



LAUREA

Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osaston hoitotyön yhteenvedon kehittäminen



Sirkiä, Reetta

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osaston hoitotyön yhteenvedon kehittäminen

Reetta Sirkiä
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2011

Laurea Lohja
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Reetta Sirkiä

Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osaston hoitotyön yhteenvedon kehittäminen

Vuosi	2011	Sivumäärä	51
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osaston hoitotyön kirjaamisen uudistamista. Tehostetun valvonnan osaston kehittämiskohteena oli tehdä hoitotyön yhteenvedolomake. Hoitotyön yhteenvedolla haluttiin yhtenäistää osaston tapaa antaa raporttia potilaan hoidosta. Tavoitteena oli selkeyttää ja helpottaa kirjallisen raportin antoa sekä korvata vanha toimintapa.

Uudistus kuuluu HUS:n Lohjan sairaanhoitoalueeseen ja Lohjan Laurea- ammattikorkeakoulun hoitotyön kirjaamisen kehittämishankkeeseen, joka on osa valtakunnallista eNNI-hanketta. eNNI-hankkeen taustalla ovat aiemmat hoitotyön systemaattisen kirjaamisen hankkeet: sähköinen dokumentoinnin hanke Hoidok (2005-2007) ja hoitotyön tiedot -hanke Hoidata (2007-2009). eNNI-hankkeen tavoitteena on hoitotyön kirjaamisen uudistaminen sekä hoitajien, hoitotyön opiskelijoiden ja opettajien kirjaamisen osaamisen kehittäminen.

Kirjaamisen kehittämishankkeessa olivat mukana Lohjan sairaalan kolme vuodeosastoa, tehostetun valvonnan osasto, dialyysiyksikkö ja ihotautienpoliklinikka sekä Paloniemen psykiatrisen sairaalan neljä vuodeosastoa. Hanke toteutettiin vuosina 2010 - 2011. Hankkeen tarkoituksena oli työyhteisöjen osaamisen kehittäminen prosessimukaisessa kirjaamisessa sekä niiden hoitotyön kirjaamisen muuttaminen.

Työryhmässä oli mukana osaston henkilökuntaa sekä sairaanhoidon opiskelija. Tehostetun valvonnan osaston kirjaamisen kehittämiskohteena oli hoitotyön yhteenvedon kehittäminen. Kehittämistoiminnan teorian tietopohjana käytettiin Ydintieto-opasta (versio 3.0), kirjaamista koskevaa lainsäädäntöä sekä kehittämiskohteeseen liittyvää teorialtietoa. Juurruttamismenetelmää käytettiin toteuttamaan kehittämistoiminnanprosessia. Kehittämistoiminnan aikana pidetyistä seminaareista ja koulutustilaisuuksista saatiin ohjausta. Hoitotyön yhteenvedolla tarkoitetaan tiivistelmää potilaan saamasta hoidosta ja hoitoon liittyvistä toimenpiteistä sekä lääkityksestä. Tiivistelmästä löytyy oleellisin tieto potilaan hoitojaksosta.

Työyhteisössä kehittämistoimintaa vei eteenpäin työryhmä, joka toiminnallaan välitti tietoa yhteisöön. Opiskelija toi teoreettista tukea ja toteutti teema- ja arviointikyselyt. Kehittämistoiminnan arvioinnissa arvioitiin työryhmän toimintaa ja uuden toimintatavan käyttöönottoa osastolla. Tulokset kertoivat, että työyhteisö on innostunut uudesta toimintatavasta, mutta epäilee sen käytännöllisyyttä. Hoitotyön yhteenvedon käyttöönotto jokapäiväisessä hoitotyössä jatkuu edelleen juurruttamalla.

Hoitotyön yhteenvedo on keskeisessä asemassa potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Vastanottava hoitaja näkee yhteenvedosta kaiken oleellisen tiedon potilaan hoidosta, hänen saapuessa jatkohoitopaikkaan. Tämän opinnäytetyön tuotosta voidaan jatkossa hyödyntää, kun tarvitaan tietoa rakenteisesta ja sähköisestä kirjaamisesta, sähköiseen kirjaamiseen liittyvästä juridiikasta sekä hoitotyön yhteenvedosta. Työ toimii tukena nykyisille ja uusille työntekijöille, kun he ottavat hoitotyön yhteenvedon käyttöön.

Asiasanat: juurruttaminen, hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön yhteenvedo

Reetta Sirkiä

The Development of Summary Form at the Intensified Monitoring Ward of Lohja Hospital
Year 2011 Pages 51

The purpose of this thesis was to describe the reformation of nursing documentation in the ward of intensified monitoring in the Lohja hospital. The development target of the ward of intensified monitoring was to make a summary form of nursing. The function of the nursing summary was to standardize the department's way of making a report on the treatment of a patient. The goals were to clarify and facilitate the making of a written report as well as to replace the old method.

The reformation is a part of a development project of nursing documentation of the Lohja hospital in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa and Laurea University of Applied Sciences in Lohja. The development project is a part of the national eNNi project. In the background of the eNNi project there are previous projects of systematic nursing documentation: electronic documentation project Hoidok (2005-2007) and Hoidata, a project of nursing data (2007-2009). The goal of the eNNi project is reforming nursing documentation as well as developing the documentation know-how of nurses, nursing students and teachers.

The participants of the documentation development project were three wards, the ward of intensified monitoring, dialysis unit and dermatology outpatient ward of the Lohja hospital as well as four wards in the Piloniemi psychiatric hospital. The project was carried out during 2010-2011. The purpose of the project was developing the know-how of work communities in documentation accordant with the process as well as changing their nursing documentation. The work group consisted of personnel of the ward as well as a nursing student. The development target of the department of intensified monitoring was developing a summary of nursing. As a knowledge base in the theory of development operations, Ydintieto guidebook (version 3.0), legislation relating to documentation as well as theoretical data related to the development target were used. Dissemination method was used to realize the process of development operations. Guidance was given on the seminars and education events held during the development operations.

Nursing summary refers to a summary of the treatment given to a patient as well as measures and medication related to the treatment. A summary includes the most essential information of the patient's treatment period. In the work community, the development operations were advanced by a work group which, with its operations, conveyed information to the community.

The student provided theoretical support and realized the theme and evaluation inquiries. In the evaluation of the development operations, the operations of the work group and introduction of the new method in the department were evaluated. The results showed that the work community is enthusiastic about the new method, but is doubtful of its practicality. Introduction of the nursing summary in everyday nursing continues further with the help of the dissemination method.

The nursing summary is in a central position when the patient moves on to a further treatment location. The receiving nurse will see all essential information of the patient's treatment from the summary when the patient arrives at the further treatment location. The results of this thesis can be utilized in the future when information is needed about structural and electronic documentation, laws related to electronic documentation as well as the nursing summary. This work acts as a support for present and new employees as they are introduced to the nursing summary.

Key words: dissemination method, nursing documentation, structural nursing documentation, nursing summary

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämistoiminnon menetelmät	7
2.1	Juurruttaminen	7
2.2	Kysely ja sisällön analyysi	9
2.3	Kehittämistoimintoja ja muutoksen edistämistä	10
3	Kehittämistoiminnan ympäristö	10
4	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut	12
4.1	Hoitotyö.....	12
4.2	Hoitotyön luokitukset	13
4.3	Hoitotyön yhteenveto	14
4.4	Hyvä hoitotyön kirjaaminen.....	15
4.5	Sähköistä kirjaamista koskeva lainsäädäntö.....	16
4.6	Asetus potilasasiakirjoista	18
4.7	Kokemuksia hoitotyön sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönotosta	19
4.8	Vertailua sähköisen kirjaamisen kokemuksista	21
5	Kehittämistoiminnan toteutus	22
5.1	Nykytilanne tehostetun valvonnan osastolla	22
5.2	Kehittämiskohteen valinta.....	26
5.3	Uusi toimintatavan mukainen oppiminen	27
5.4	Teoreettisen ja tutkitun tiedon hakeminen	27
6	Uusi toimintatapa	27
7	Kehittämistoiminnan arviointi	31
7.1	Kehittämistoiminnan arvioinnin teoreettiset perusteet.....	31
7.2	Teoriatietoa aineiston käsittelystä.....	32
7.3	Kyselyn toteutus.....	32
7.4	Työryhmän toiminnan arviointi	37
7.5	Uuden toimintatavan arviointi	37
	Lähteet	39
	Kuviot	42
	Kaaviot.....	42
	Taulukot	42
	Liitteet.....	43

1 Johdanto

Valtakunnallinen eNNI-hanke aloitettiin vuonna 2008. Hanke liittyy sähköiseen kirjaamiseen ja se toteutettiin yhteistyössä ammattikorkeakoulujen ja hoitotyön työelämän edustajien kanssa. Ennen eNNI- hanketta Suomessa oli vuosina 2007-2009 HoiData-hanke. Kansallisesti yhteinäiset hoitotyön tiedot -hankkeen (HoiData) päätavoitteena oli esittää standardoitavaksi HoiDok- kehittämishankkeen kehittämiskohteena ollutta hoitotyön systemaattista kirjaamismallia ja sen juurruttamista käytäntöön. Seuraajana Hoidata-hankeelle on eNNi- hanke vuosina 2008-2012. (Ikonen 2008; Kansallisesti yhteinäiset hoitotyön tiedot- hanke 2009, 3-6.)

Lohjalla eNNi- hanke käynnistyi keväällä 2008. eNNi- hanke on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Lohjan sairaalan hanketta. Työ on raportti Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osaston työryhmän toiminnasta, kun osasto siirtyi kehittämään ja toteuttamaan hoitotyön yhteenvetoa. Hankkeen koordinoijana on Laurea- ammattikorkeakoulu ja hankkeeseen kuuluu 19 ammattikorkeakoulua ympäri Suomea.

Tavoitteena oli tehdä uusi toimintamalli työyhteisöön ja toimintamallin tarkoitus on olla hoitotyön yhteenveto potilaan saamasta hoidosta. Siirryttäessä sähköiseen kirjaamiseen hoitajien tulee hallita hoitotyön prosessi, suomalainen tarve- ja toimintoluokitus sekä osata käyttää näitä työvälineitä.

Työ käsittelee juridiikkaa ja työyhteisöön tehtyä haastattelua ja tämän tuloksena saatua kehittämiskohdetta. Lopuksi arvioitiin ja pohdittiin tuloksia. Opinnäytetyön osana ovat myös kehittämismenetelmien käyttö, teemakysymykset sekä arviointi.

Keväällä 2010 aloitettiin yhteistyö työyhteisöjen kanssa. Syksyllä toteutettiin sähköpostikysely ja analysoitiin siitä saadut tulokset. Keväällä 2011 työyhteisön kanssa suunniteltiin hoitotyön yhteenveto, joka otettiin osastolla käyttöön.

Opinnäytetyö on osa sairaanhoitaja AMK -tutkintoa. Työn myötä kehitettiin ammattitaitoa, koska oltiin oltu jäsenenä työympäristön hankkeessa. Opinnäytetyö on toimintakeskeinen työ, ja sen tavoite on olla tukena työyhteisölle heidän kehittäessä kirjaamista vuosina 2010-2011.

2 Kehittämistoiminnon menetelmät

2.1 Juurruttaminen

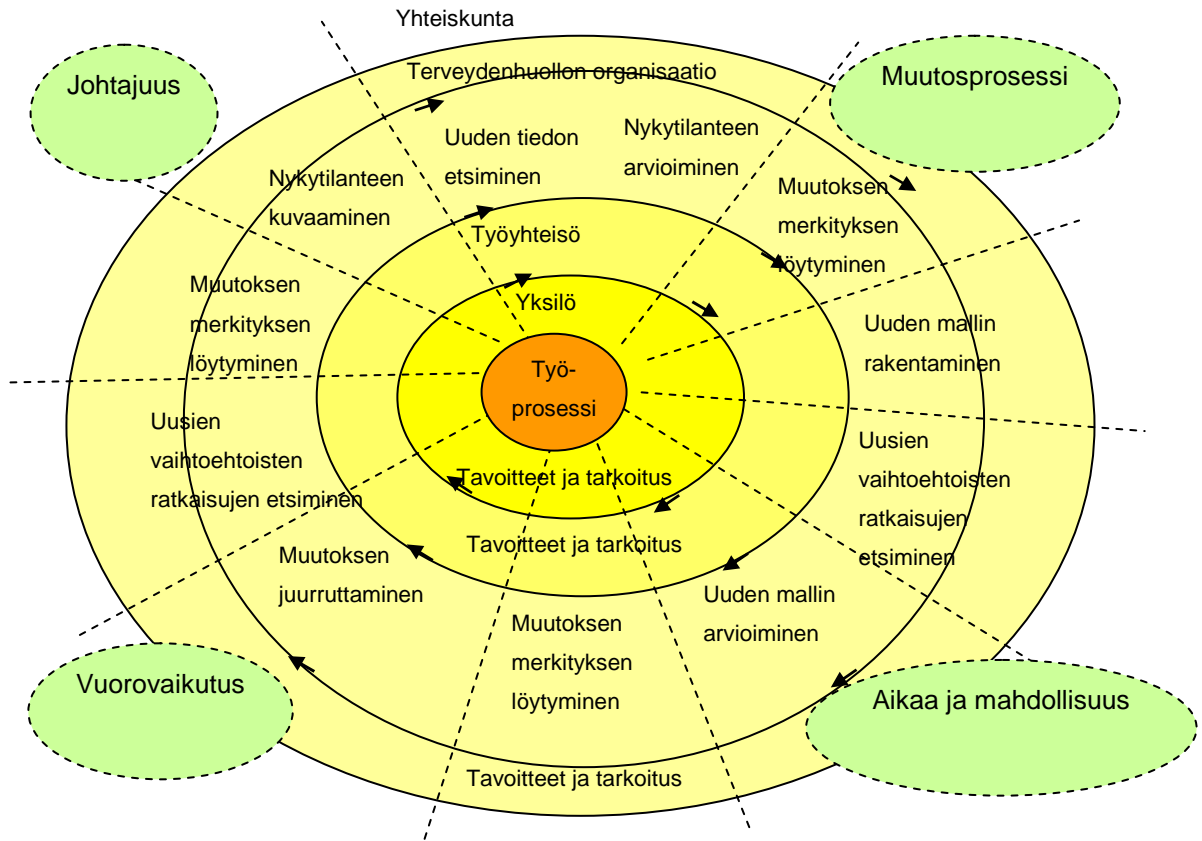
Tässä työssä kehittämismenetelmänä käytettiin juurruttamista. Juurruttaminen on kehittämistoiminnan menetelmä. (Ikonen 2008; Vyakarnam, Illes, Kolmos & Madritsch 2008, 9; Ora-Hyytiäinen 2009, 7.)

Juuruttaminen on lähtöisin japanilaisten kehittämästä yhteisöllisestä oppimisprosessista, jossa kahdenlaista tietoa käsitellään perustana tavoitteellinen ja tietoinen organisaation yhteisöllinen oppimisprosessi (Ora-Hyytiäinen & Rajalahti 2006, 14). Tämän tarkoituksena on ammattikorkeakoulun ja työelämän vastavuoroinen toiminta. Opiskeluprosessin tavoitteena on yhteistyön syventäminen kumppanuudeksi ja se sitoutuu alueelliseen sekä seudulliseen hoitotyön kehittämiseen. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 7; Ikonen 2008; Vyakarnam ym 2008, 9.)

Keskeinen asia kehittämistoiminnassa on, että osallistujien aktiivisuus sekä kiinnostus koetaan arvokkaana ja osallistujien osaamista arvostetaan. Työyhteisöllä on ammattitaitoa ja osaamista joka kuuluu hoitotyön toteuttamiseen. Ulkopuolista näkökulmaa tuovat opiskelijat ja ohjaajat. Opiskelija voi osallistua hoitotyöhön ja näin hän tuo omaa osaamista työyhteisöön. Opettajan ja opiskelijan osaamiseen liittyvät teoria tiedon hankinta, oleellisen tiedon tunnistaminen, tietokantojen käyttö ja tiedon luotettavuuden arvio. (Ahonen ym. 2005, 5.)

Kun osaamisen kehittämisen perusteena on tutkittu tieto ja oletus kahdenlaisesta tiedonluonteesta, tällöin kyseessä on juurruttamisen oppimisprosessi. Teoriatieto on tutkittua ja näkyvää. Jo olemassa olevaa hiljaista tietoa voidaan käyttää uuden tiedon pohjana. Hiljaiseksi tiedoksi kutsutaan äänetöntä tietoa, mikä liittyy toimintaan ja on subjektiivista Juurruttamisesta hyötty uuden tiedon tuottamisessa sekä yksilö että yhteisö. (Ahonen ym. 2005, 4; Ikonen 2008; Kivisaari 2001, 18-21.) Juurruttamisprosessin aikana ja prosessin lopussa tehdään arviointia, jolla on suuri osa juurruttamisprosessissa (Ikonen 2008).

