan ja annetaan tietoa yleisimpien vaaratilanteiden välttämiseksi.</p>

LÄHTEET: Hartikainen, K., Häyrynen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmaa, J. & Suhonen, M. 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas Ydintietojen, otsikoiden ja näkymi- en sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. Suomen Kuntainliitto, Kuopion yliopisto & työryhmä. / Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaami- sen toteutuminen. Pro Gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. / Saranto, K., Ensio, A. & Sonninen A. L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Wsoy: Helsinki./ Takaluoma, M. 2010. Hoitotyön kirjaaminen & prosessijattelumalli. Luento 16.3.2010. Tantt, K. 2008. FinCC. Suomalainen hoitotyön tarveluokitus SHTaL versio 2.0.1. / Tantt, K. 2008. FinCC. Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL versio 2.0.1. Quinn L. & Gordon J. 2010. Documentation for rehabilitation. Elsevier Ltd: Oxford.

Lepolanmäen kotihoito

Jaana Halme

Pyydän teitä arvioimaan eNNi -hankkeen aikana syntynyttä osaamista, kehittymistä ja muutosta arviointilomakkeeseen numeraalisin vastauksin.

Kysymykset etenevät teemoittain. Valitkaa jokaiseen kysymykseen vain yksi vaihtoehto, ympyröimällä se. Täytähän lomakkeen 9.9.2010 mennessä. Haen täytetyt lomakkeet 10.9.2010.

Vastausvaihtoehdot:

- 1 = Täysin eri mieltä
- 2 = Jokseenkin eri mieltä
- 3 = En osaa sanoa
- 4 = Jokseenkin samaa mieltä
- 5 = Täysin samaa mieltä

Prosessin kuvaaminen

1. Olen osallistunut aktiivisesti hankkeen koulutuksiin ja hankkeen muuhun toteutukseen.

1 2 3 4 5

2. Minulla on ollut mahdollisuus vaikuttaa riittävästi uuden toimintamallin rakentamiseen.

1 2 3 4 5

3. eNNi -hankkeen toimintamalli (Lbd) on edistänyt työyhteisön sitoutumista muutokseen.

1 2 3 4 5

Tulosten kuvaaminen

4. Näyttöön perustuva tiedon hyödyntäminen on lisääntynyt

1 2 3 4 5

5. Moniammatillinen yhteistyö työyhteisössä on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistäni.

1 2 3 4 5

6. Koen, että kirjaaminen on muuttunut laadukkaammaksi.

1 2 3 4 5

7. Perustelut, miten?

8. Millaisia muutoksia hanke on tuonut ammatilliseen osaamiseeni?

Kontekstin kuvaaminen

9. Lähiesimieheni on tukenut hyvin työyhteisön kehittymistä.

1 2 3 4 5

10. Ammattikorkeakoulun vastuuhenkilöiden (opettajat, opiskelijat, informaattikko) toiminta on edistänyt hyvin työyhteisön toimintatavan kehittämistä.

1 2 3 4 5

11. Työyhteisöjen yhdysenkilöiden toiminta on tukenut hyvin työyhteisön kehittymistä.

1 2 3 4 5

12. Verkkoympäristö informaatiofoorumina on edistänyt hyvin kehittymistäni.

1 2 3 4 5

13. Työyhteisön ilmapiiri on edistänyt myönteisesti kehittymistäni.

1 2 3 4 5

Vaikutusten kuvaaminen

14. Uskon kirjaamisen jäsentyvän paremmin rakenteisen kirjaamisen myötä.

1 2 3 4 5

15. Olen sitoutunut moniammatillisen / rakenteisen kirjaamisen uudistukseen.

1 2 3 4 5

16. Uskon työyhteisön ajattelu- sekä toimintatavan muuttuvan.

1 2 3 4 5

17. Mitä koette uuden toimintatavan toteutumisen edellyttävän tulevaisuudessa työyhteisöltä?

Kiitos osallistumisestanne!