Juuruttamisen kehittämistoiminta on jaettu kuuteen kierrokseen: 1. tunnistetaan kehittämistoiminnan merkityksen, 2. kuvataan nykytilanne, 3. käsitellään hiljaista tietoa ja etsitään kehittämiskohde, 4. haetaan teoreettista ja tutkittua tietoa, 5. muodostetaan uusi toimintamalli, 6. opetellaan kirjaamaan kansallisen hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaan (Kuvio 1) (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 144-145.)



Kuvio 1: Juurruttaminen 2.0 (Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 144-145)

Juuruttamisesta on hyötyä uuden oppimisessa. Sen myötä hyötyä saadaan tekemisestä, käytäytymisestä sekä vuorovaikutuksesta. Oppimisen keskeisenä tavoitteena on luoda uutta tietoa ja ymmärrystä. Juurruttamista kutsutaan yhteisölliseksi oppimisprosessiksi. Tukiverkoston tarvitaan innovaation rakentamiselle. (Kivisaari, Saranummi & Parviainen 2004, 17.)

Vuorovaikutuksella on suuri merkitys juurruttamisprosessissa. Näin siksi, että voidaan todeta juurruttamisprosessin olevan jatkuvaa vuorovaikutuksen kehitystä. Prosessin edetessä roolit voivat muuttua kesken kaiken ja innovaation esittelijästä voi tulla verkoston yksi osapuoli. Keskeiseksi elementiksi juurruttamisessa nousee runsas vuorovaikutus toimijoiden kesken. Nykypäivän terveydenhuollon johtamisessa on tehtävä juurruttaminen mahdolliseksi. (Kivisaari 2001, 8; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16–19.)

Työyhteisön läsnäolo ja sen aktiivinen osallistuminen kehittämistoimintaan edistää toiminnan positiivista mieltämistä koko työyhteisön tehtäväksi. Esimiehen on oltava turvallisen ja avoimen ilmapiirin luoja, kun tehdään juurruttamista. Hänen on edistettävä vuorovaikutusta, kannustettava henkilökuntaa ja toimijoita, mahdollistettava osallistuminen sekä sallittava tuleva muutos. Esimies arvioi ja seuraa käytännön muodostumista uuden toimintamallin mukaiseksi. Uusi toimintamalli on osa jokapäiväistä työtä koko muutosprosessin ajan ja sen jäl-

keen. Uuden työskentelytavan juurruttamisessa sekä juurtumisessa keskeiseksi asemaksi nousee runsas vuorovaikutus työntekijöiden, esimiesten ja muiden prosessiin osallistujien välillä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 6- 7, 16.)

Uuden toimintamallin käytäntöönotto juurruttamisella saattaa aiheuttaa erilaisia tunteita työyhteisössä. On hyvin epätodennäköistä, että kaikki työyhteisössä olisivat innokkaita kehittämään samaa kohdetta. Juurruttaminen ei tapahdu nopeasti, vaan on varattava tarpeeksi aikaa. Tulevaisuuden kannalta olisikin hienoa, jos työyhteisössä olisivat töissä pitkään samat henkilöt, jotka ovat olleet mukana kehittämistoiminnassa. Työyhteisössä tulisi olla samantyylinen näkemys siitä, mihin suuntaan hoitotyötä ollaan kehittämässä. (Ora-Hyytiäinen 2006, 16; Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2007, 29-30.)

2.2 Kysely ja sisällön analyysi

Teemakyselyssä käytetään samoja kysymyksiä samassa järjestyksessä kaikille kyselyyn osallistuville. Tämä tarkoittaa, että teemakysely on puolistrukturoitu menetelmä. Tyypillistä on, että teemakyselyssä kysymykset on tehty tietyistä aihepiiristä. Kyselyt ovat usein kokeneet samantyyllisen tilanteen, ja kysely suunnataan tutkittavien subjektiivisiin kokemuksiin. Kyselyllä voidaan myös tutkia osallistujien tunteita, kokemuksia, ajatuksia sekä hiljaista kokemus-tietoa. Näin osallistujat tuovat esiin omaa elämysmaailmaansa. Kysely antaa mahdollisuuden tuoda kohderyhmän omat ajatukset ja äänet kuuluviin. Kyselystä saatu tieto kuuluu aina siihen tutkimusympäristöön, mihin kysely on tehty. Kysely voi olla kvalitatiivinen (laadullinen) tai kvantitatiivinen (määrällinen). (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47-48.)

Tekstin ja suullisen tuotoksen analysointiin tarvitaan sisällönanalyysia. Sen avulla saadaan kirjallisista tuotoksista havaintoja, ja niitä analysoidaan järjestelmällisesti. Sisällönanalyysia käyttäen voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkitysten sekä seurauksien välisiä yhteyksiä. Sisällönanalyysin tarkoitus on saada saatu aineisto tiiviiksi siten, että aineisto on esitetty selkeästi. Näin ollen aineisto tiivistyy lyhyeksi, ytimekkääksi ja ymmärrettäväksi. Analyysia tehdessä on huomioitava, että aineistosta on eriteltävä samankaltaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21-23.) Sisällönanalyysiprosessi jaetaan eri vaiheisiin, joita ovat analyysiyksikön valinta, tutustuminen aineistoon, pelkistäminen, aineiston ryhmitely ja sen tulkinta sekä analyysin luotettavuuden arviointi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24-37.)

Pelkistäminen on ensimmäinen vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä. Pelkistämistä on se, että saadut vastaukset yksinkertaistetaan. Toisena vaiheena aineisto ryhmitetään, jossa pelkistetyistä tiedoista etsitään samankaltaisuuksia ja eroja. Samantyylliset ilmaisut luokitellaan omiksi luokikseen, ja ne otsikoidaan sisältöä kuvaavaksi. Tämän jälkeen tehdään abstrak-

tointi, jossa samankaltaisista sisällön luokista voidaan tehdä yläluokkia. Viimeisenä vaiheena tulee arviointi, jossa arvioidaan analyysin luotettavuus. Tekijän on tehtävä sisällönanalyysi siten, että se etenee loogisesti ja yhtenäisesti tulosten ja aineiston välillä. Lukijan on varmistuttava tekstin luotettavuudesta. (Janhonen&Nikkonen 2001, 24-37.)

2.3 Kehittämistoimintoja ja muutoksen edistämistä

On olemassa erilaisia eri lähestymistapoja ja keinoja, joita voidaan hyödyntää työyhteisön kehittämistä ajatellen. Menetelmät toimivat erilailla eri tilanteissa. Samoja menetelmiä käytettäessä voidaan saada hyvinkin erilaiset lopputulokset aikaan. Toisaalta taas eri menetelmät voivat tuoda hyvinkin samanlaisen lopputuloksen. Työyhteisön mieltymykset ja se millainen kehitettävä tilanne on, vaikuttavat menetelmän valintaan. (Valtionkonttori 2006.) Voimavara- ja ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa muutetaan ongelmakohdat tavoitteiksi, ja niistä keskustellaan siten, että jokaisen työyhteisön jäsenen on oltava paikalla Tämä tapa edistää vuorovaikutustaitoja, luo toiveikkuutta sekä yhteistyöhalukkuutta. Keskeisenä keskitienä ovat pienet edistysaskeleet ja työyhteisön voimavarat. Pyritään keskustelemaan ongelmista ja epäkohdista, ne eivät ole jumittavina tekijöinä. (Valtionkonttori 2006.)

Muutoksen hallintaan tarvitaan muutakin kuin keskusteluja. Hallinta tarvitsee muutosta jäsentäviä ja ennakkointia mahdollistavia työkaluja. Kun tutkitaan prosesseja yhdessä, voidaan päästä kiinni siihen, miten arkityössä jaksamisongelmat rakentuvat. Tähän liittyen tarvitaan materiaalia siitä, miten työtä tehdään, millaisia häiriötekijöitä työnteossa on ja miten ne vaikuttavat. Myös aineiston analysointiin on oltava mahdollisuus ja tavoitteena on kyseenalaistaa nykyiset toimintatavat. Tässä on kyseessä omaa työtä koskeva oppimisprosessi, johon osallistuvat kaikki työntekijät. Tätä kehittävä työntutkimuksen lähestymistapaa hyödyntäen on kehitetty kehittämismenetelmiä, mm. muutoslaboratoriot ja kehitysvuoropuhelut. (Valtionkonttori 2006.)

3 Kehittämistoiminnan ympäristö

Lohjan sairaalan tehostetussa valvonnassa on kuusi potilaspaikkaa. Valvonnassa hoidetaan koko sairaalan tehostettua valvontaa vaativat aikuispotilaat. Suurin osa potilaista tulee päivystyspoliklinikan kautta. Eniten potilaita on sisätautien erikoisalalta, noin 60% kaikista potilaista. Noin 25% potilaista on kirurgisia, ja loput potilaat jakautuvat neurologian ja keuhkosairauksien erikoisalojen kesken. Hengityskonepotilaiden ja erilaisten non-invasiivisten ventilaattoripotilaiden hoito on keskitetty tehostettuun valvontaan. Osastolla on käytössä paljon laitteita, joten teknistä osaamista tarvitaan, että saadaan potilaalle parasta mahdollista hoitoa. Tällaisia laitteita ovat mm. hengityskoneet, ulkoiset tahdistimet ja sydänfilmikone eli EKG-monitori. (HUS 2008a.)

Osastolla työskentelevät eri erikoisalojen lääkärit, 15 vakituista sairaanhoitajaa sekä osastonhoitaja. Aamuvuorossa on neljä sairaanhoitajaa, iltavuorossa kolme ja yövuorossa kaksi sairaanhoitajaa. Moniammatillinen ja sujuva yhteistyö on välttämätöntä, jotta potilas saa nopeasti tarvitsemansa avun usein kriittisessäkin tilanteessa. Lääkärit ja erikoislääkärit ovat osastolla käytettävissä. Henkilökuntaa kehitetään ja tietoa päivitetään jatkuvasti. Näin saadaan potilaalle sekä heidän omaisilleen laadukasta hoitoa ja tukea. Lohjan sairaala toimii myös opetussairaalaana. (HUS 2008b.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS kattaa 24 sairaalaa Uudellamaalla ja Itä-Uudellamaalla. HUS on kuntayhtymä, jonka omistavat 29 kuntaa. Näitä kuntia ovat kaikki kunnat Uudellamaalla sekä kuusi kuntaa Itä-Uudellamaalla. HUS on jaettu viiteen sairaanhoitoalueeseen. Näitä ovat Helsingin yliopistollinen keskussairaala HYKS, Hyvinkään-, Lohjan-, Länsi-Uudenmaan, sekä Porvoon sairaanhoitoalueet. (HUS 2010.)

HUS:n ydintehtäviin kuuluu tuottaa asiakkaille erikoissairaanhoidon palveluita. HUS tekee yhteistyötä perusterveydenhuollon, yliopiston sekä muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Sairaalan henkilökunnan työntekijöiden työtä ohjaavat HUS:n arvot. Arvoja ovat saavuttaa huipputuloksia yhteistyöllä, tahto toimia edelläkävijänä sekä arvostus sekä asiakkaita että työkavereita kohtaan. Työtä tehdään arvojen pohjalta. Arvoja luodaan yhdessä luottamuksen, avoimuuden ja osaamisen sekä verkostoitumisen kautta. HUS:ssa on vankka tahto toimia edelläkävijänä. Tämä näkyy innovatiivisuutena asiakkaiden parasta ajatellen ja tulevaisuuden mahdollisuuksia hyväksi käyttäen. Asiakkaiden arvostus ja tasa-arvoinen hoitotyö kuuluu HUS:n arvomaailmaan. Asiakkaita hoidetaan oikeudenmukaisesti ja vastuullisesti, suvaitsevaisuutta noudattaen. Nämä seikat pätevät myös työtovereihin. Myös ympäristöasiat ovat HUS:lle tärkeitä, ja HUS ottaa vastuun omalta osaltaan jätteiden lajittelusta ja kierrätyksestä. (HUS 2008a.)

Opinnäytetyö tehtiin HUS:n arvojen mukaisesti ja ammattietiikkaa noudattaen.

HUS:n kirjaamisen malliin on olemassa käsikirja, jonka on koonnut hoitotyön kirjaamisen asiantuntijaryhmä. HUS:ssa on kehitetty moniammatillinen otsikkolista hoitotyön kirjaamista varten. Otsikkolistaa täydennetään hoitotyön otsikoilla. Käsikirja etenee loogisesti hoitotyön prosessin mukaisesti ydintiedot huomioon ottaen. Hoitoprosessi etenee niin, että ensin tulee hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Käsikirja käsittelee hoitotyön kirjaamisen periaatteita HUS:ssa eli sitä, miten ja mitä kirjataan. Käsikirjan tarkoitus on olla laadukkaana apuvälineenä, kun siirrytään paperikirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen. Käsikirjassa on huomioitu potilasasiakirjojen laatimisia koskevat lait ja asetukset. Vaikka kyseessä on moniammatillinen työväline, tässä käsikirjassa huomioidaan hoitotyön kirjaaminen, vain hoitotyön näkökulmasta. (Junttila ym 2010, 1-3.)

4 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

4.1 Hoitotyö

Hoitotyö on käsitteenä laaja. Hoitotyöllä vaikutetaan ihmiseen kokonaisvaltaisesti siten, että huomioidaan ihmisen psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus. Hoitotyöllä autetaan avun tarpeessa olevaa ihmistä tai tuetaan häntä tarpeen vaatimalla tavalla. Hoitotyötä voidaan määritellä myös siten, että se on yhteiskunnan laillistamaa ammatillista työn harjoittamista, jonka taustalla on koulutuksesta saatu teoriatieto, käytännön taito ja ammattietiikka. Hoitotyö on sairauksien ennalta ehkäisemistä, terveyden lisäämistä sekä terveystieteistä. Hoitotyö ei siis pelkästään ole sairaan ihmisen hoitamista tai auttamista niissä toiminnoissa, joista ihminen ei itse pysty suoriutumaan. (Loikkanen 2003, 7-8.)

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan asiakkaan tai potilaan hoitoprosessin eri vaiheiden tarkkaa kirjaamista läpi koko hoitojakson. Kirjaaminen tehdään siihen tarkoitettulle lomakkeille tai sähköisesti tietokoneelle. Kirjaamisen lähtökohdat ovat kaikille samat, mutta kirjaamisen lomakkeita tai käytännön tapoja on monia erilaisia. Kirjaamisella on tärkeä tarkoitus. Se lisää potilasturvallisuutta, koska se on ainoa kirjallinen tapa jolla tieto siirtyy. Se edistää hoidon jatkuvuutta sekä parantaa potilaan hoitoa ja hoidon tavoitteellisuutta. Kirjaaminen auttaa myös tutkittaessa annetun hoidon vaikuttavuutta. Näin ollen voidaan selata potilaan hoitohistoriaa, jos potilas joutuu sairaalaan esimerkiksi saman vaivan vuoksi. Suullisesti annettu tieto unohtuu herkästi. Kirjaaminen on tärkeää kehittäessä hoitotyötä ja työn laadunvarmentamista. (Loikkanen 2003, 10-14.)

Kirjassa Hoitotyön osaaminen (Kassara ym. 2006, 33-37) todetaan hoitotyön olevan tietoa potilaan hoidosta ja niiden luetteloon laittamista sekä merkitsemistä. Kirjaaminen on tärkeä työväline ja sen osaaminen on oltava hallinnassa hoitotyön ammattilaisilla.

HoiDok on sähköisen potilaskertomuksen loppuraportti, ja sen mukaan sähköinen potilaskertomusjärjestelmä kuvaa portaittain, miten potilaan hoito on tapahtunut. Kirjaaminen on vahva runko hoitotyölle. Se toimii hoitotyön jatkumona sekä joustavana työkaluna. Kaiken kaikkiaan kirjaaminen sisältää saadut tiedot, suunnittelun, tehdyn hoidon sekä hoitotyön arvioinnin. Keskeiseksi asiaksi nousee hoitotyön näkyvyys, lainvoimaisuus ja kirjatun tiedon selkolukuisuus. (Kassara ym 2006, 55; HoiDok 2008.)

Hoitohenkilökunnan on osattava soveltaa tietoa käytäntöön. Hoitotyön prosessiin kuuluvat potilaan ennakkotietojen haku, jos mahdollista, saadun tiedon arviointi, eri vaihtoehtojen huomioiminen ja valitseminen sekä tietojen pohjalta tehdyn hoitosuunnitelman ottaminen käyttöön. Henkilökunnan on oltava tarkkana ja seurattava potilaan vointia. Heidän pitää teh-

dä päätöksiä ja pystyä ottamaan tarvittaessa yhteyttä esimerkiksi lääkäreihin. Kirjaamisen lähtökohtana ovat ensisijaisesti potilaan vointi, potilaan tarpeet ja diagnoosit. Kirjaamista on tehtävä päivittäin. Potilaan hoidon ja hoidon tulosten arviointi pitää kirjata. Koko prosessin pitäisi kattaa potilaan hoitoketju alusta loppuun. (Jokinen 2005, 26-27.)

4.2 Hoitotyön luokitukset

Noin kymmenen vuotta sitten valmistui sähköisen potilaskertomuksen tietosisältömäärittely. Tietosisältömäärittelyn mukaan sähköinen potilaskertomus on kaksitasoinen. Ydinkertomuksella tarkoitetaan kertomusta, joka sisältää potilaan henkilötiedot, ja yhteystiedot, syyn hoitoon hakeutumiselle, hoidon päätavoitteet, hoitomenetelmät ja toimenpiteet sekä loppuarviointin ja jatkohoitosuunnitelman. Perustason kertomukseen kuuluvat terveydenhuollon ammattilaisten kirjaamat tiedot potilaan terveydestä ja sairaanhoidon suunnittelusta, hoidon toteutuksesta ja arvioinnista. Kirjaamisen rakenteena toimivat erikoisalalehdet, moniammatilliset tutkimus- ja hoitosuunnitelmat sekä tutkimus- että hoitosuunnitelmien seurantaan kuuluvat lomakkeet. Perustason hoitokertomuksiin kuuluvat kaikki potilaan saamasta hoidosta ja ohjauksesta kirjatut merkinnät. (Hartikainen, Kokkola & Larjomaa 2000 16-17; Häyrinen & Ensio 2008 99.)

Ydintiedoilla tarkoitetaan dokumentaatiota, jotka muodostuvat potilaan hoidosta. Ydintiedoista saadaan oleellisemmat asiat potilaan terveys- ja sairaushistoriasta ja siihen liittyvästä ohjauksesta ja hoidosta. Ydintietojen tulee olla kaikissa kertomusjärjestelmissä yhtenevällä tavalla. Tiedoilla tarkoitetaan potilaan keskeisempiä terveyden ja sairaanhoidon tietoja. Hoitotyön ydintietojen tarkoitus on antaa kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta ja siihen liittyvistä hoidoista ja ohjauksesta. Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo. (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke loppuraportti osa1 2008, 7.)

Kirjaamisen sisältö rakenteistetaan luokitusten mukaan. Otsakkeena toimii se asiakokonaisuus, josta hoitoa kirjataan. Tarve - ja toimintoluokitusten komponentit haarautuvat pää- sekä alaluokkiin. Suomalainen hoitotyön luokitus FinCC muodostuu kolmesta eri osa- alueesta: hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1), hoitotyön toimintoluokituksesta (SHtoL 2.0.1) sekä hoidon tuloksen luokituksesta (SHTul 1.0). (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. Loppuraportti osa1 2008, 7; Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot- hanke. Loppuraportti 2009, 6.)

FinCC luokitus on yhdysvaltalaisen Home Health Care (HHC)- luokitukseen pohjautuva. HCC- luokitus tehtiin 1980-luvun loppupuolella, ja se oli osana laajempaa tutkimushanketta. Hankkeen tavoitteena oli tehdä hoitotyön taulukko, jota voitaisiin käyttää hoitotyön tarpeen arvi-

oimiseen ilman, että se olisi riippuvainen diagnooseista. Luokituksessa käytetään 21 eri osatekijää. Niistä löytyvät potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, käyttäytymistä sekä selviytymistä koskevat alueet. Suomalaisessa versiossa on käytössä 19 komponenttia. Hoitotyön tarveluokitus käsittää tarpeet, diagnoosit, hoitotyön tulokset sekä ongelmat. Tarveluokittelu sisältää eri ryhmiä, joihin potilaiden tarpeet luokitellaan heidän hoitonsa tarpeen mukaan. (Ensio & Saranto 2004, 44-46; Jokinen 2005, 26-27.)

Toimintoluokituksiin kirjataan valitut suunnitellut hoitotyön toiminnot, joilla pyritään saavuttamaan tavoitteet, joita potilaan hoito tarvitsee. Toiminto ja tarveluokituksia täydennetään vapaalla tekstillä. Komponentteja käytetään myös hoitotyön tavoitteiden ja arvioinnin kirjaamisessa. Potilaan saamaa hoitoa ja sen toimivuutta kirjataan hoitotyön tarpeen perusteella, eli ovatko odotetut tai toteutuneet hoitotyön tulokset vaikuttaneet potilaaseen. Hoitotyön tulosluokitusasteikko on kolmiportainen, eli parantunut, ennallaan tai huonontunut. Näillä arvioidaan potilaan tilaa. Kirjattaessa hoitotyön sisältöä hoitoprosessin eri vaiheissa käytetään luokituksesta valittavaa luokkaa, johon voi myös kirjoittaa vapaata tekstiä. (Ensio & Saranto 2004, 44-46; Jokinen 2005, 26-27.)

4.3 Hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön yhteenvetoon on tiivistetty potilaan tiedot hänen tarpeistaan, tieto tehdystä hoitotyöstä ja sen tuloksista sekä jatkohoidosta. Yhteenveto on jatkohoitopaikkaan seuraava tiivistetty dokumentti potilaan hoidosta. Tulevaisuuden tavoite on, että yhteenveto tehtäisiin jokaisesta potilaasta. Sen kuuluu olla osana jatkuvaa potilaskertomusta, ja sen tiedot perustuvat potilaan päivittäiseen hoitoa koskevaan kirjaamiseen. (Kuusisto 2008,34;Hassinen & Tanttu 2008, 18; Hallila 2005,108.)

Yhteenvedosta tulee selvitä, miksi potilas on tullut hoitoon, millainen hänen vointinsa on ollut tullessa, hoidon aikana sekä miten vointi ja tila ovat muuttuneet. Lisäksi yhteenvedossa selostetaan tehdyt hoitotoimenpiteet ja jatkohoidon suunnitelma. Laadukkaaseen hoitotyön yhteenvetoon kuuluu sen jatkuva, huolellinen ja päivittäinen kirjaaminen. Koko hoitohenkilökunnan tulisi osata laatia yhteenveto potilaan hoidosta kirjatun tiedon perusteella, eikä yhteenvedon tekeminen saisi jäädä vain omahoitajalle. Sähköisen hoitotyön yhteenvedon tavoitteena on parantaa hoito- ja toimintaprosessien toimintaa käytännössä. Kun tiedonvälitys kulkee ongelmitta, potilaan hoidon jatkuvuus on turvattu organisaatiossa ja organisaatioiden välillä. (Kuusisto 2008,34;Hassinen & Tanttu 2008, 18; Hallila 2005,108.)

Hoitotyön yhteenvetoon kuuluu tärkeänä osana loppuarviointi ja nykytila. Loppuarvioinnissa on kuvaus potilaan saamasta hoidosta ja sen lopputuloksesta, diagnooseista, tehdyistä hoitotoimenpiteistä, hoidon tuloksista sekä jatkohoito-ohjeista. Potilaalle laaditut asiakirjat kuuluvat omana osanaan tähän. (Ydintieto-opas 2007, 17-18.)Nykytilan (status) alle kirjataan poti-

laaseen kohdistuneet kliinisen tutkimuksen löydökset sekä tutkimus- ja mittaustulokset (Ydintieto-opas 2007, 17).

Tanttu (2008) kertoo työssään ” Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön systemaattinen kirjaamis-malli ja sen kansallinen käyttöönotto” hoitotyön yhteenvedosta seuraavaa. Yhteenvedo sisältää koosteen potilaan hoitajakson ajalta, koskien keskeisempiä tietoja hoitotyön prosessista ja ydintiedoista. Ydintiedoista saadaan osia hoitotyön tarvitsemista tiedoista. Näitä ovat mm. henkilötiedot, hoidon syy, riskitiedot, lääketieteellinen diagnoosi ja lääkehoito, tutkimukset sekä toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet. Näitä tietoja täydennetään rakenteisilla tie-doilla ja vapaalla tekstillä. Hoitoisuusluokkatieto merkitään numeroilla ja sanallisena. Työryhmän esimerkki hoitotyön yhteenvedosta pohjautuu Tantun malliin hoitotyön yhteenve-dosta (Liite 2).

4.4 Hyvä hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön periaatteet ovat hyvän kirjaamisen perusta. Periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä aatteita, joihin päätöksenteko hoitotyössä tukeutuu. Periaatteet antavat tuen henkilökunnal-le, ja näin ollen ne myös ohjaavat henkilökunnan työntekoa, kun kyse on potilaan parhaasta mahdollisesta hoidosta. Tällaisia periaatteita ovat mm. potilaan itsemääräämisoikeus, turval-lisuus, yksilöllisyys, omatoimisuus, kulttuurilähtöisyys ja kokonaisvaltaisuus. Hoitotyön peri-aatteiden tulee näkyä hyvässä hoitotyön kirjaamisessa. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2001, 45.)

Turvallisuuden periaate näkyy hoitotyössä, kun potilaalle taataan sisäinen ja ulkoinen turvalli-suus. Kirjaamisessa tämä periaate tulee huomioida, kun kirjataan potilaalle esimerkiksi hoito-työn auttamismenetelmiä huomioiden potilaan turvallisuus. Sisäinen turvallisuuden tunne syntyy mm. kun potilas saa hoitajaan tai hoitohenkilökuntaan luottamussuhteen. (Anttila ym 2001, 45-46.)

Itsemääräämisoikeudet syntyvät omasta harkintakyvystä ja sen arvostamisesta. Ihminen saa päättää omasta elämästään ja omasta hoidostaan. Itsemääräämisoikeutta on myös laissa ko-rostettu. Hoitajan on huomioitava potilaan itsemääräämisoikeus tehdessään hoitotyötä. Huo-mioon on otettava eritoten eri kulttuurien ihmisten samat oikeudet ja niiden loukkaamatto-muus. (Suominen & Vuorinen 1999, 9.) Kun hoitaja kirjaa hoitotyön suunnitelman sekä teke-mänsä hoitotyön, kirjattu tieto siirtyy aina työntekijältä toiselle. Näin ollen jatkuvuuden pe-riaate tulee toteen hoitotyön kirjaamisessa. Hoitosuunnitelma tulee tehdä niin, että se moti-voi mahdollisimman paljon potilasta itsenäisyyteen. Hoitaja ei tee potilaan puolesta asioita, vaan potilas pyrkii mahdollisimman paljon toimimaan itsenäisesti. Potilaan puolesta tehdään vai se, mistä potilas ei itsenäisesti selviä. (Anttila ym 2001, 46-47.)

Kartoitettaessa potilaan tarpeita huomioidaan kokonaisvaltaisuuden periaate. On kerättävä tietoa potilaan voinnista ja hoidosta, koska tällä tavoin voidaan hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti eikä vain tiettyä ongelmaa. On tärkeää huomioida potilaan kulttuuritausta, koska sillä on merkitystä potilaalle ja hänen omalle identiteetilleen. Se määrittää vahvasti, miten potilas kokee ja näkee maailman. (Anttila ym 2001, 46-48.)

Hoitotyön kirjaaminen on erinäköistä. On selvää, että eri osastot kirjaavat omilla osastoihinsa sopivilla tyyleillä ja eri osastot painottavat kirjaamisessa eri asioita. Esimerkiksi tehovalvontaosastolla kirjataan eri asioita kuin palvelutalossa. Kuitenkin lähtökohdat on oltava samanlaiset, eli periaatteiden tulee löytyä kirjatusta tiedosta. Merkityksellistä on, että kirjattu tieto on loogista ja keskittyy potilaan hoidon kannalta oleellisiin asioihin. Hoitotyön arviointi on ehdottomasti oltava. (Lauri, Lehti, Heinonen & Mäki- Kerttula 1993, 28.)

Hallilan (1998, 18) mukaan kirjaamisessa on oltava laatukriteerejä. Laatukriteereitä on mm. taloudellisuus, mikä tarkoittaa tehokasta ja ytimekästä kirjaamista, virheettömyyttä, perusteltua tekstiä, selkeää luettavaa ja hyvää käsialaa. Päivittäisen kirjaamisen tulisi olla enemmän arvioivaa kuin toteavaa. Hallila toteaa myös, että kirjaamiseen on sisällytettävä se, mitä on tehty, koska ja miten on tehty sekä hoitotoimenpiteiden vaikutukset. Kirjatusta tekstissä on oltava potilaan lähtökohdat, hoidolliset ongelmat, hoidon tavoitteet sekä saavutetut tulokset. Huolellisesti tehty kirjaaminen on tärkeässä osassa potilaan hoitotyössä. Ei ole itsestään selvää, kuka saa kirjata, mitä kirjataan ja kuka saa potilasasiakirjoja käyttää. (Hallila 1998, 18, 26-27; Iivanainen, Jauhiainen & Korhonen 1995, 54-55.)

Kirjaaminen helpottaa hoitotyötä, ja dokumentointi toimii todistusaineistona esimerkiksi potilasvahinkojen selvittelyssä. Kirjaaminen on tehtävä heti hoitotoimenpiteen jälkeen, koska myöhemmin kirjoitettuna hoitaja hyvin usein luottaa muistiinsa, ja näin ollen jotain saattaa jäädä kirjaamatta. On osattava kirjata selkeästi kaikki olennainen. Kattava ja asianmukainen kirjaaminen parantaa potilaan ja hoitajan oikeusturvaa. Se myös edistää hyvää hoitosuhdetta. (Hallila 1998, 26-27; Iivanainen ym 1995, 54-55; Munnukka 1999, 5.)

4.5 Sähköistä kirjaamista koskeva lainsäädäntö

Dokumentointia koskevia lakeja ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista, henkilötietorekisterilaki, asetus potilasasiakirjoista ja asetus sekä laki yleisten asiakirjojen julkisuudesta. Lisäksi kirjaamiseen vaikuttavat sosiaali- ja terveysministeriön antamat määräykset. Hoitohenkilökunnan tulee tuntea lait ja säädetyt määräykset. (Hallila 1998, 26-27; Iivanainen ym 1995, 54-55; Munnukka 1999, 5.)

Henkilötietolain 523/ 1999 tarkoituksena on suojata yksityiselämää sekä muuta yksityisyyden suojaa. On turvattava ihmisen perusoikeudet, ja käsiteltäessä henkilötietoja yksityisyyden suojan on oltava hyvä, ja tietojenkäsittelyn tulee edistää sitä. Tarpeellisuusvaatimuksella tarkoitetaan sitä, että käsiteltävät henkilötiedot tulee olla tarpeenmukaisia henkilölle, jonka henkilötietoja käsitellään. Virheettömyysvaatimuksella tarkoitetaan sitä, ettei henkilötietojen rekisterinpitäjällä ole käytössä vanhentuneita tai vääriä henkilötietoja. (Henkilötietolaki 1999.)

Laissa tarkoitetaan henkilötietojen käsittelyllä tietojen keräämistä sekä käsittelyä aina tuhoamiseen saakka. Henkilörekisterillä taas tarkoitetaan erilaisia tietojoukkoja, jotka sisältävät henkilötietoja. Rekisteri voi olla sähköisessä muodossa. (Henkilötietolaki 1999.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä astui voimaan 1.7.2007. Lain tarkoitus on edistää tietojen turvallista käsittelyä, ja se edistää myös asiakkaan omien tietojen saantia ja niiden käsittelyyn liittyviä lokitietoja.

Laki on sovellettavissa yksityisten ja julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteiden järjestäessä sosiaali- ja terveyshuollon palveluja. Kaikkien julkisten terveydenhuollon palvelujen tuottajien sektorien on liityttävä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi. Yksityiset voivat liittyä järjestelmään, jos he haluavat arkistoida sähköisesti potilastietonsa. Arkistointipalvelun hoitaa Kansaneläkelaitos, josta löytyvät kaikkien rekisteripitäjien potilasasiarekisterit. (Laki sosiaali- ja terveyshuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.)

Lailla mahdollistetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Näin saadaan aikaan potilasturvallinen ja tehokas terveydenhuollon palvelujen tuottaminen sekä parannetaan potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. (Laki sosiaali ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.)

Laki potilaan oikeuksista numero 785/1992 tarkoittaa seuraavaa. Potilaan hoitoon tarvitaan hänen suostumuksensa. Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon laajuudesta, mahdollisista riskitekijöistä sekä hoidon vaihtoehdoista. Jos potilas joutuu jonottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava odotuksen syy sekä arvioitu kesto. Potilaalla on oikeus valittaa hoidostaan, jos hän on ollut tyytymätön siihen. Potilaalla ja hänen omaisillaan on käytössä potilasasiamies, jolta he saavat tarvittaessa apua. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus saada terveyden- ja sairaanhoitoa, siinä määrin kuin on käytössä olevia voimavaroja. Potilasta tulee kohdella hyvin ja hoitaa häntä parhaalla mahdollisella tavalla, mikä on potilaan eduksi. Hoito tulee olla järjestettynä niin, ettei se loukkaa

hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään. On otettava huomioon kulttuuritautit, äidinkieli sekä potilaan yksilölliset tarpeet. Hoito ei rajoitu pelkästään potilaaseen, sillä on otettava huomioon myös potilaan omaiset. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista, ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Potilaan on ymmärrettävä tarpeeksi annetusta sisällöstä. Tulkkia tarvitaan, jos potilas ei osaa ammattihenkilön käyttämää kieltä tai hänen puhekykynsä tai aistinsa ovat vammautuneet. Potilaalla on oikeus kaikkeen tietoon, mikä koskee hänen sairauttaan ja hoitoaan. On kuitenkin huomioitava, ettei potilaalle anneta tietoa, jos siitä koituu potilaan hengelle tai terveydelle vakavaa vaaraa tai jos potilas kieltäytyy kuulemasta.

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on määrännyt, miten terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava sekä säilytettävä potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjoihin kirjatut tiedot ovat salassa pidettäviä, eikä niitä saa antaa sivullisille ilman potilaan kirjallista lupaa. Potilas voi antaa suullisesti luvan päästä hänen tietoihinsa. (Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 2001.)

4.6 Asetus potilasasiakirjoista

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella potilasasiakirjoista tarkoitetaan asetusta, jossa on tarkoin määrätty potilaan hoitoa koskevia sekä hoidon toteutuksessa käytettyjen asiakirjojen laatimista sekä asiakirjojen säilyttämistä koskevia huomioitavia asioita. Asetus koskee myös kaikkea muuta hoitoon liittyvää materiaalin säilyttämistä. Potilasasiakirjoihin kuuluvat kaikki potilaan paperit siitä, mitä, missä, koska ja miten potilasta on hoidettu. Terveydenhuollossa asiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä vain ammattihenkilöt, joiden työtehtävät ja vastuu sitä edellyttävät. Opiskelijat saavat tehdä merkintöjä, kunhan pätevä ohjaaja on varmistanut tekstin omalla ammattinimikkeellään ja nimellään. Kaikki potilasta koskevat paperit ovat salassa pidettäviä, ja tietoja potilaasta ei saa antaa ulkopuolisille ilman potilaan lupaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009.)

Sähköisesti tallennettujen potilastietojen tulee olla kirjoitettu samassa muodossa kuin paperisetkin, ja niissä on oltava sama säilytysaika kuin paperiversioissa. Tallenteissa voi olla eri henkilöiden kirjaamaa tietoa, mutta kirjaamista voi tehdä vain siinä määrin, kuin työntekijän työtehtävät ja vastuu edellyttävät. Näin ollen terveydenhuollossa jokaisella terveydenhuollon

ammattityöntekijällä on oltava omat työtehtävän mukaiset potilastietokantojen käyttöoikeudet. Kirjattaessa on huomioitava ehdoton potilaan tietoturva. Tallenteiden sisältämien tietojen eheys ja käytettävyys on turvattava. Työntekijän on kirjattava reaaliajassa. Jos potilasasiakirjoja joudutaan korjaamaan, korjauksen tulee olla tehtynä niin, ettei alkuperäinen merkintä peity. Korjauksen tekijän nimi, ammatti, päivämäärä sekä korjauksen syy tulee näkyä korjatussa versiossa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009.)

Potilaskertomuksella tarkoitetaan jokaista potilasta koskevaa kertomusta, joka on kirjoitettu jatkuvaan muotoon. Kertomuksia ei saa kirjoittaa uudelleen, eikä alkuperäistä tekstiä voi korvata valokopiolla tai muulla vastaavalla tavalla. Kertomuksessa on oltava asetuksessa sovitut perustiedot sekä myös kaikki merkinnät potilaan palvelutapahtumista. Tietojen on oltava tarpeeksi kattavat. Ne alkavat tulostuksesta ja päättyvät loppulausuntoon. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009.)

4.7 Kokemuksia hoitotyön sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönotosta

Jauhiainen(2004) on kirjoittanut väitöskirjan ”Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä”. Hän kertoo, millaisia kokemuksia ja näkemyksiä on ollut terveydenhuollon ammattilaisilla sekä potilailla, kun hoitotyössä on käytetty tieto- ja viestintäteknikkaa. Jauhiaisen tutkimuksella haettiin tietoa hoitoalan ammattilaisista sekä potilaiden tietoyhteiskuntavalmiuksista. Tutkimus käsitteli myös hoitohenkilökunnan ja tietotekniikan alan ammattilaisten yhteistyötä. Jauhiainen(2004) kertoo tutkimuksessaan, että tieto ja viestintäteknikan käytöllä oli suuria eroja organisaatioiden välillä, mutta vaihtelevaisuutta esiintyi myös samassa organisaatiossa. Erikoissairaanhoidossa muutamassa sairaalassa käytettiin sähköistä potilaskertomusjärjestelmää, mutta perusterveyshuollon tietojärjestelmä sisälsi sähköisen potilaskertomusjärjestelmän. Vaikka hoitajilla olisikin ollut käytössä sähköinen potilaskertomusjärjestelmä, sitä ei välttämättä käytetty työssä. Tästä johtuen hoitohenkilöstöä tulisi kouluttaa ja perehdyttää paremmin käyttämään työssään erilaisia tieto- ja viestintäteknikan välineitä. Niiden hallinta antaa turvaa hoidon jatkuvuudelle sekä luo turvallisuutta potilastyössä. Tulevaisuudessa tieto- ja viestintäteknikan käyttö hoitotyössä parantaa tuottoisuutta sekä hoidon laatua. Lisäksi se helpottaa näyttöön perustuvan tiedon käyttöönottoa ja sen hyödyntämistä hoitotyössä. (Jauhiainen 2004, 19,62,89,145,156-158.)

Hartikainen (2008,27) kuvaa tutkimuksessaan Kuopion yliopiston operatiivisten alojen sairaanhoitajien kokemuksia siitä, millaisia muutoksia sähköinen rakenteisen potilastietojärjestelmän käyttö on tuonut tullessaan. Aineistoa kerättiin teemahaastattelulla, ja haastatteluun osallistui kymmenen sairaanhoitajaa. Tutkimuksen kohteina olivat erikoissairaanhoidon prosessit. Prosessi alkoi potilaan tulohaastattelusta, lääkärinkierrosta sekä suullisesta raportista. Tutki-

muksessa selvitettiin, miten potilaan tietoja on kirjattu ennen tietojärjestelmän käyttöönottoa. (Hartikainen 2008, 27-30.)

Hartikainen (2008,43) tekemässä tutkimuksesta selvisi, että sairaanhoitajat olivat epävarmoja tietokoneiden käytössä. Raportointi oli huonontunut, ja potilaan tietojen saamiseen järjestelmästä meni enemmän aikaa kuin ennen. Hoitajat olivat pitäneet suullista raporttia, ja se annettiin usein ulkomuistista. Järjestelmän hitaus ja sen avaaminen koettiin työläämmäksi kuin paperinen potilaskertomus. Tietojärjestelmän helppoudeksi osoittautui kirjoitusvirheiden korjaaminen. Tutkimuksessa todetaan, että otsikot ohjaavat kirjaamista ja järjestelmään kirjaaminen on nykyään selkeämpää ja sujuvampaa. Tiedot löytyvät helpommin kuin paperiaikaan, koska tiedot löytyvät eri otsikoiden alta ja tietoa potilaasta on kirjattuna enemmän. (Hartikainen 2008, 43, 48-49.)

Jarmas (2007) tekee työtä hyvinvointipalvelujen kehittämissyksikön tietohallinnassa. Hän on tutkinut Tampereen kotisairaanhoidon kokemuksia kirjaamisesta. Tampereen kotisairaanhoido käyttää Pegasos-järjestelmää, jonka tavoitteena on parantaa kirjaamista moniammatillisessa yhteistyössä kotisairaanhoidon piirissä. Kotisairaanhoido aloittaa hoitosuunnitelman teon ensin kartoituskäynnillä potilaan luona. Hoitajaksoa kohden on pääasiassa vain yksi hoitosuunnitelma, ja sitä muokataan tarvittaessa hoidon edistyessä. (Jarmas 2007.)

Potilaan hoidon tarpeet on ensin arvioitu, ja sen jälkeen tarpeet noudetaan tarveluokasta, josta valitaan pää- tai alaluokka. Tekstiä voidaan kirjoittaa lisää vapaavalintaisilla ilmaisuilla. On myös mahdollista käyttää numerointia, kun tarpeet laitetaan tärkeysjärjestykseen. Potilaan vointi ja tila kuvataan tarpeina, ja ne kirjataan selkeästi ja ytimekkäästi. Kirjaamisessa voidaan valita useampia luokituksia eri komponenttien alta. Tiedonhaku hoitosuunnitelmasta helpottuu, koska päivittäiset tarpeet ja toiminnot ovat ennalta mietittyjä ja ohjelma ohjaa käyttäjänsä. Näin ollen kirjaaminen helpottuu. (Jarmas 2007.)

Tampereen kotisairaala käyttää luokituksia jokaiseen hoitosuunnitelman tekoon, eikä se halua luopua käytännöstään. Myös kirurginen osasto on ottanut luokitukset ainoaksi tavaksi kirjata, mutta sisätautisella puolella ei ole pystytty tekemään kaikkia hoitosuunnitelmia, koska siihen ei ole riittävästi resursseja. Pegasos, potilastietojärjestelmä, on ollut ajoittain hankala ja hidas käyttää, joten siihen on tullut korjausehdotuksia. Ohjelmaan haluttaisiin tiivistelmä hoitotyölle. Pegasoksesta saatuja tilastoja on käytetty hoitotyön arviointiin. Tavoitteena oli, että kaikki erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijät käyttävät hoitotyön luokituksia kirjaamisessa. Ohjelmasta saadaan tarpeellinen hyöty, kun koulutusta on tarpeeksi sekä tukihenkilöitä käytettävissä. (Jarmas 2007.)

Pohjanvuori (2007) kirjoitti hoitotyön vuosikirjaan artikkelin ” Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus - esimerkki käyttöönottoprojektista yliopistollisessa sairaalassa”. Yksi osallistuja kuvaa sähköistä hoitokertomuksen käyttöönottoa projektina. Projektin tuloksena ovat potilaan hoito- ja kuntoutusjakson aikana tulleet merkinnät, ja ne on kirjattu sähköiseen potilasasiakirjaan. Keskeisemmäksi asiaksi on noussut esiin selvitys potilaiden dokumentoinnin nykytilasta. Merkintöjen kirjaaminen potilastietojärjestelmään vaatii myös suunnittelutyötä. Kirjatun tiedon on oltava ohjelmistossa rakenteellista, jotta sitä voidaan jatkossa hyödyntää. Moniammatillista hoitokertomusta tarvitaan, koska se yhdenmukaistaa potilastietoja, auttaa potilaan tietojen löytämisessä sekä edesauttaa kansallista terveystietohanketta. (Pohjanvuori 2007, 167-168.)

Artikkelissaan Pohjanvuori (2007) selvittää sähköisen potilaskertomuksen käyttöönottoprosessia ja selvittää sekä potilaskertomuksen sisältöä että tiedon rakentamista käytännössä. Päivittäiset merkinnät, merkintöjen rakenne sekä rakenteen käyttöönotto ovat artikkelin pääpainona. Päivittäiset merkinnät, esimerkiksi määräykset, lääkitystiedot, ohjeistukset sekä hoitosuunnitelmat, merkitään sovittuun muotoon. Potilaskertomusohjelmiston käyttöönotosta voidaan käyttää termiä moniammatillisen hoitokertomuksen käyttöönotto. (Pohjanvuori 2007, 169.)

Pohjanvuori kiinnittää huomiotaan siihen, että potilaskertomusohjelmistot tulee ottaa harkiten käyttöön, ettei hoitotyö häiriinny. Luonnollisesti tämä toimenpide hidastaa aluksi työtah-
tia. Hoitohenkilökunnan tulee olla joustavaa ja valmiudessa, sillä sähköisen hoitokertomuksen reaaliaikaisvaatimukset tulevat vaikuttamaan toimenkuvien muutoksiin. Hoitohenkilökunnan tulee syöttää ohjelmistolle tiedot, mihin hoitotyön luokituksiin potilastiedot kuuluvat, sillä ohjelmistot eivät automaattisesti osaa täydentää potilaskertomuksia rakenteiseen muotoon. (Pohjanvuori 2007, 180- 181.)

4.8 Vertailua sähköisen kirjaamisen kokemuksista

Jokaisessa käyttöönottoprojektissa keskeisintä oli selvittää dokumentoinnin nykytila. Lisäksi keskeisessä asemassa oli suunnitella merkintöjen kirjaus potilaskertomusohjelmistoon. Tiedon on oltava ohjelmassa rakenteellista, että sitä voidaan jatkossa hyödyntää. Saadut tilastotiedot ovat auttaneet henkilökunnan koulutuksessa, ohjauksessa, ja niitä on hyödynnetty sekä hoitotyön arviointiin että toimintoihin. (Hartikainen 2008; Jarmas 2007; Pohjanvuori 2007.) Pohjanvuoren artikkelista poiketen, HUS:iin ei tullut rakenteisen kirjaamisen mallia.

Moniammatillisen hoitokertomuksen myötä tulee odotuksia, että potilastiedot yhdenmukaistuvat ja tiedonhaku helpottuu. Sen toivotaan tuovan edistystä kansallisen terveystietohankkeen ydintietomäärittelysten mukaiselle tietosisällölliselle koosteelle. Sähköisessä hoitokertomuksessa liikkumista helpottaa huomattavasti samankaltainen perusrakenne. Käytössä huomattiin, että samat prosessivaiheet ja käsitteet palvelevat lähes samalla lailla käyttäjiä, erikoisaloista huo-

limatta. Näin ollen ohjelman kautta potilaan hoidon hahmottaminen kaikkialla on samantyylistä. Kirjaamista selkeytti komponenttitaso, ja se koettiin hyväksi. (Hartikainen 2008; Jarmas 2007.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Juurruttamisella tässä työssä tarkoitetaan sitä, että juurruttamisprosessi on tehty kuvion 1 osoittamalla tavalla. Aluksi kartoitettiin työyhteisön nykytilanne. Nykytilannetta arvioitiin teemahaastattelulla ja yhteisillä tapaamisilla työyhteisön kanssa keväällä ja syksyllä 2010. Näin saatiin selville, mitä työyhteisö halusi kehitettävän. Yhdessä työyhteisön kanssa päädyttiin kehittämiskohteeseen, joka oli hoitotyön yhteenvedo, koska hoitotyön yhteenvedo ei ollut työyhteisössä käytössä. Yhteenvedoon haettiin teorian tietoa eri lähteistä.

Keväällä 2010 aloitettiin opinnäytetyön teko. Toukokuussa oli tapaaminen Lohjan valvonta osaston kanssa. Siellä käytiin läpi kesän ja syksyn suunnitelmia sähköisestä kirjaamisesta ja siitä, mikä olisi yksikön kehitettävä kohde. Syksyllä 2010 tehtiin teemakysely ja työharjoittelu valvontaosastossa josta saatiin materiaalia työntekijöiden nykytilanteen kartoitukseen. Keväällä 2011 työryhmän raportti on valmis, ja se tulee olemaan osastonapuväline kun se ottaa sähköisen kirjaamisen käyttöön.

Lohjan sairaalan kirjaamisen kehittämishanketta johtivat sairaalan ylihoitaja, koordinaattorit sekä asiantuntijat. Opettajat olivat opiskelijoiden ohjaajina ja he toimivat myös asiantuntijoina. Ensimmäinen osastotunti oli toukokuussa 2010, ja siellä käytiin läpi hankkeeseen annettuja materiaaleja ja suunniteltiin hankkeen edistymistä. Työryhmään kuuluivat osastonhoitaja, kolme sairaanhoitajaa sekä opiskelija. Työryhmän tarkoitus oli edustaa koko työyhteisöä ja kehittää oman työyksikön sähköistä hoitotyön yhteenvedoa.

5.1 Nykytilanne tehostetun valvonnan osastolla

Juurruttamisen toiseen vaiheeseen kuuluu kehitettävän toiminnan näkyväksi tekeminen. Lohjan Laureassa järjestettiin seminaareja, mistä saatiin hankkeen aikataulu. Osastotunnit sovittiin työryhmän kesken, ja ne oli pidettävä annettujen päivämäärien sisällä. Päivämääristä pidettiin kiinni, koska ne olivat ennalta sovittuja, ja näin ollen saatiin työtä eteenpäin.

Syyskuussa 2010 tehtiin kehittämistoiminnan ympäristössä eli Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osastolla kysely, joka koski hoitotyön kirjaamista. Kyselyyn vastasi kaksi sairaanhoitajaa. Se käsitti kysymyksiä (Liite 1) koskien kirjaamisesta tulotilanteesta, hoidon suunnittelusta, hoidon toteutuksesta ja hoidon arvioinnista. Kysymykset tehtiin yhdessä opinnäytetyöpajassa kaikkien kirjaamisen hankkeessa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden ja opettajien kanssa syyskuussa 2010.

Tulosten mukaan potilaista kirjataan tulotilanteessa potilaan vointi, lääkärin määräykset, kotilääkkeet, aiemmat sairaudet, hoidon tarve, vitaalien seuranta, omaisten yhteistiedot, lääkitys ja nesteytys. Tätä ennen potilas on kytkettyä seurantamonitoriin, josta saadaan reaaliajassa tietoa potilaan vitaalielintoiminnoista. Kirjattu tieto on peräisin lähettävästä hoitopaikasta, lääkäriltä, potilaalta itseltään (jos potilas on kommunikointi kykyinen, että hän pystyy antamaan tietoa), anamneesista, kotisairaanhoidokansiosta, omaisilta sekä erikoisala-lehdistä. Osastolla kirjataan seurantalomakkeeseen ja kuumekurvaan potilaan hoitoa koskevat asiat. Lisäksi osastolla on käytössä muun muassa verensokerikaavake, epiduraalikaavake sekä kivunhoitokaavake. Tästä saatua tietoa hyödynnetään potilaan voinnin seuraamisessa sekä potilaan hoitotyössä. Potilaan papereihin ei kirjata omaisia koskevia asioita. Ainoastaan oleelliset asiat huomioidaan. Hoitajien sekä lääkäreiden lisäksi potilaan hoitoa koskevista asioista kirjaavat opiskelijat sekä eri terapeutit.

Hoidon suunnitteluun osallistuvat lääkärin lisäksi sairaanhoitajat. Lääkärit kirjaavat omat määräyksensä, hoitajat kirjaavat mahdolliset muutokset ja laboratoriotilaukset. Suunnittelussa käytetty tieto on peräisin lääkäreiltä ja hoitajilta sekä potilaalta ja lähettävästä hoitopaikasta. Tieto kirjataan samoihin kaavakkeisiin kuin tulotilanteessa, ja niistä saatua tietoa hyödynnetään potilaan hoitotyössä. Potilaat eivät itse osallistu hoitonsa suunnitteluun, koska harvemmin he ovat niin hyväkuntoisia, että pystyisivät siihen osallistumaan. Potilas ei saa kirjallista hoitotyön suunnitelmaa, koska tällä osastolla kirjallinen hoitotyön suunnitelma ei ole käytössä. Jos potilaalla on tiedossa hoitolinjaus, sitä noudatetaan ja hänen toiveitaan hoidostaan kunnioitetaan. Hoitolinjauksella tarkoitetaan esim. kieltoa elvyttämisestä, hengityskoneeseen kytkemisestä tai potilaan hoitotestamenttia.

Hoidon toteutukseen osallistuvat hoitajat, ja tarvittaessa ovat muut ammattiryhmät paikalla. Potilas itse ei osallistu hoitonsa toteutukseen. Toteutuneesta hoidosta kirjataan vain oleelliset asiat. Hoitajien lisäksi kirjaavat myös eri terapeutit, jos he osallistuvat jokapäiväiseen hoitamiseen. Hoitajat käyttävät aktiivisesti lyhenteitä kirjaamisessa. Tällaisia ovat muun muassa Bal= nestetasapaino, vs= verensokeri, RR= verenpaine, VM= virtsanmittaus, KK= kestokattetri, Abp (lyhenne englanninkielisistä sanoista artery blood pressure)= arteria verenpaine.

Potilaan hoidon arviointi kirjataan jokaisessa työvuorossa kliinisen tilan seuranta-kaavakkeeseen. Tästä kaavakkeesta siirretään potilaan tiedot seuraavan päivän kaavakkeeseen. Näin potilaan tulotilanne, sairaudet, respiraattorihoito jne. pysyvät ajan tasalla koko potilaan hoidon ajan. Hoitajat arvioivat koko ajan potilaan saamaa hoitoa ja sen vaikututtavuutta. Jos potilas siirtyy jatkohoitopaikkaan, hänestä annetaan suullinen raportti esim. vuodeosastolle, tai hoitajat kirjaavat potilaan jo valmiina oleviin tulevan osaston papereihin potilaan hoitoa koskevia asioita. Hoitotyön arviointia kirjataan moniammatillisesti.

Yhteenvetona todetaan, että kirjaamisella on merkittävä osuus potilaan hoitamisessa. Hoitajat kirjaavat eniten ja heidän vastuullaan ovat tarkkailu, suunnittelu, seuranta ja arviointi. Potilaan seuranta perustuu vitalitoimintojen jatkuvaan seurantaan unohtamatta potilaan psyko-fyysis-sosiaalista kokonaisuutta. Potilaan hoidon tarpeet voivat muuttua useita kertoja päivässä, ja hoitajat tekevät aktiivisesti työtä eri erikoisalojen lääkäreiden kanssa, mutta koordinoinnin vastuu on hoitajalla.

Työyhteisössä tehtiin teemakysely, josta saatiin aineistoa (Liite 1). Kyselyyn vastattiin nimettömänä kirjallisesti ja vastaukset palautettiin suljetuissa kirjekuorissa. Vastaukset käytiin läpi, ja niistä tehtiin yhteenveto. Nykytilanteen kuvaukseen liittyy taulukko 1, jossa on laitettu vastausten pohjalta taulukkomuotoon hoitotyön prosessia. Taulukosta selviää osaston hoitoprosessin vaiheet.

Hoitoprosessin vaihe:	Mitä tietoja kirjataan?	Mitä tapahtumia tietoon liittyy? (edellyttääkö se toimintaa ennen kirjaamista)	Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin?	Minne ja moneenko paikkaan tieto mahdollisiin järjestelmiin/ paikkoihin järjestelmässä/ papereihin kirjataan?	Miten tätä tietoa hyödynnetään ?
tulotilanne	Potilaan vointi, mahdolliset jo tehdyt toimenpiteet, kuten kestokattetrin laittopvm, itubointipvm tms, lääkärin määräykset, kotilääkitys, aiemmat sairaudet, hoidon tarve, vitaalien seuranta, omaisten yht. tiedot, lääkitys, nesteytysseuranta, ”omaan	Potilas kytetään monitoriin, että saadaan jatkuvaa tietoa vitalielintoiminoista	Lähetteenä, lähettävästä hoitopaikasta, hoitavalta lääkäriltä, potilaalta itseltään, anamneeseista, KSH-kansio, omaisilta, erikoisalehdiltä Riskitiedot löytyvät potilastietojärjestelmästä, Oberon ja Miranda	Seurantakaavakkeeseen, lääkekorttiin, kuumekurvaan, manuaalisesti vihkoon, kivunhoitokaavake, epiduraalikaavake, sokerikaavake. Henkilökunta täyttää potilaan papereita, tilaavat laboratoriotutkimukset, paitsi päiväsaikaan, jolloin on osastosihteeri tilaa tutkimukset.	Vitaalielin toimintojen arvot kirjataan seuranta-kaavakkeeseen. Muutoksiin reagoidaan herkästi

	vihkoon potilaan tulo, lähtö tai kuolinpäivä”.				
hoidon suunnittelu	Lääkärin määräykset, potilaan vointi/tarpeet, aloitettavat hoidot, miten hoidetaan	Lääkäri on läsnä joskus hoidon suunnittelussa sairaanhoitajien kanssa. Yleensä hoitajat suunnittelevat tulevan hoidon lääkärin määräysten mukaan.	Lääkäriltä, lähetteestä, lähettävästä hoitopaikasta	Seurantakaavakkeeseen, kuumekurvaan, manuaalisesti vihkoon, kivunhoitokaavake, epiduraalikaavake, sokerikaavake	Jatkuvassa seurannassa potilaan voinnissa. Potilaan aikaisemmasta sairaskertomuksesta saatua tietoa esim. jostain lääkkeen vaikutuksesta tai EKG nauhasta voidaan verrata potilaan nykyhetkeen.
hoidon toteutus	SH kirjaa: potilaan voinnin ja seurannan, kuumekurvaan tai muihin hoitoa koskeviin kaavakkeisiin sekä tehdyt hoitotoimenpiteet. Lääkäri kirjaa lääkemääräykset	Lääkärin kierto, fysioterapeuttien hoitaminen, erikoisalojen potilastaapaamiset	Lääkäriltä, sairaanhoitajilta, eri terapeuteilta, erikoisalojen sairaanhoitajilta	Potilaan seurantakaavakkeeseen, kuumekurvaan, potilaskohitaiseen toimenpiteeseen kirjataan esim. intubointi, extubointi, tehohoitopäivien lukumäärä, laskimokanyylilaitto, mahdolliset infuusiot jne.	Seurantakaavakkeesta ja kuumekurvasta näkee helposti potilaan kokonais tilanteen ja muutokset voinnissa, lääkkeissä jne.

hoidon arviointi	Potilaan saama hoito, onko se vaikuttanut, vointi ja tarpeet. SH kirjaa	Potilasta on hoidettu annettujen määräysten mukaan	Hoitavilta sh:lta, fysioterapeuteilta, lääkäreiltä, erikoisalakaavakkeista	Seurantakaavakkeeseen, hoityön yhteenvetoon	Päivittäin kirjataan potilaaseen toteutuneet hoitotoimenpiteet seurantaavakkeeseen.
------------------	---	--	--	---	---

Taulukko 1: Nykytilanne hoitotyön kirjaamisesta

Tehostetun valvonnan osasto tekee päivittäin yhteistyötä moniammatillisessa työympäristössä, joka käsittää mm. ensiavun, lääkärit ja erikoislääkärit, fysioterapian, röntgenosaston, vuodeosastot ja jatkohoitopaikat. Tällä hetkellä sairaanhoitajat kirjaavat käsin kaikki potilasta koskevat tiedot. Heillä on oma klinisen tilan seurantaavake, mistä löytää nopeasti tiedot potilaan voinnista ja hoidosta. Jokaisella potilaspaikalla on valvontamonitori, josta voidaan seurata potilaan vitaalielintoimintoja. Nämä monitorit on liitetty kansliassa sijaitsevaan keskusmonitoriin. Tästä saatu tieto kirjataan käsin seurantaavakkeeseen.

Henkilökunta on motivoitunutta siirtymään sähköiseen ja rakenteelliseen kirjaamiseen, mutta pientä muutosvastarintaa on havaittavissa, koska pelätään mahdollista päällekkäiskirjausta. Tämä tarkoittaa sitä, ettei näytöltä saatua tietoa potilaan voinnista saada heti toimimaan uuden järjestelmän kanssa niin, ettei käsin tarvitsisi kirjata. Tällainen tilanne on varmasti hetken aikaa, ennen kuin saadaan tietojärjestelmät toimimaan näytön kanssa.

5.2 Kehittämiskohteen valinta

Pohdittaessa kehittämiskohdetta ja kirjattaessa ehdotuksia saatiin selville, että osastolla kirjattiin pääsääntöisesti tarkasti ja hyvin, mutta hoitotyön yhteenvetoa ei ollut käytössä. Tästä päästiin juurruttamisessa kolmanteen vaiheeseen.

Päätös kehittämiskohteesta tehostetun valvonnan osastolla syntyi siitä, ettei osastolla ole aikaisemmin ollut yhteenvetoa käytössä. Kehittämiskohteeksi valittiin hoitotyön yhteenveto. Yhteenvetoa kaivattiin osastolle, ja henkilökunta koki kehittämiskohteen tärkeäksi, koska se tulisi helpottamaan heidän ja jatkohoitopaikan työtä. Yhteenvetoa suunniteltiin aluksi luonnoksena paperille, josta se alkoi hahmottua yksikön tarpeisiin soveltuvaksi. Perusteena hoito-

työn yhteenvedolle oli se, että se on tärkeä dokumentti potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan.

Syksyllä 2010 työryhmä teki päätöksen hoitotyön yhteenvedon kehittämistä. Marraskuussa 2010 oli Lohjan Laurea- ammattikorkeakoulun auditoriossa seminaari, jossa esiteltiin kaikkien työryhmien kehitettävät kohteet. Kehitettävän kohteen valinta oli helppo ja yksimielinen, koska tehostetussa valvonnassa ei ole ollut käytössä hoitotyön yhteenvedoa aikaisemmin. Työ eteni suunnitelman mukaisesti.

Työyhteisö oli mukana 2.11.2010 Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun auditoriossa jossa jokainen hankkeeseen kuuluva yksikkö esitteli oman kehittämiskohteensa. Paikalla olivat hankkeessa mukana olevat työyksiköt sekä somatiikan että psykiatrian puolelta. Jokainen yksikkö oli tehnyt posterin omista kehittämiskohteistaan, ja se oli nähtävillä kaikille. Tehostetun valvonnan kehittämiskohteeksi oli valittu hoitotyön yhteenvedo, ja akvaariokeskustelussa osasto sai myös pitää kehittämiskohteensa.

5.3 Uusi toimintatavan mukainen oppiminen

Syksyllä 2010 oli Lohjan sairaalassa pidetty juridiikan ja kirjaamisen tapahtuma. Tapahtumasta saatiin tietoa lainsäädännöstä, yleisistä ohjeista ja säännöistä sekä käytiin läpi systemaattista kirjaamista. Tällä kierroksella tehtiin erilaisia hahmotelmia tulevasta hoitotyön yhteenvedosta, ja opiskelija teki kansallisen mallin pohjalta osastolle esimerkin hoitotyön yhteenvedosta (Liite 2), mistä saatiin runko tulevalle uudelle toimintatavalle.

5.4 Teoreettisen ja tutkitun tiedon hakeminen

Materiaalia kehittämiskohteen tekoon saatiin Lohjan sairaalassa ja Laureassa pidetyistä seminaareista, jotka olivat syksyllä 2010. Tähän juurruttamisen osaan kuuluivat opinnäytetyöpaikat, joista saatiin tietoa kehitystoiminnan teorioista sekä niiden laadusta ja lähdetiedoista. Prosessin edetessä työyhteisössä oltiin innokkaita, ja tuleva hoitotyön muutos otettiin hyvin vastaan. Muilta sairaanhoitajilta tuli paljon hyviä ideoita hoitotyön yhteenvedoa ajatellen, ja niistä saatiin hyviä esimerkkejä tulevaan uuteen toimintatapaan.

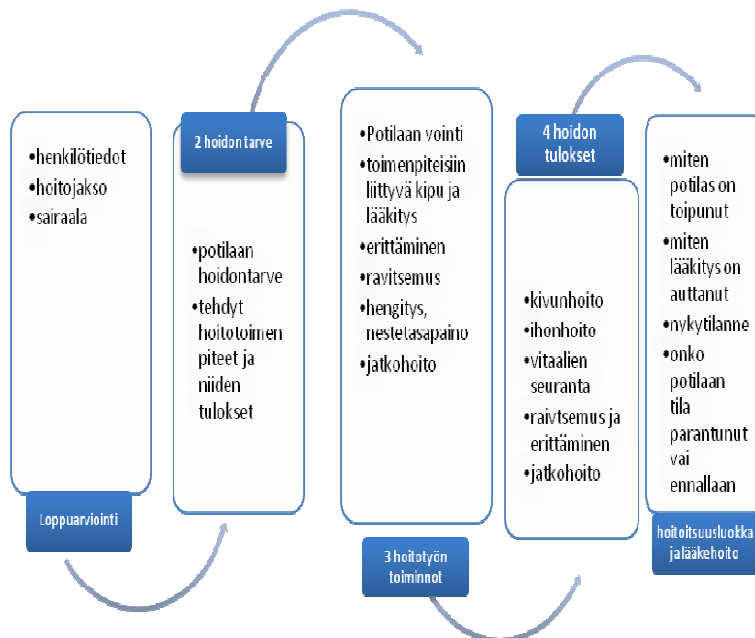
Koska työ valvonnassa on vaativaa ja vaihtelevaa, haluttiin yhteenvedosta helppo ja selkeä kokonaisuus, että se voitaisiin ottaa mukaan mahdollisimman luontevasti jokapäiväiseen hoitotyöhön.

6 Uusi toimintatapa

Hoitotyön yhteenvedoon kirjataan potilaan saaman hoidon ydintiedot. Yhteenvedoa hyödynnetään usein, kun potilas siirtyy jatkohoitopaikkaan. Lisäksi se toimii hoitopalautteena, jos potilas joutuu samaan hoitopaikkaan uudestaan hoidettavaksi. Yhteenvedoa voidaan muokata tarpeen vaatiessa, kun siinä on käytetty tarve- ja toimintoluokituksia sekä arviointiasteikkoja tai mittareita. (Ydintieto-opas 2007,38.)

Työryhmän kanssa on kehitetty kuvio hoitotyön yhteenvedon otsakkeista hoitoprosessissa (Kuvio 3). Yhteenvedo tehtiin syksyllä 2010 työyhteisön osastotunneilla, ja sitä täydennettiin sähköpostikeskusteluilla. Hoitoprosessin esimerkistä on nähtävissä, miten hoito etenee osastolla ja mitkä asiat on otettava huomioon yhteenvedoa suunniteltaessa. Kuvio toimi apuvälineenä, ikään kuin mindmap-tyylisenä runkona, yhteenvedolle.

Tämän työn pohjalta tehtiin oma hoitotyön yhteenvedo (Liite 3). Yhteenvedo on tehty siten, että sitä voidaan käyttää missä tahansa jatkohoitopaikassa, mihin potilas on siirtymässä. Työyhteisön kanssa käytiin vilkasta sähköpostikeskustelua. Näin saatiin yhdessä muokattua yhteenvedoa hankitun teorian pohjalta. Teoriatietoa saatiin alan kirjallisuudesta sekä Lohjan Laurean kirjaamisen seminaareista. Teoriatiedon hausta tehtiin taulukko, mistä näkee mitä tietokantoja käytettiin ja montako hakutulosta saatiin. (Liite 5.)



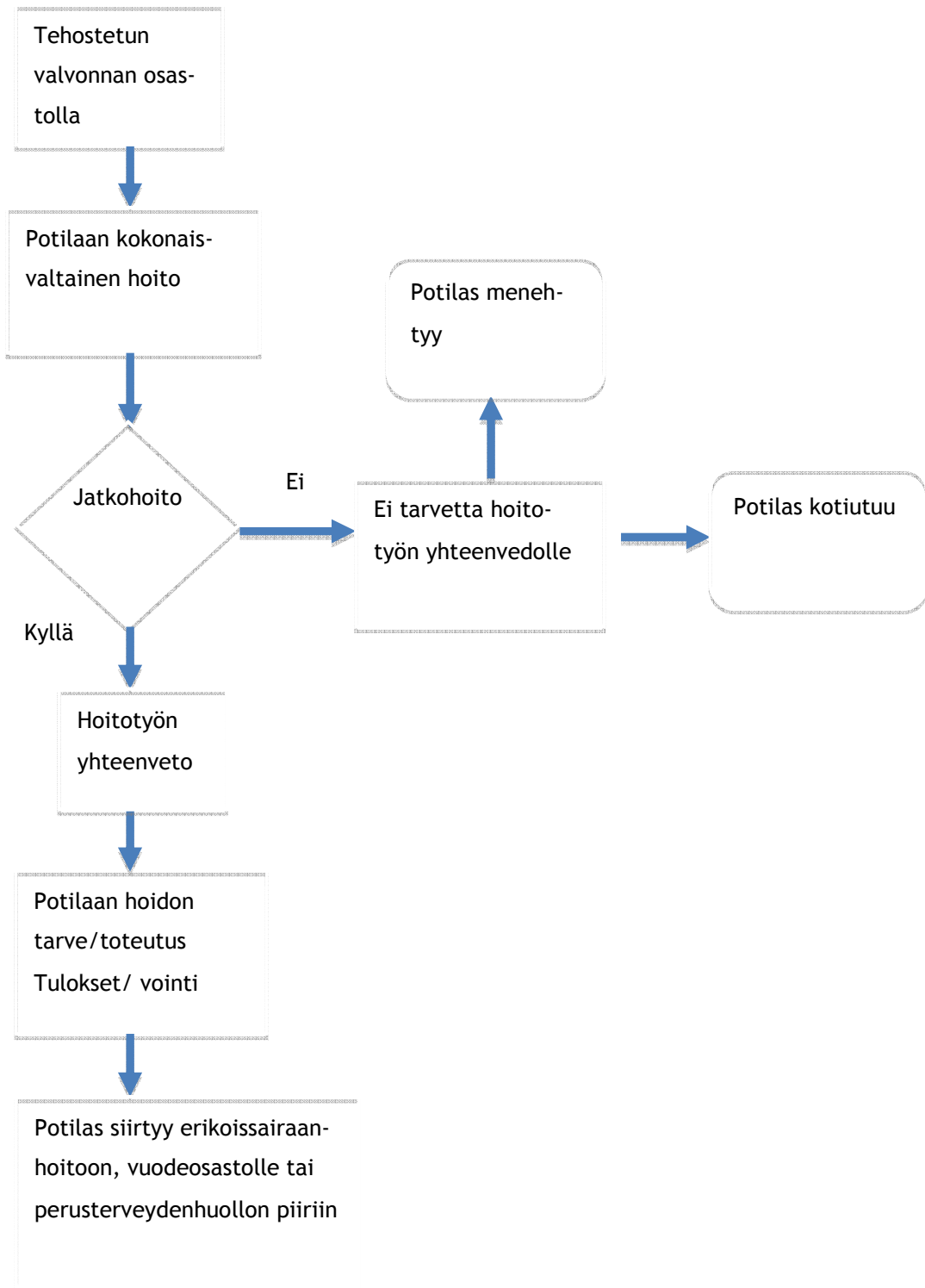
Kuvio 3: Hoitoprosessi

Hoitoprosessikuvio on tehty osastotuntien ja työryhmän keskustelujen pohjalta. Kuvio on esimerkkitapaus ja prosessiin on otettu tietoa myöhemmin esiteltävästä case-esimerkistä.

Osaston hoitoprosessissa potilaasta tarvitaan henkilötietojen lisäksi tiedot, mistä, miksi ja miten hän on sairaalan tullut, aikaisemmat hoitajakset jne. Potilaalle kartoitetaan hoidon tarve, jonka toteutuksesta saadaan tietoa potilaan voinnista ja siitä, onko annettu hoito vaikuttanut toivotulla tavalla. Potilaan vointia seurataan jatkuvasti. Voinnin seurantaan kuuluvat esim. erittäminen, ravitseminen, hengitys ja nestetasapaino. Hoitotyön suunniteltuihin toimenpiteisiin kuuluvat toimenpiteet, mitkä lääkäri on määrännyt potilaalle. Toimenpide voi olla vaikka antibiootin antaminen suonen sisäisesti kolme kertaa päivässä. Jos potilaan tila heikkenee ja määrättyä lääkettä ei voida antaa, se kirjataan hoitotyön toimintoihin. Hoitotyön toimintoihin kuuluvat potilaan kivun hoito ja potilaan kokonaisvaltainen seuranta ja mahdolliset muutokset. Hoidon tuloksista ilmenee, miten potilas on toipunut ja mikä hänen tilanteensa sillä hetkellä on sekä mitä toimintoja voidaan tehdä, jos potilaan tila muuttuu. Viimeiseksi kirjataan potilaan hoitoisuusluokka ja hänen lääkehoitonsa.

Yhteenveto juurrutetaan työyhteisöön siten, että se tullaan ottamaan päivittäiseen käyttöön ensin muutamalla potilaalla. Yhteenveto tehdään hoitajakson lopussa, kun potilas on siirtymässä jatkohoitopaikkaan. Kun yhteenveto on ollut käytössä vähän aikaa, pyydetään osastolta palautetta sen toimivuudesta. Jos yhteenvetoon tulee sairaalan vuodeosastoilta ehdotuksia parantamiseksi, sitä muokataan paremmaksi jatkohoitopaikkoja ajatellen. Sen jälkeen kun henkilökunta alkaa omaksua uuden toimintatavan, yhteenvettoa aletaan käyttää useammalla potilaalla.

Kaavio 1 selventää, miten uusi toimintatapa etenee osastolla. Jos potilas siirtyy jatkohoitopaikkaan, hänelle tehdään hoitotyön yhteenveto, johon kirjataan potilaan hoidon keskeisimmät asiat. Ensin potilas tulee osastolle, missä hän saa hoitoa. Kun potilaan vointi on kohentunut riittävästi, hänelle aletaan suunnitella jatkohoitopaikkaa. Jos potilas ei tarvitse jatkohoittoa, hän kotiutuu. Tällainen tilanne on esimerkiksi se, jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hän haluaa itse lähteä kotiin. Hoitotyön yhteenvettoa ei tarvita, jos potilas on menehtynyt. Jos potilas siirtyy vuodeosastolle, muuhun sairaalaan tai perusterveydenhuoltoon, hänelle tehdään hoitotyön yhteenveto.



Kaavio 1: Vuokaavio uuden toimintamallin käytöstä osastolla

7 Kehittämistoiminnan arviointi

7.1 Kehittämistoiminnan arvioinnin teoreettiset perusteet

Robson (2001) toteaa kirjassaan, että arvioinnin tarkoitus on toimia selvityksenä sille, miten kehittämistyössä on onnistuttu, onko se toiminut suunnitelman mukaisesti, vastaako se odotuksia, parantaako se potilaan saamaa hoitoa, onko tavoitteet saavutettu sekä onko kehittäminen jatkamisen arvoinen. Arviointi on viimeinen osa kehittämistyössä. Keskeiseksi asiaksi nousee toiminnan parantaminen. Tämä merkitsee sitä, että jokainen parannus on askel kohti muutosta suhteessa yhteen tai moneen tavoitteeseen. Voitaisiin saada parempia tuloksia tehokkuudessa, jos asiakkaan tarpeisiin vastattaisiin paremmin.

Projektin toimintaan osallistuneilla on omia kokemuksia kehittämistoiminnasta ja päätöksentekoprosessista, joten on tärkeää, että juuri nämä henkilöt osallistuvat arviointiin. (Robson 2001, 36 -37.)

Ojasalo, Moilanen & Ritalahti (2009) toteavat kirjassaan, että arvioitaessa apuna voidaan käyttää kyselyjä, haastatteluja, dokumenttianalyysiä sekä havainnointia. Näin ollen arviointi suuntaa kehittämistyöhön annettuun vastuuseen, muutosprosessiin sekä saatuun tuotokseen ja näiden osa-alueiden keskinäisiin suhteisiin.

Huomion kohteina tulisi olla lähestymistapa ja olosuhteet, projekti, prosessin tehokkuus ja vaikutus. Yleisemmäksi tavaksi on noussut ryhmille jälkikäteen tehdyt vaikutusten testaukset, mutta kun arvioidaan käytännön tilanteita, usein riittää yksinkertaisempi muoto, kuten vertailu ennen ja jälkeen kehittämistoiminnan. Tästä saadaan tietoa siitä, miten kehittämistoiminta on vaikuttanut. Hyvin usein prosesseista saadaan lisätietoa arviointiin, ja näin lisätieto voi olla tuloksien tukena. (Robson 2001,79,96-97.)

Työyhteisö sai ” Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen” -arviointilomakkeen (Liite 4). Arviointilomake käsitti kysymyksiä ryhmän toiminnasta ja tuotoksesta. Helmikuun 2011 alussa työyhteisö sai lomakkeen, joka jaettiin sähköpostilla kaikille. Ennen lomakkeiden jakamista keskusteltiin yhden työryhmän jäsenen kanssa siitä, mikä lomakkeiden jakotapa sopi tässä tilanteessa parhaiten. Osallistumisen jälkeen lomakkeet palautettiin sähköpostilla arviointia varten. Koska vastausaikaa oli niukasti, osa henkilökunnasta oli lomalla, sairaana tms. ja haluttiin saada vastaukset koko henkilökunnalta, päädyttiin tällaiseen toimintatapaan. Lomakkeet täytettiin nimettöminä eikä täyttäminen ollut pakollista. Vaikka lomakkeet palautettiin sähköisesti, ne tulostettiin ulkopuolisen henkilön toimesta, ettei arvioija saanut tietää, keneltä lomake oli tullut. Sähköpostit tuhottiin välittömästi tulostamisen jälkeen ja vastauslomakkeet hävitettiin paperisilppurilla. Viiden päivän vastausajan jälkeen lomakkeen oli palauttanut 7 hoitajaa 15: sta, ja kaikki vastanneet olivat vakituisia työntekijöitä. Vastausprosentti oli 46 %.

7.2 Teoriatietoa aineiston käsittelystä

Kun aineisto oli palautettu ja arviointilomakkeisiin liittyvät tiedot oli kerätty, alkoi aineiston käsittely. Havaintoyksiköstä saadut tiedot kirjattiin taulukkoon (taulukko 1).

Havaintomatriisiksi (aineisto) kutsutaan taulukkoa, johon muuttujia koskevat havainnot asetetaan. Muuttujana tässä kyselyssä oli yksi joukko, joka on tutkimuksen kohde. Vaakarivillä esiintyy yhtä asiaa, kuten kysymystä koskevat tiedot kaikilta. Vaakarivin numerot ovat muuttujien havainnot. Tässä kyselyssä oli viisi muuttujan havainnon vaihtoehtoja. Pystysarakkeessa on havaintoyksikön, yhden vastaajan, kaikkien muuttujien tiedot. (Heikkilä 2004, 123.)

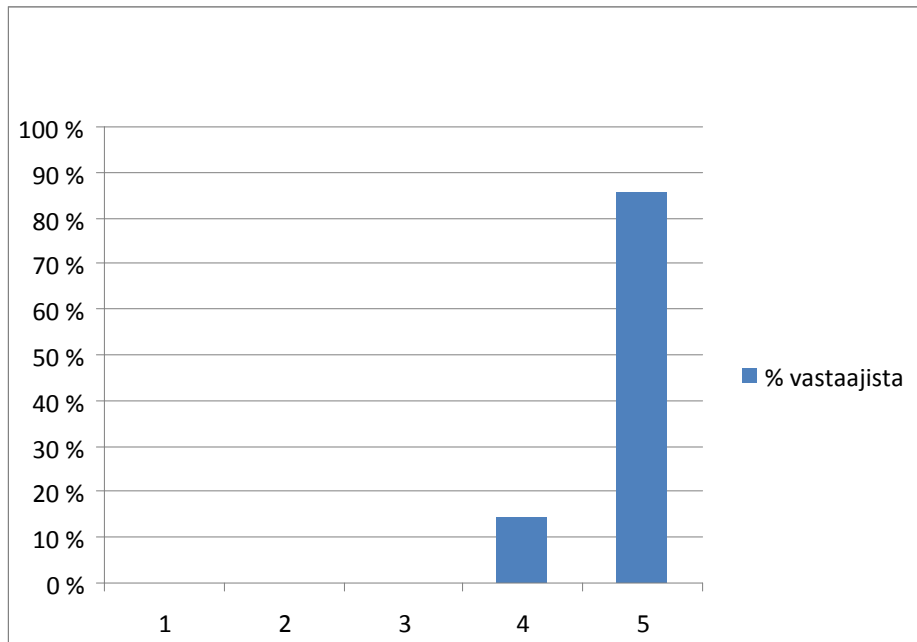
Muuttujan arvosana	1 = ei lainkaan	2 = jonkin verran	3 = paljon	4= erittäin paljon	5 = en osaa sanoa
Kysymys 1	0	0	0	1	6
Kysymys 2	0	4	0	0	3
Kysymys 3	0	0	2	2	3
Kysymys 4	0	1	1	0	5
Kysymys 5	0	0	1	0	6
Kysymys 6	1	0	0	1	5

Taulukko 2: Vastausten yhteenvetotaulukko (Koosteessa on 7 palautettua arviointilomaketta Tehostetun valvonnan osastolta 1).

Arviointilomakkeessa oli yhdeksän kysymystä. Kuuteen kysymykseen vastattiin ympyröimällä mieleinen vaihtoehto. Loput kolme kysymystä olivat avoimia kysymyksiä, joihin vastattiin vapaalla tekstillä. Vastausvaihtoehdot olivat: numero 1 ei lainkaan, numero 2 jonkin verran, numero 3 paljon, numero 4 erittäin paljon, numero 5 en osaa sanoa. Kaavakkeiden yhteenvetoista ja tuloksista saaduista tiedoista tehtiin pylväsdiagrammit selventämään vastauksia.

7.3 Kyselyn toteutus

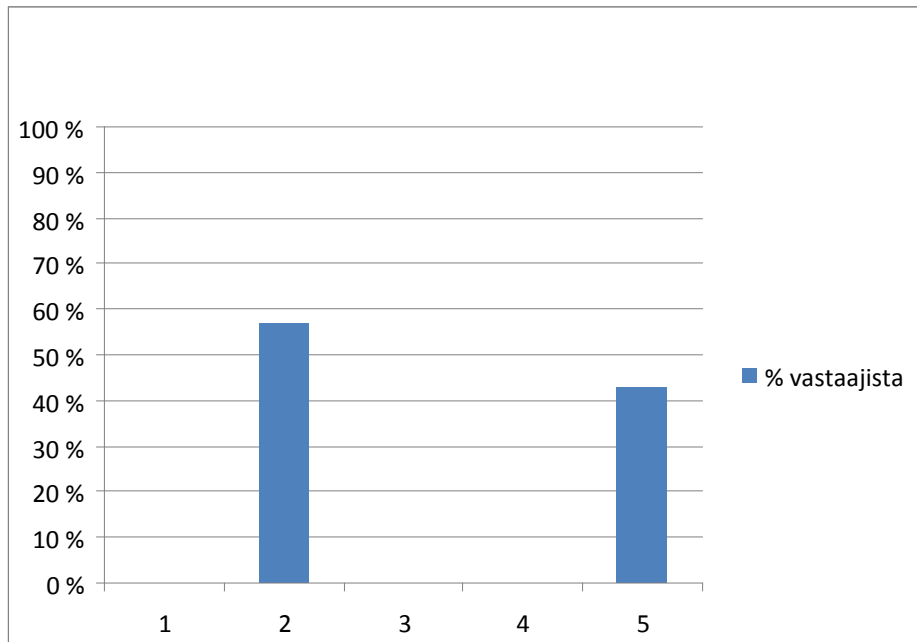
Ensimmäinen kysymys oli, miten paljon työryhmä on edistänyt kirjaamisen kehittämistä työyhteisön valitsemalla alueella. Vastaukset olivat: 0 kpl ei lainaan, 0 kpl jonkin verran, 0 kpl paljon, 1 kpl erittäin paljon (14%) ja 6 kpl en osaa sanoa (86%).



Vastauskaavio 1: Työryhmän kehittämiskohteen edistämisen arviointi

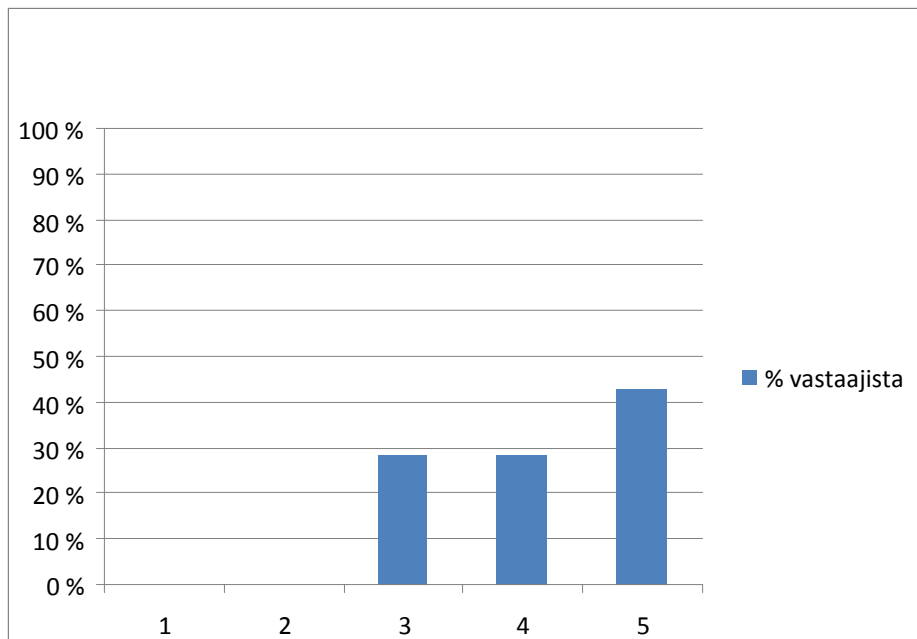
Toinen kysymys käsitteli sitä, kuinka paljon työyhteisö oli osallistunut työryhmän kanssa tuottamaan käsitekarttoja ja uutta toimintamallia. Vastaukset olivat: 0 kpl ei lainkaan, 4 kpl jonkin verran (57%), 0 kpl paljon sekä erittäin paljon ja 3 kpl ei osaa sanoa(43%).

Kolmas kysymys oli, kuinka työryhmän uutta toimintamallia voidaan soveltaa omassa työyhteisössä. Vastaukset olivat:0 kpl ei lainkaan,2 kpl jonkin verran(29%), 2 kpl erittäin paljon(29%) ja 3 kpl ei osaa sanoa(49%).



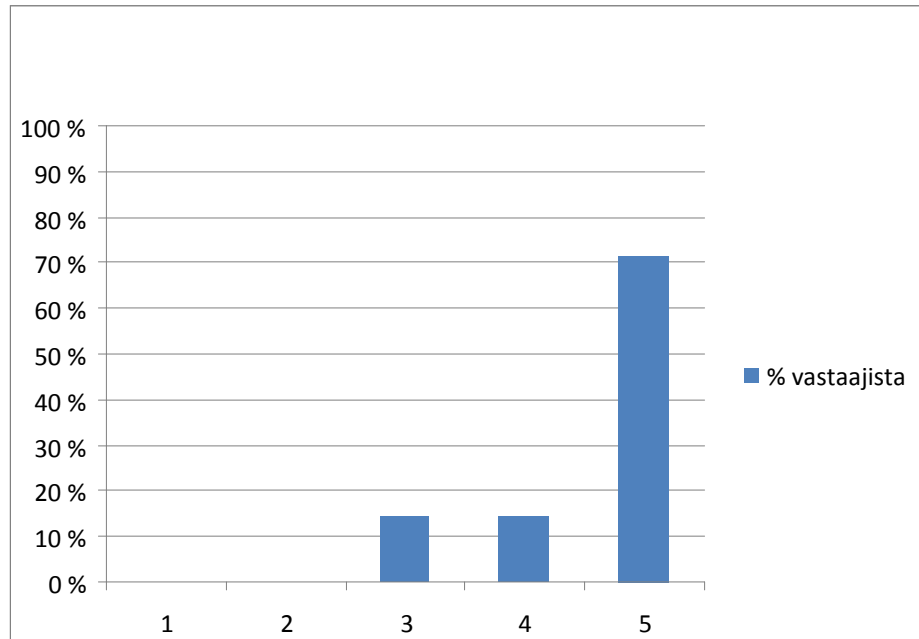
Vastauskaavio 2: Kuinka paljon työyhteisö on osallistunut uuden tuottamiseen?

Kolmas kysymys oli, kuinka työryhmän uutta toimintamallia voidaan soveltaa omassa työyhteisössä. Vastaukset olivat: 0 kpl ei lainkaan, 2 kpl jonkin verran(29%), 2 kpl erittäin paljon(29%) ja 3 kpl ei osaa sanoa(49%).



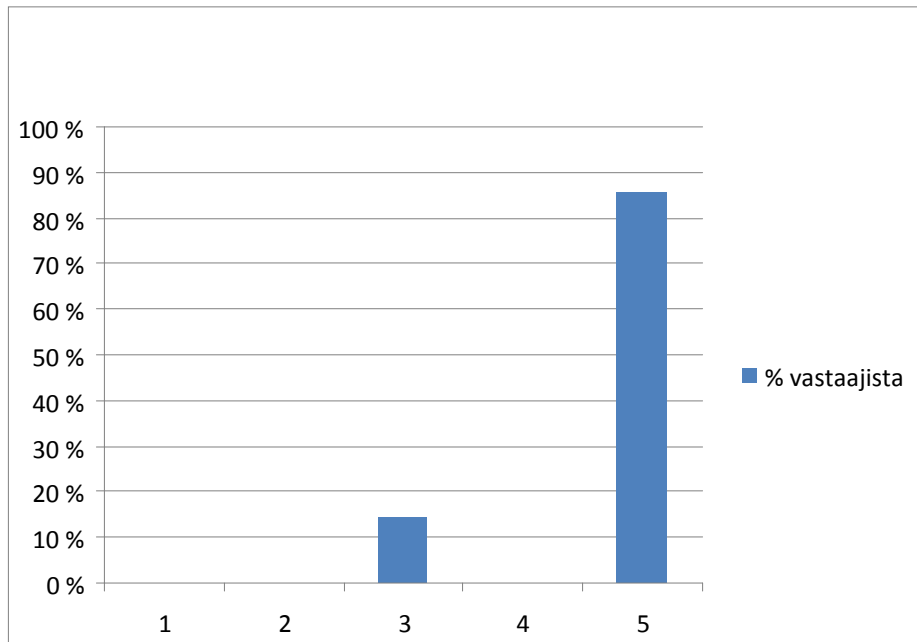
Vastauskaavio 3: Kuinka uusi toimintamalli soveltuu työyhteisöön?

Neljännessä kysymyksessä oli aiheena se, kuinka paljon työryhmä on antanut työyhteisölle uusia ideoita ja ajatuksia, joiden pohjalta kirjaamista on voitu kehittää. Vastaukset olivat: 0 kpl ei lainakaan ja 1 kpl jonkin verran(14%), 1 kpl paljon(14%) ja 5 kpl ei osaa sanoa(72%).



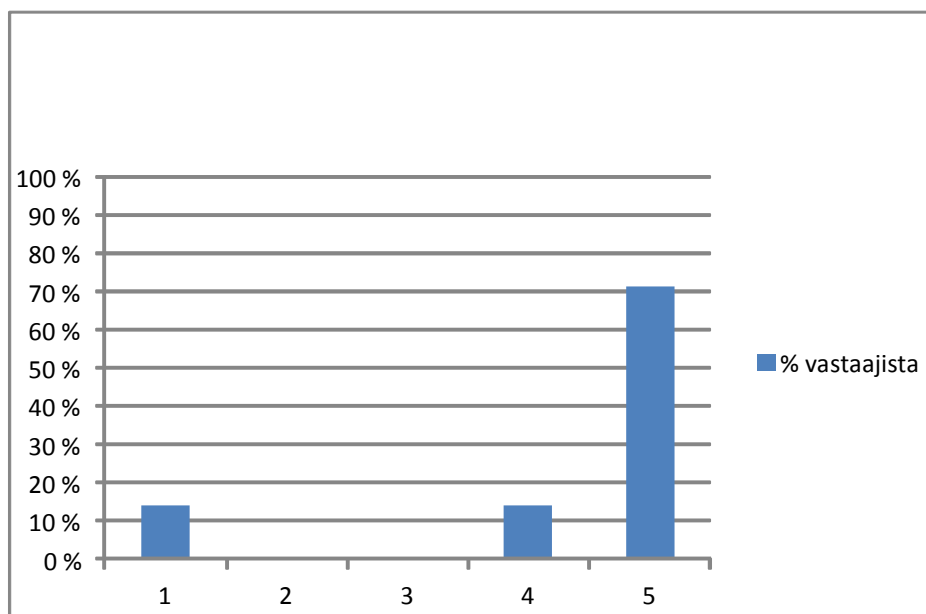
Vastauskaavio 4: Kuinka paljon työryhmä on osallistunut työyhteisössä kirjaamisen kehittämiseen uusien ideoin?

Viides kysymys oli, miten paljon kehittämistöintä ja uusi toimintamalli ovat parantaneet hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta. Vastaukset olivat: 0 kpl ei lainakaan ja jonkin verran, 1 kpl paljon(14%), 6 kpl ei osaa sanoa(86%).



Vastauskaavio 5: Kuinka paljon uusi toimintamalli on parantanut kirjaamisen sujuvuutta?

Kuudes kysymys koski omaa mielipidettä siitä, kuinka paljon työryhmän uuden toimintamallin käyttöön ottaminen saa aikaan muutosta työyhteisön työssä. Vastaukset olivat: 1 kpl ei lainkaan(14%), 0kpl jonkin verran, 0 kpl paljon, 1 kpl erittäin paljon(14%) ja 5 kpl ei osaa sanoa(72%).



Vastauskaavio 6: Kuinka paljon uusi toimintamalli tuo muutosta työyhteisöön?

Seitsemännestä yhdeksänteen kysymykset olivat avoimia. Seitsemännessä kysymyksessä pyydettiin perusteluja kysymyksiin 1 -6. Kysymykseen seitsemän vastasi yksi.

Kahdeksassa kysymyksessä pyydettiin kertomaan, mitä suunnitelmia työyhteisöllä oli uuden toimintamallin juurruttamiseksi . Yhdeksännessä kysymyksessä sai antaa palautetta kehittämistoiminnasta.

7.4 Työryhmän toiminnan arviointi

Raportin teko on ollut vaativaa mutta samalla erittäin palkitsevaa. Yhteistyö työyhteisön kanssa on sujunut moitteettomasti, koska aikataulut ovat toimineet suunnitelmien mukaisesti. Kehittämiskohteena olleen hoitoyön yhteenvedon tekeminen on ollut maltillista, koska yhteenvedolla tulee olemaan suuri merkitys työyhteisölle lähitulevaisuudessa. Yhteisö on ollut motivoitunut kehitystyöhön eikä niin suurta muutosvastarintaa ole matkanvarrella ollut, kuin aluksi luultiin tulevan. Raportin edistämistä sekä ymmärrystä työyhteisön nykytilanteesta on auttanut se, että opiskelija oli ollut Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan yksikössä työharjoittelussa. Tätä työtä tehdessä onkin ollut helpompi ymmärtää työryhmän näkökantoja käytännön työstä, koska on omaa kokemusta osaston työstä.

Työyhteisön kanssa perehdyttiin hoitotyön yhteenvedoa koskevaan kirjallisuuteen, ja näin saatiin paljon uutta tietoa sähköistä kirjaamista koskevista laeista ja uusista asetuksista. Oman käytännön juridiikan tuntemus on kasvanut. Työryhmässä työskentely on ollut tiivistä vuorovaikutusta ja tiimityötä sekä tasa-arvoista työnteoa. Pienenä ongelmana koettiin lievää aikapula, koska työyhteisön työnteon hektisyyden ja potilaiden vaihtuvuuden kanssa oli ajoittain hankala saada aikataulut sopimaan yksiin.

7.5 Uuden toimintatavan arviointi

Hoitotyön yhteenvedo on ollut käytössä osastolla hetken aikaan ja se on otettu osastolla hyvin vastaan. Osa henkilökunnasta on omaksunut uuden toimintatavan heti, mutta suurin osa henkilökunnasta ei käytä hoitotyön yhteenvedoa jokapäiväisessä työssään.

Aikataulun ollessa kiireellinen, ei osastotuntia ehditty järjestämään, missä olisi käyty arviointia läpi. Uuden toimintatavan arviointia käytiin läpi sähköpostikeskusteluilla joidenkin työryhmäläisten kanssa. Vaikka henkilökunta on ollut innostunut kehittämiskohteen tekoon, siitä huolimatta suurin osa vastauksista oli ympyröity kohtaan ” ei osaa sanoa”.

Arvioinnin kohteina olivat hoitoprosessin sujuvuus ja siitä saadun tiedon kirjaaminen hoitotyön yhteenvedoon, hoitotyön yhteenvedon laatu ja tyytyväisyys. Kun verrattiin uutta toimintatapaa vanhaan malliin jossa potilaan saama hoito tiivistettiin tyhjälle paperille tai annettiin suullisena raporttina hoitajille, huomattiin, että uusi toimintatapa on käytännöllisempi kuin vanha. Uudessa hoitotyön yhteenvedossa on selkeät kohdat mitä mihinkin kohtaan tulee merkitä, ja näin ollen kaikista potilaista tuli tehtyä samanlainen rungoltaan oleva yhteenvedo,

kun valmis kaavake oli käytössä. Siirtyminen uuteen tuntui luontevalta ja kokemukset ovat pääsääntöisesti olleet positiivisia. Kaiken kaikkiaan yhteenveto helpottaa potilaan tiedon siirtymistä jatkohoitoon, koska seuraava hoitaja näkee yhdestä paperista oleellisen tiedon potilaan hoitajaksosta.

Lähteet

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

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E., & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro terveys 34

Anttila, K., Kaila-Mattila, M., Kan, S., Puska, E-L & Vihunen, R. 2001 5. uudistettu painos. Hoitamalla hyvää oloa. Porvoo: WSOY

Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin Säilyttämisestä. 2001. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 28.12.2010
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silver-print.

Hallila, L. 2005. (toim) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hallila, M. 1998. (toim) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hassinen, T. & Tanttu, K. 2008. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Sairaanhoitaja 81 (3), 18-20.

Hartikainen, K., Kokkola, A. & Larjomaa, R. 2000. Elektronisen potilaskertomuksen sisältö- määräykset. Osaavien keskusten verkoston julkaisu 4/2000. Pdf- dokumentti

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden ja -taloudenlaitos, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto. Pro gradu - tutkielma.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Henkilötietolaki 22.4 1999/523. Valtionsäädöstietopankki Finlex 1999. Viitattu 10.3.2010
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

HoiDok - valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005-2008. 2008.

Hus. 2010. Hus tietopankki. Viitattu 21.10.2010
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820>

HUSa. 2008. Strategia ja arvot. Viitattu 11.5.2010
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012>

HUSb. 2008. Tehostetun valvonnan osasto. Viitattu 11.5.2010
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1669,1681,14406>

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2008. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Hoi- totietojen systemaattinen kirjaaminen. Toinen uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korhonen, L. 1995. Hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kirjayhtymä

Ikonen, H. 2008. Kehittämiskohteet eNNI-hankkeessa. Viitattu 13.2.2011
http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf. 8.4.2010.

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä, asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaariosta ja kvaifikaatiosta vuonna 2010. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos, terveydenhallinnan ja talouden laitos. Väitöskirja

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Jarmas, R. 2007. Kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta. Hyvinvointipalvelujen kehittämissikkö: Tampere.

Jokinen, T. 2005. Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 11.3.2010
<http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/TainaJokinengradu.pdf>

Junttila, K., Heija, R., Konttinen, R., Kotavuopio, T., Leppänen, S., Paavilainen, E., Saloranta, T., Tuhkanen, A. & Vahteri, P. 2010. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa

Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke. Loppuraportti: HoiData 2007--2009. Viitattu 12.11.2010. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. VTT Teknologian tutkimus. Espoo. Viitattu 9.5.2010
www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf

Kuusisto, A. 2008. ”Kirjaamalla näkyväks” Hoitotyön kirjaamista koulutettiin Sata-kunnan sairaanhoitopiirissä. Sairaanhoitaja 81 (4), 34-37.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 20.01.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lauri, S., Lehti, T., Heinonen, S. & Mäki-Kerttula, A. 1993. Hoitotyön kirjaamisen laadullinen arviointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A 7.

Munnukka, T. (toim.) 1999. Hoitotyön vuosikirja. Dokumentointi hoitotyössä. Tammer-Paino Oy.

Ojasalo, O., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: WSOY pro OY.

Ora-Hyytiäinen, E. 2009. Learning by Developing toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Laurea ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 32. Viitattu 13.2.2011
<http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/b/b32.pdf>

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

Pohjanvuori, M.2007. Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus-esimerkki käyttöönottoprojektista yliopistosairaalassa. Teoksessa Hanna Hopia & Koponen Leena (toim.) Hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tammi. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.2009. valtion säädöstietopankki Finlex.Viitattu 28.12.2010
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Suominen, K., Vuorinen, M. 1999. Kotihoidon arki ja etiikka. Helsinki: Kirjapaino.

STM 2007. Opas. ydintieto otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0 31.1.2007. Tulostettu 22.01.2010

Tanttu, K. 2009. Kansallisesti yhtenäisen hoitotyön tiedot - hanke (HoiData - hanke) 9/2007 - 10/2009 loppuraportti. Turku: Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri kuntayhtymä, Hallintokeskus. Viitattu 10.2.2011. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>

Valtionkonttori. 2006.Kaiku. Viitattu 12.5.2010
<http://www.valtiokonttori.fi/Public/default.aspx?nodeid=16593>

Vyakarnem, S.,Illes, K.,Kolmos, A.& Madritsch, T.2008. Making a Difference. A Report on Learning by

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET:

Loikkanen,R. 2003. Kirjaaminen hoitotyössä- Ohjeita hoitotyöntekijöille. Opinnäytetyö. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Pieksämäen yksikkö. Diakoninen sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma Sairaanhoidaja (AMK).

Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON - VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES, Aristotle University, Thessaloniki -Greece, 3-4 September 2007. 144-154.

Ora-Hyytiäinen,E. & Rajalahti, E. 2006. The role of a teacher in a knowledge-creation process. Esitys EERAn konferenssissa 12.9.2006 Geneven yliopistossa. Tulostettu 16.2.2011

Tanttu,K.2008. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Hoitotyön johtajien seminaari 26.5.2008. Powerpoint- esitys. Tulostettu 10.2.2011

Kuviot

Kuvio 1: Juurruttamisen prosessi (Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)	8
Kuvio 2: Hoitoprosessi.....	28

Kaaviot

Kaavio 1: Vuokaavio uuden toimintamallin käytöstä osastolla.....	30
Vastauskaavio 1: Kehittämiskohteen arviointi	33
Vastauskaavio 2: Työyhteisön osallistumisen arviointi	33
Vastauskaavio 3: Uuden toimintamallin soveltavuuden arviointi.....	34
Vastauskaavio 4: Työyhteisön työskentelyn arviointi	35
Vastauskaavio 5: Uuden toimintamallin vaikuttavuuden arviointi	35
Vastauskaavio 6: Uuden toimintamallin vastaanottavuuden arviointi.....	36

Taulukot

Taulukko 1: Nykytilanne hoitotyön kirjaamisesta	24
Taulukko 2: Havaintomatriisi	35

Liitteet

Liite 1: Lohjan sairaalan ja Paloniemen sairaalan haastattelu kysymykset	42
Liite 2: Kansallisen mallin mukaan tehty esimerkki hoitotyön yhteenvedosta.....	44
Liite 3: Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osaton hoitotyön yhteenvedo.....	46
Liite 4: Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointiin liittyvät kysymykset.....	47
Liite 5: Tiedonhaun taulukko	49

**Lohjan sairaalan ja Paloniemen sairaalan haastattelu kysymykset
Työstetty 2.9.2010 opiskelijoiden työpajassa**

Mitä teidän työyhteisö ajattelee hoitotyön kirjaamisesta?

TULOTILANNE

Mitä asioita te kirjaatte potilaasta tulotilanteesta?

- miten ja minne?
- onko joku valmis kaavake?
- onko perushenkilötiedot jo valmiina?

Kuka /Ketkä kirjaa potilaan tietoja tulotilanteessa?

Mistä kaikkialta saatte potilaasta tulotilanteessa tietoa?

- Mistä saatte tietoa potilaan lääkityksestä?
- Mihin lääkitystieto kirjataan?
- Mistä saatte tietää potilaan riskitiedot?
- Mihin kirjataan potilaan riskitiedot?

HOIDON SUUNNITTELU

Miten potilaan hoidon suunnittelu toteutuu?

- Mitä asioita te kirjaatte potilaasta suunnitteluvaiheessa?
- Mitkä ammattiryhmät kirjaa potilaan tietoja suunnitteluvaiheessa?
- Miten hoidon tarpeet kirjataan?
- Miten hoidon tavoitteet kirjataan?
- Miten hoidon toteutusta suunnitellaan?
- Miten potilas voi osallistua oman hoidon suunnitteluun?
- Kenelle tehdään kokonaishoitosuunnitelma?
- Miten potilas on tietoinen omasta hoitosuunnitelmastaan?
- Saako potilas hoitosuunnitelman kopion kirjallisena?

HOIDON TOTEUS

Miten hoidon toteutusta kirjataan?

- Kuinka hoitotyön toiminnot kirjataan päivittäiseen hoitotyön suunnitelmaan?
- Milloin toiminnot kirjataan suhteessa tehtyyn hoitotyöhön?
- Mitkä ammattiryhmät kirjaavat potilaan tietoja hoidon toteutukseen?

- Minkälaisia lyhenteitä, symboleita toteutuksessa käytetään?
- Kirjataanko mielestänne tarpeettomia tietoja? (esimerkiksi omaisia koskevaa tietoa)
- Miten varmistetaan kirjatun tiedon siirtyminen esim. tästä päivästä seuraavaan päivään(kliininen seuranta kaavake)?

HOIDON ARVIOINTI

Miten hoidon arviointia kirjataan?

- Miten arvioidaan potilaan hoidon tavoitteiden saavuttamista ja hoidon vaikuttavuutta? (Kuinka usein?)
- Mitkä ammattiryhmät kirjaavat potilaan hoidon arviointia?
- Miten potilas osallistuu hoidon arviointiin?
- Miten ja milloin hyödynnätte potilaan kirjattua hoitosuunnitelmaa käytännössä?
-

HOITOTYÖNYHTEENVETO

- Miten hoitotyön yhteenveto kirjataan?

Mitä muuta haluaisitte vielä kertoa?

Kansallisen mallin mukaan tehty esimerkki hoitotyön yhteenvedosta

SIS/HOKE/ YHTEENVETO xxxxxx xxxxx
012345-6789

Hoidon arviointi

HUS, Lohjan sairaala tehostetun valvonnan yksikkö

16.11- 21.11.2010

Loppuarvio: Omainen löytänyt miehen sängystä vapisevana, ei kontaktissa ja toimittanut ensiapuun. Kouristanut symmetrisesti, huonosti hapettava ja asidoottinen. Pään TT tehty, ei poikkeavaa löydöstä. Saanut Pro_epanutin loudauksen, meningiitti epäily, samea likvor. Potilas siirtyi Jorvin sairaalan teho-valvonta osastolle. Jorvissa hoitojakso 5-16-112010 jossa intuboituna 5-13.11.10. Potilas siirtynyt takaisin Lohjan sairaalaan, os 4 jossa tilanne ollut hyvä, mutta äkillisesti muuttunut jonka vuoksi potilas siirtyi tehostetun valvonnan yksikköön 18.11.2010. Sairautena on pneumokokki meningiitti ja sepsis, pään MRI:ssä pieniä aivoinfarkteja. Potilaalla on kuulolaite.

Perussairaudet: RR tauti, ex-tupakoitsija, runsas alkonkäyttö, sepelvaltimotauti, '06 sydäninfarkti

Hoidon tarve: Aistitoiminta: Vuodelepoon liittyvä kipu

Aktiviteetti: Aktiviteetin heikkeneminen

Kudoseheys: Vesirakkulat iholla, kuume ja verensokerin heilahtelut

Ravitsemus: NML eroon pääsy

Erittäminen: Ripuli, kestokatetri

Hengitys: Vitaalielintoiminnot

Nestetasapaino: Ravitsemustila, nestetasapaino

Lääkehoito: Päivittäinen lääkitys

Jatkohoito: Vuodeosasto

Hoitotyön toiminnot:

Aistitoiminta: Kivun hoito. Kipua hoidettu määrätyn lääkityksen mukaisesti

Aktiviteetti: Aktiviteettiä edistävä toiminta, kuntoutettu voimin mukaan.

Kudoseheys: Vesirakkuloiden hoito. Rakkuloiden suojaksi Mepilex Border. Asennosta huolehtiminen. Tehty päivittäisten toimintojen yhteydessä. Lämmön seuranta x2, VS seuranta x 2

Ravitsemus: Aloitettu ravinto p.o avustettuna

Erittäminen: Potilaan kuivattaminen x monta ja ihon kunnon seuraaminen

Hengitys: RR, p, SP02 seuranta, happilisiä

Nestetasapaino: Nestelista , totaalinesteet 2500ml/ vrk, bl +-0

Lääkehoito: Riittävä kipulääkitys

Jatkohoito: Siirtyy osasto 4 :lle

Hoidon tulokset:

Aistitoiminta: Kipua hoidettu, kokee kipulääkityksen olevan riittävä. Tilanne ennallaan.

Aktiviteetti: Sekavuus ja desorinentoituminen on jatkunut. Tarvitsee apua jokapäiväisissä toiminnoissa, Täysin autettava/ ohjattava 2 hoitajaa siirtymisissä. Ollut G- tuolissa istumassa

Kudoseheys: Rakkulat on parantuneet. Tilanne parantunut.

Ravitsemus: Ruokahalu huono. Aloitettu ravintolisäjuomat. Tilanne ennallaan.

Erittäminen: Ripulia edelleen. Tilanne ennallaan.

Hengitys: RR olleet rauhalliset,tänään 180/80, p: 79 happilisiä 1l/min sat: 98-100%. VS seurattu, pysynyt normaalin rajoissa.

Nestetasapaino: nesteitä mennyt 5600ml, balanssi

- 2085ml

Jatkohoito: Siirtyy osasto 4 :lle

Hoitoisuus:

Luokka 4. Täysin tai lähes autettava

Lääkehoito:

Keppra 1000mg 1 x 2

Klexane 40mg s.c 1x1

Diflucan 200mg i.v 1x1

Vancomycin 1g i.v 1x2

Merorem 2g i.v 1x3

Norvasc 5mg 1x2

Simvastatn 40mg 1x1

Emconcor 5mg 1x2

Prednisolon 40mg 1x1

Physiosens 0.2mg 1x2

VS <5 G5%, > 8 actrapid 4Ky, > 10 actrapid 8Ky

Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osaton hoitotyön yhteenveto



LOHJAN SAIRAALA/TVO

PÄIVÄ
17.1.2011

Potilaan nimi & HETU:

HOITOAIKA:

TULOTILANNE:

HOIDON TARVE / TOTEUTUS TVO:N AIKANA:

– esim. hengitysvajauksen hoito NIV

HOIDON TULOKSET / VOINTI TÄLLÄ HETKELLÄ

JATKOHOIDON TARVE:

ERITYISHUOMIOT:

– esim. allergiat, uskonvakaumus

LÄÄKEHOITO:

– lääkityksen toteutus siirtopäivänä

HOITOISUUS:

SIIRROSTA ILMOITETTU OMAISILLE: KYLLÄ / EI

Yhteyshenkilö + yhteystiedot:

POTILAALLA OMAISUUTTA MUKANA: KYLLÄ / EI

Mitä:

Ystävällisin terveisin

sairaanhoitaja Puh: 019/3801502

Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointiin liittyvät kysymykset

Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen arviointilomake
 Laurea-ammattikorkeakoulu
 Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi
 Elina Ora-Hyytiäinen

Hyvä vastaaja

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

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

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

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

6 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?
1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

Kiitos arvioinnistasi!

Tiedonhaun taulukko

<i>Hakusana/Hakulauseke</i>	<i>Tietokanta</i>	<i>Rajaukset</i>	<i>Osumia</i>	<i>Hyväksytyt</i>
<i>Sähköinen hoitotyön kirjaaminen</i>	<i>Google</i>			
<i>Sähköinen kirjaaminen hoitotyössä</i>	<i>Google</i>		<i>8740</i>	<i>5</i>
<i>Hoitotyön kirjaaminen</i>	<i>Google</i>		<i>18 800</i>	<i>4</i>
<i>Rakenteellinen kirjaaminen hoitotyössä</i>	<i>Google</i>		<i>7000</i>	<i>2</i>
<i>Hoitotyön toimintojen kirjaaminen</i>	<i>Google</i>		<i>6460</i>	<i>1</i>
<i>Kirjaaminen</i>	<i>Laurea, Nelli tiedonhakuportaali</i>		<i>307</i>	<i>8</i>
<i>Tutkimus hoitotyön kirjaimisesta</i>	<i>Laurea Nelli tiedonhakuportaali</i>		<i>75</i>	<i>4</i>
<i>Sähköinen kirjaaminen</i>	<i>Medic</i>		<i>4</i>	<i>4</i>
<i>Documentation AND nursing</i>	<i>Medic</i>		<i>7</i>	
<i>Nursing process</i>				
<i>Kehittämismenetelmät</i>	<i>Medic</i>		<i>175</i>	<i>1</i>
<i>Nursing care planning</i>	<i>Google</i>		<i>8760</i>	<i>2</i>
	<i>Ovid Laurea 's journals</i>		<i>476</i>	<i>1</i>
<i>Nursing process</i>	<i>Ovid laurea 's journals</i>		<i>112</i>	<i>1</i>
<i>Tanttu Kaarina</i>				
<i>Juurruttaminen</i>	<i>google</i>		<i>4570</i>	<i>3</i>
<i>ora AND hyytiäinen</i>	<i>medic</i>		<i>7</i>	<i>2</i>
	<i>medic</i>		<i>5</i>	<i>1</i>
	www.finlex.fi		<i>1</i>	<i>1</i>
	www.stakes.fi			
	www.sairaanhoitajaliitto.fi			

